

ПАМЯТИ

покойнаго моего

УЧИТЕЛЯ И ДРУГА,

Профессора

Михаила Матвѣевича

РУДНЕВА.

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Написать руководство по своей специальности есть нравственный долгъ каждого преподавателя той или иной высшей школы. Наша же отечественная литература уже довольно давно не имѣла оригинальнаго руководства по женскимъ болѣзнямъ. Исполняя свой долгъ и пополняя указанный пробѣлъ, я рѣшаюсь выпустить въ свѣтъ предлагаемую книгу, представляющую систематическое изложеніе того, что приобрѣтено мною втеченіи многихъ лѣтъ занятій въ клиникѣ, лабораторіи и моемъ кабинетѣ по сказанной отрасли моей специальности. Когда я началъ писать это руководство исполнилось ровно десять лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ самая большая гинекологическая клиника нашего отечества поступила въ мое завѣдываніе; за это время мнѣ было суждено начать у насъ и пережить переходъ повседневной гинекологической терапіи на чисто хирургическую почву; за это же время я былъ на столько счастливъ, что, меня окружали выдающіеся ученики-помощники, изъ которыхъ нѣкоторые занимаютъ уже въ настоящее время профессорскія кафедры.

Приступая къ изданію руководства „Частной патологии и терапіи женскихъ болѣзней“, я старался сгруппировать отдѣлы такимъ образомъ, чтобы прежде всего были изложены всѣ самые частые приемы нашей хирургической (оперативно-гинекологической) терапіи,— вотъ почему выпускаемый нынѣ въ свѣтъ первый томъ заключаетъ въ себѣ болѣзни влагалища и матки. При благоприятныхъ обстоятельствахъ я могу обѣщать окончить вторую половину руководства года черезъ два, при чемъ я не стѣсняюсь такимъ относительно долгимъ промежуткомъ, ибо считаю, что обѣ части представляютъ каждая совершенно самостоятельный трактатъ о заболѣваніяхъ того отдѣла полового аппарата женщины, которому она посвящена.

Большинство рисунковъ, помѣщенныхъ въ текстѣ, выполнены ассистентомъ завѣдуемой мною клиники, А. Р. Фишеромъ, имъ же составленъ и алфавитный указатель; не могу не высказать ему благодарности также и за помощь при изданіи этой книги.

*Кронидъ Славянскій.*

# Оглавленіе.

## Болѣзни влагалища.

	СТР.
I. Дѣвственная плева и ея заболѣванія . . . . .	1
1) Пороки развитія дѣвственной плевы . . . . .	3
2) Atresia hymenalis . . . . .	5
Послѣдствія и припадки . . . . .	—
Объективное изслѣдованіе . . . . .	7
Распознаваніе . . . . .	8
Предсказаніе . . . . .	9
Лѣченіе . . . . .	—
3) Аномалии строенія дѣвственной плевы . . . . .	15
4) Нургеаesthesia hymenalis . . . . .	18
Лѣченіе . . . . .	19
5) Новообразованія дѣвственной плевы . . . . .	21
II. Пороки развитія влагалища . . . . .	23
A. Пороки развитія влагалища, при которыхъ просвѣтъ его проходимъ . . . . .	—
1) Vagina duplex s. septa . . . . .	—
2) Vagina subsepta . . . . .	26
3) Чрезмѣрно узкое или короткое влагалище . . . . .	27
4) Стенозы влагалища врожденные и приобретенные . . . . .	28
Этіологія . . . . .	30
Припадки . . . . .	31
Распознаваніе . . . . .	32
Предсказаніе . . . . .	33
Лѣченіе . . . . .	34
B. Пороки развитія влагалища, при которыхъ просвѣтъ его непроходимъ . . . . .	37
1) Полное отсутствіе — рудиментъ влагалища . . . . .	—
2) Частичное отсутствіе влагалища и зарощенія его. Atresia vaginae . . . . .	41
Припадки . . . . .	42
Объективное изслѣдованіе . . . . .	43
Распознаваніе . . . . .	44
Предсказаніе . . . . .	45
Лѣченіе . . . . .	45
3) Одностороннія зарощенія влагалища. Atresia vaginae unilateralis . . . . .	49
Послѣдствія и исходы . . . . .	—

	СТР.
Припадки . . . . .	51
Объективное исследование . . . . .	—
Распознавание . . . . .	53
Предсказание . . . . .	—
Лечение . . . . .	54

### III. Измѣненія въ положеніи влагалища. Смѣщенія и выпаденія . . . . . 55

1) Смѣщеніе и выпаденіе нижняго отрѣзка влагалища, его передней и задней стѣнки . . . . .	56
Этіологія . . . . .	—
Анатомія . . . . .	60
Припадки . . . . .	62
Объективное исследование . . . . .	63
Распознавание . . . . .	64
2) Смѣщеніе и выпаденіе верхняго отрѣзка влагалища, его передней и задней стѣнки . . . . .	66
а) Enterocoele vaginalis anterior . . . . .	—
б) Descensus v. prolapsus vaginae posterior superior . . . . .	67
Ovariocoele vaginalis . . . . .	69
3) Выпаденіе всего влагалища, его полный выворотъ . . . . .	70
4) Лечение смѣщенных и выпавших влагалища . . . . .	72
Ортопедическое, механическое лечение . . . . .	74
Оперативное лечение . . . . .	77
Colporrhaphia anterior . . . . .	—
Colporrhaphia posterior . . . . .	81

### IV. Воспаленія влагалища . . . . . 83

1) Vaginitis catarrhalis . . . . .	84
Патологическая анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	89
Припадки и объективное исследование . . . . .	93
Течение болѣзни . . . . .	98
Распознавание . . . . .	99
Предсказание . . . . .	100
Лечение . . . . .	101
2) Vaginitis emphysematosa s. colpo-hyperplasia cystica . . . . .	106
3) Vaginitis exfoliativa . . . . .	110
4) Vaginitis mycotica . . . . .	111
Этіологія . . . . .	112
Объективное исследование и припадки . . . . .	—
Распознавание . . . . .	113
Предсказание . . . . .	114
Лечение . . . . .	—
5) Vaginitis tuberculosa . . . . .	—
6) Некротизирующія воспаленія слизистой оболочки влагалища . . . . .	—
а) Vaginitis necrotica . . . . .	115
б) Vaginitis diphtheritica . . . . .	116
Патологическая анатомія . . . . .	—
Припадки . . . . .	117
Распознавание . . . . .	—
Течение болѣзни и исходы . . . . .	118
Лечение . . . . .	—
в) Gangraena vaginae . . . . .	—
7) Флегмонозныя воспаленія влагалища . . . . .	119
а) Vaginitis erysipelata s. erysipelas vaginae . . . . .	—
б) Paravaginitis . . . . .	120
в) Paravaginitis phlegmonosa dissecans . . . . .	—

V. Опухоли и новообразования влагалища . . . . .	121
1) Кровяная опухоль влагалища (haematoma vaginae) . . . . .	—
Этіологія . . . . .	122
Припадки . . . . .	123
Распознаваніе . . . . .	—
Предсказаніе . . . . .	124
Лѣченіе . . . . .	—
2) Кисты влагалища . . . . .	—
Анатомія . . . . .	125
Этіологія . . . . .	128
Припадки . . . . .	—
Распознаваніе . . . . .	129
Предсказаніе . . . . .	—
Лѣченіе . . . . .	—
3) Фибромы, фибромиомы и миомы стѣнокъ влагалища . . . . .	131
Анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	133
Припадки . . . . .	—
Распознаваніе . . . . .	134
Предсказаніе . . . . .	—
Лѣченіе . . . . .	—
4) Ракъ влагалища . . . . .	136
Этіологія . . . . .	137
Припадки . . . . .	—
Распознаваніе . . . . .	—
Предсказаніе . . . . .	138
Лѣченіе . . . . .	—
5) Саркома влагалища . . . . .	140
VI. Иностранныя тѣла во влагалищѣ . . . . .	142
Распознаваніе . . . . .	145
Лѣченіе . . . . .	—
VII. Раны и разрывы влагалища . . . . .	146
Этіологія . . . . .	—
Припадки и исходы . . . . .	149
Распознаваніе . . . . .	151
Предсказаніе . . . . .	—
Лѣченіе . . . . .	152
VIII. Разрывъ промежности . . . . .	153
Этіологія . . . . .	155
Анатомическія данныя . . . . .	—
Послѣдствія и припадки . . . . .	158
Распознаваніе . . . . .	162
Лѣченіе . . . . .	163
Приготовленіе родильницы къ операціи . . . . .	165
Инструменты . . . . .	166
Лѣченіе свѣжихъ разрывовъ промежности (perineorrhaphia primaria) . . . . .	167
Лѣченіе старыхъ разрывовъ промежности (perineorrhaphia secundaria) . . . . .	172
Центральные разрывы промежности . . . . .	183

IX. Нарушенія цѣлости влагалища, связанныя съ сообщеніемъ его съ сосѣдними полыми органами . . . . .	184
1) Влагалищныя фистулы мочевыхъ путей . . . . .	—
Этіологія . . . . .	—
Анатомія . . . . .	188
Припадки . . . . .	194
Распознаваніе . . . . .	196
Теченіе болѣзни и предсказаніе . . . . .	199
Лѣченіе . . . . .	200
Прижиганія	201
Fistulorrhaphia . . . . .	202
Поперечная облитерація влагалища (colposcleisis) . . . . .	223
Obliteratio vulvae rectalis . . . . .	227
Искусств. пупырно-брюшная фистула съ послѣдов. ерисіосіосісис . . . . .	229
Пессаріи <i>Schatz'a</i> . . . . .	230
2) Влагалищныя фистулы кишечнаго канала . . . . .	232
а) Влагалищныя фистулы прямой кишки . . . . .	—
Этіологія . . . . .	—
Распознаваніе . . . . .	234
Предсказаніе . . . . .	235
Лѣченіе . . . . .	—
б) Влагалищныя фистулы тонкихъ кишокъ . . . . .	238
Fistula ileo-vaginalis . . . . .	239
Anus praeternaturalis vaginalis . . . . .	—
Лѣченіе . . . . .	240
X. Vaginismus . . . . .	241
Этіологія . . . . .	242
Припадки . . . . .	244
Распознаваніе . . . . .	248
Теченіе болѣзни . . . . .	—
Предсказаніе . . . . .	249
Лѣченіе . . . . .	—

## Болѣзни матки.

I. Пороки развитія . . . . .	253
А. Пороки развитія матки, при которыхъ просвѣтъ существующей матки повсюду вполне проходимъ . . . . .	257
1) Однорогая матка (uterus unicornis) . . . . .	—
2) Двурогая матка (uterus bicornis) . . . . .	260
3) Двуполостная матка (uterus septus s. bilocularis) . . . . .	269
4) Недостаточное развитіе матки (hypoplasia uteri). Uterus foetalis, infantilis et pubescens. Atrophia uteri congenita auctorum . . . . .	273
5) Суженія отверстій матки . . . . .	278
Анатомія . . . . .	—
Припадки . . . . .	281
Распознаваніе . . . . .	283

Предсказаніе . . . . .	284
Лѣченіе . . . . .	285

**Б. Пороки развитія матки, при которыхъ просвѣтъ ея не существуетъ вовсе, или же онъ непроходимъ только на извѣстномъ пространствѣ . . . . . 292**

1) Дефектъ матки и рудиментъ ея . . . . .	—
2) Дефектъ и рудиментарное развитіе шейки матки. Наematometra . . . . .	298
Анатомія . . . . .	—
Припадки . . . . .	300
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	301
Теченіе и исходы . . . . .	302
Предсказаніе . . . . .	303
Лѣченіе . . . . .	—
3) Односторонній дефектъ и рудиментарное развитіе шейки матки. Naematometra unilateralis . . . . .	—
Анатомія . . . . .	—
Припадки и объективное изслѣдованіе . . . . .	305
Распознаваніе . . . . .	306
Предсказаніе . . . . .	307
Лѣченіе . . . . .	—

**II. Неправильныя положенія и смѣщенія матки. . . . . 308**

Нормальное положеніе матки . . . . .	—
1) Наклоненіе матки впередъ (anteversio uteri) . . . . .	313
Анатомія и этиологія . . . . .	—
Припадки . . . . .	314
Распознаваніе . . . . .	315
Предсказаніе . . . . .	316
Лѣченіе . . . . .	317
2) Перегибъ матки впередъ (anteflexio uteri) . . . . .	318
Анатомія и этиологія . . . . .	—
Припадки . . . . .	322
Теченіе . . . . .	324
Распознаваніе . . . . .	325
Предсказаніе . . . . .	327
Лѣченіе . . . . .	—
3) Наклоненіе матки назадъ (retroversio uteri) . . . . .	331
Анатомія и этиологія . . . . .	—
Припадки . . . . .	333
Распознаваніе . . . . .	334
Лѣченіе . . . . .	—
4) Перегибъ матки назадъ (retroflexio uteri) . . . . .	335
Этиологія и анатомія . . . . .	—
Припадки . . . . .	338
Распознаваніе . . . . .	342
Предсказаніе . . . . .	343
Лѣченіе . . . . .	344
Исправленіе положенія матки — вправленіе . . . . .	—
Влагалищныя пессаріи . . . . .	348
Ventrofixatio uteri retroflexi . . . . .	348
Abbreviatio ligg. rotundorum uteri . . . . .	355
5) Наклоненіе и перегибъ матки въ сторону (lateroversio, flexio uteri) . . . . .	358
6) Смѣщенія матки книзу. Выпаденія матки (prolapsus uteri). Гипертрофическія удлиненія шейки матки . . . . .	359
Опредѣленіе . . . . .	359
Этиологія . . . . .	360
Анатомія . . . . .	362
Припадки . . . . .	368



	СТР.
Распознавание . . . . .	370
Течение болѣзни и предсказаніе . . . . .	374
Лѣченіе . . . . .	—
Ортопедическое, механическое лѣченіе . . . . .	375
Оперативное лѣченіе . . . . .	377
Методы и техника операціи выпаденія . . . . .	378
7) Выворотъ матки . . . . .	389
Этіологія . . . . .	390
Анатомія . . . . .	391
Припадки . . . . .	395
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	396
Течение и предсказаніе . . . . .	398
Лѣченіе . . . . .	—
8) Смѣщенія матки . . . . .	405
а) Смѣщеніе матки впередъ (antepositio uteri) . . . . .	—
б) Смѣщеніе матки назадъ (retropositio uteri) . . . . .	406
в) Смѣщеніе матки въ одну изъ сторонъ (latero-positio uteri) . . . . .	—
г) Смѣщеніе матки кверху (elevatio uteri) . . . . .	—
д) Смѣщеніе матки въ грыжевой мѣшокъ (hysterocele, hernia uteri) . . . . .	407
Распознаваніе . . . . .	408
Лѣченіе . . . . .	409
9) Поворотъ матки вокругъ ея продольной оси (torsio uteri) . . . . .	410

### III. Воспаленія матки . . . . . 412

1) Острое воспаленіе матки (metritis acuta) . . . . .	—
Анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	413
Припадки . . . . .	414
Объективное изслѣдованіе . . . . .	—
Исходы . . . . .	415
Распознаваніе . . . . .	—
Предсказаніе . . . . .	416
Лѣченіе . . . . .	—
2) Хроническое воспаленіе матки (metritis chronica) . . . . .	417
Опредѣленіе . . . . .	—
Патологическая анатомія . . . . .	419
Этіологія . . . . .	425
Припадки . . . . .	428
Течение болѣзни и исходы . . . . .	434
Объективное изслѣдованіе . . . . .	436
Распознаваніе . . . . .	438
Предсказаніе . . . . .	440
Мѣстное лѣченіе . . . . .	441
Скарификаціи . . . . .	442
Горячіе влагалитычные души . . . . .	444
Secale cornutum . . . . .	446
Amputatio port. vaginalis uteri . . . . .	454
Игнипунктура влагалитычной части . . . . .	—
Препараты іода. Глицериновые тампоны . . . . .	455
Влагалитычные кольца . . . . .	—
Симптоматическое лѣченіе . . . . .	456
Общее лѣченіе . . . . .	457
3) Воспаленіе шейки матки (metritis et endometritis cervicis) и ея разрывы (lacerationes colli uteri) . . . . .	458
Этіологія . . . . .	—
Патологическая анатомія . . . . .	462
Припадки . . . . .	470
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	472
Течение и предсказаніе . . . . .	477
Общее лѣченіе . . . . .	—

	СТР.
Мѣстное лѣченіе . . . . .	478
Влагалищныя инъекціи . . . . .	479
Обмыванія и смазыванія шейки матки . . . . .	—
Прижиганія . . . . .	480
Оперативное лѣченіе . . . . .	482
Hysterotrachelorrhaphia или операція Emmet'a . . . . .	484
Операція Schröder'a . . . . .	486
Воспаленіе слизистой оболочки полости тѣла матки . . . . .	490
а) Endometritis corporis acuta . . . . .	—
Этіологія . . . . .	—
Анатомія . . . . .	491
Припадки и распознаваніе . . . . .	494
Предсказаніе . . . . .	495
Лѣченіе . . . . .	496
б) Endometritis corporis chronica . . . . .	—
Этіологія . . . . .	499
Анатомія . . . . .	499
Припадки . . . . .	507
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	512
Изслѣдованіе маточнымъ зондомъ . . . . .	513
Искусственное расширеніе шейки матки . . . . .	514
Обеззараженіе полости матки . . . . .	516
Удаленіе пробныхъ частицъ слиз. оболочки . . . . .	517
Теченіе и предсказаніе . . . . .	519
Общее лѣченіе . . . . .	520
Мѣстное лѣченіе . . . . .	—
Расширеніе кавала шейки матки . . . . .	521
Дренажъ полости тѣла матки . . . . .	—
Промыванія ея . . . . .	—
Введеніе прижигающихъ веществъ . . . . .	522
Выскабливаніе острою ложкою . . . . .	525
в) Endometritis tuberculosa . . . . .	529

#### IV. Опухоли и новообразованія матки . . . . . 531

1) Железистыя опухоли матки (adenoma uteri) . . . . .	—
Анатомія . . . . .	532
Этіологія . . . . .	538
Припадки . . . . .	539
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	541
Предсказаніе . . . . .	542
Лѣченіе . . . . .	543
2) Фиброміомы матки . . . . .	544
Патологическая анатомія . . . . .	—
Внутрибрюшныя фиброміомы . . . . .	548
Подслизистыя фиброміомы . . . . .	559
Подбрюшинныя фиброміомы . . . . .	565
Фиброміомы шейки матки . . . . .	567
Этіологія . . . . .	570
Припадки, теченіе и исходы . . . . .	572
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	585
Предсказаніе . . . . .	596
Лѣченіе . . . . .	597
Симптоматическое лѣченіе . . . . .	—
Кастрація . . . . .	609
Радикальное лѣченіе . . . . .	614
Colpomyotomia . . . . .	—
Laparomyotomia . . . . .	626
Лѣченіе . . . . .	651
3) Ракъ матки . . . . .	—
а) Ракъ шейки матки . . . . .	—
Анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	659

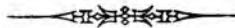
	стр.
Припадки и теченіе . . . . .	661
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	669
Предсказаніе . . . . .	674
Лѣченіе . . . . .	—
Amputatio portionis vaginalis . . . . .	675
Amputatio colli supravaginalis . . . . .	676
Вырѣзываніе матки черезъ влагалище (colpohysterectomy) . . . . .	679
Вырѣзываніе матки путемъ чревосѣченія (laparohysterectomy) . . . . .	686
Лѣченіе симптоматическое . . . . .	688
Частичное удаленіе новообразованія . . . . .	689
6) Ракъ тѣла матки . . . . .	694
Патологическая анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	697
Припадки . . . . .	—
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	698
Лѣченіе . . . . .	700
4) Саркома матки . . . . .	701
Анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	705
Припадки и теченіе . . . . .	—
Объективное изслѣдованіе и распознаваніе . . . . .	707
Предсказаніе . . . . .	708
Лѣченіе . . . . .	—



## Главнѣйшія опечатки.

<i>стр.</i>	<i>строка.</i>	<i>напечатано:</i>	<i>слѣдуетъ читать:</i>
21	9	изслѣдуемымъ	изслѣдующимъ
23	15	лежащей	лежащую
24	28	(Личкусъ)	(Личкусъ, «Врачъ», 1885, стр. 421)
30	10	представляющими	представляютъ
68	11	Бачинскій	Бачинскій (Протоколы Харьковскаго Медицинскаго Общества, XX, 1870.)
92	1	—	—
—	2	—	—
148	23	зевредны	безвредны
156	12	слизистой	слизистой
156	12	рѣжь	рѣже
191	1	значательныя	значительныя
225	12	urethro-vaginalis	urethero-vaginalis
230	5	состоящую	состоящую
231	1	уваличиваемыми	увеличиваемыми
233	4	выстоящую	выстоящую
—	1	влагалищѣ	влагалище
242	1	прикрыта	прикрытъ
276	13	facialis	facialis
283	3	анатомы.	анатомы
297	16	прокладывали	проходили
298	13	палець	палець
299	14	шейка	шейка
300	6	измѣненія.	измѣненія,
302	17	другъ отъ другъ	другъ отъ друга
304	8	haematometrae	haematometrae
340	22	Rokitansky	Rokitansky
373	8	тѣло	тѣла
379	12	cystoet rectocele	cysto- et rectocele
381	11	разрѣзамъ	разрѣзомъ
386	2	операциі	операций
395	14	примѣнено	примѣнена
401	4	савитія	развитія
419	12	(b, c)	(2, 3.)
446	4	Фаллопиевымъ	Фаллопиевыхъ
447	16	cornutum	cornutum
449	8	смѣсти:	смѣсв:
461	13	преимущественно	преимущественно
504	15	разрѣвы	разрывы
537	1	экстравазатовъ	экстравазатовъ
540	20	carcinom'у	carcinom'у
—	21	ея формахъ	ихъ формахъ
—	21	sterilitatis.	sterilitatis

<i>стр.</i>	<i>строка.</i>	<i>напечатано:</i>	<i>слѣдуетъ читать:</i>
568	5 снизу.	(рис. 253)	(рис. 259).
585	8 —	заставлять	заставляютъ
587	20 —	haematometra	haematometra
590	6 —	кастовидныхъ	кистовидныхъ
600	15 —	влагалищѣ	влагалище
621	22 —	<i>enuclatio</i>	<i>enucleatio</i>
639	6 —	связокъ	связокъ
648	3 сверху.	всегда	всего
663	7 снизу.	калоній	колоній
666	20 —	<i>iliaca interna</i>	<i>iliaca externa</i>
670	12 сверху.	<i>Malgaigne'a</i>	<i>Malgaigne'a</i>
704	11 снизу.	миксоматочной	миксоматовной.



akusher-lib.ru

# БОЛѢЗНИ ВЛАГАЛИЩА.

## I. Дѣвственная плева (hymen) и ея заболѣванія.

Точное знакомство съ пороками развитія и заболѣваніями дѣвственной плевы представляется практически крайне необходимымъ, не только съ точки зрѣнія судебного медика, какъ эксперта, но и еще болѣе — гинеколога, какъ практика. У постели больной намъ нерѣдко приходится встрѣчаться съ рѣзкими картинами заболѣваній, имѣющихъ въ основаніи своемъ то или другое патологическое состояніе дѣвственной плевы, вотъ почему я и считаю необходимымъ соединить въ одну главу извѣстныя намъ заболѣванія hymenis.

**Анатомическія замѣчанія.** Обыкновенно дѣвственная плева разсматривается, какъ перепонка sui generis, помѣщающаяся какъ разъ на границѣ перехода влагалища въ наружныя половыя части. Перепонка эта располагается циркулярно по всей периферіи просвѣта во влагалище, оставляя большей или меньшей величины отверстие, помѣщающееся чаще всего болѣе кпереди. — Новѣйшія же анатомическія изслѣдованія безспорно указываютъ намъ на то, что мы должны разсматривать ее не какъ образованіе sui generis, а какъ непосредственное окончаніе влагалища, какъ его нижній конецъ, и отверстие ея — какъ отверстие самого влагалища. Прилагаемый рисунокъ (рис. 1), уясняетъ намъ анатомическое расположеніе частей. Рисунокъ этотъ, данный Budin'омъ, («*Obstétrique et Gynécologie*». Paris 1886, стр. 269), съ препарата трупа молоденькой дѣвочки, показываетъ непосредственный переходъ стѣнокъ влагалища въ hymen, причемъ послѣдній представляется непосредственнымъ его продолженіемъ и имѣетъ отверстие, обращенное нѣсколько болѣе кпереди, помѣщающееся почти тотчасъ подъ мочеиспускательнымъ каналомъ. Если вскрыть влагалище, то оказывается, что, какъ columna rugarum posterior, такъ и carina vaginae (columna rugarum anterior) даютъ непосредственныя свои продолженія въ видѣ большей или меньшей величины гребешковъ на внутреннюю поверхность дѣвственной плевы. Слизистая оболочка влагалища продолжается какъ разъ до краевъ отверстия hymenis, и уже только наружная поверхность дѣвствен-

ной плевры покрывается слизистой оболочкою наружныхъ половыхъ частей. Толща стѣнокъ дѣвственной плевры, состоящая изъ соединительной ткани и содержащая въ себѣ иногда пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, представляетъ непосредственное продолженіе тканей влагалища и можетъ быть въ этомъ направленіи отирепарована ножомъ. Кровеносные сосуды представляютъ также непосредственное продолженіе сосудовъ стѣнки влагалища.

Этотъ нижній конецъ влагалища, покрытый снаружи слизистой оболочкою наружныхъ половыхъ частей, и представляетъ



Рис. 1. U — uterus. R — rectum. V — vesica urinaria. cl — clitoris. ur — orificium urethrae. Or. vag. — orificium vaginae. l. m. — labium minus. l. mj. — labium majus.

собою то, что мы называемъ дѣвственной плевою. Расположеніе, форма и величина отверстія влагалища и обуславливаютъ то значительное разнообразіе вида дѣвственной плевры, которое мы привыкли наблюдать, изслѣдуя новорожденныхъ, дѣвушекъ и женщинъ нерожавшихъ, и которое такъ хорошо изображено въ работахъ В. Мержеевскаго (*Судебно-медицинское изслѣдованіе дѣвственной плевры. Дисс. СПб. 1871*) и Dohrn'a (*«Zeitschr. f. Gb. u. Gyn.»*, Bd. XI, 1885).

## 1) Пороки развитія двѣственной плевры.

Относительно довольно рѣдко приходится встрѣчать случаи, гдѣ влагалище непосредственно переходитъ въ наружныя половыя части, не обуславливая выстоянія своего нижняго конца и, такимъ образомъ, не формируя двѣственной плевры; но въ этихъ случаяхъ все-таки почти всегда можно опредѣлить границу этого перехода въ формѣ болѣе или менѣе выстоящаго валика, иногда имѣющаго незначительный спиральный изгибъ (рис. 2). Далѣе мы видимъ



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

уже выстояніе только задней части нижняго конца влагалища тогда какъ спереди въ области мочеиспускательнаго канала влагалище непосредственно переходитъ въ наружныя половыя части — видъ двѣственной плевры полулунный (рис. 3). Къ этой же формѣ двѣственной плевры относятся и случаи, въ которыхъ и спереди уже замѣтно большее или меньшее выстояніе нижняго конца влагалища, такъ что подъ *orif. urethrae* замѣчается также присутствіе перепонки, но гораздо болѣе меньшихъ размѣровъ, чѣмъ сзади. Болѣе или менѣе равномерное выстояніе краевъ нижняго отрѣзка влагалища съ отверстіемъ, помѣщающимся болѣе или менѣе центрально, даетъ намъ такъ называемую циркулярную двѣственную плеву (рис. 4). Результатомъ такого иногда неравномернаго развитія всей периферіи нижняго отрѣзка влагалища является крайнее разнообразіе величины и формы его отверстія. Такъ мы находимъ его, начиная отъ величины весьма значительной при окончаніи влагалища въ видѣ валика, и кончая почти едва проходимымъ для тонкаго хирургическаго зонда (рис. 5); точно также и форма, болѣею частью представляющаяся круглой, можетъ быть полулунной, неправильно овальной, восьмиобразной (рис. 6) и



Рис. 5.



Рис. 6.



угловатой (рис. 7) Число отверстій можетъ представиться также весьма различнымъ, и мы имѣемъ *hymen cribriformis* (рис. 8), снабженный многочисленными мелкими отверстиями, и *hymen bifenestratus* (рис. 9), имѣющий уже большей величины два отверстія. Этими видами двѣственной плевры я и считаю возможнымъ ограничиться въ данномъ случаѣ и укажу еще только на то обстоятельство, что край самаго отверстія далеко



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.

не всегда бываетъ совершенно гладкимъ и ровнымъ, но весьма нерѣдко представляется бахромчатымъ и зубчатымъ, какъ мы это видимъ на рис. 10—*hymen fimbriatus*. — Точно также на форму и видъ *hymen*'а влияетъ гиперплазія его тканей (*hyperplasia hymenalis*), обуславливающая значительную его величину, такъ что онъ можетъ представляться въ формѣ манжетки, (рис. 11) и выстоять между большими губами, причемъ его



Рис. 10.



Рис. 11.

растяжимость можетъ достигнуть своихъ крайнихъ предѣловъ. Весьма вѣроятно, что, или частью какъ порокъ развитія, или же подъ вліяніемъ воспалительныхъ процессовъ при уже увеличенномъ *hymen*'ѣ, когда края его отверстія прилежатъ непосредственно и на большомъ пространствѣ другъ къ другу, можетъ происходить сращеніе ихъ и такимъ образомъ полная облитерация нижняго отверстія влагалища, такъ называемая *atresia hymenis* (s. *hymenalis* s. *hymenea*). Такое состояніе двѣствен-

ной плевы обыкновенно влечетъ за собою развитие крайне тягостныхъ припадковъ, дающихъ иногда летальный исходъ, почему точное знакомство съ нимъ представляется крайне важнымъ для врача-гинеколога.

## 2) Atresia hymenis.

Hymen imperforatus, представляющій полную непроходимость нижняго отверстія влагалища, представляетъ съ практической точки зрѣнія интересъ только при существованіи вполнѣ, хотя бы и отчасти уродливо, развитыхъ внутреннихъ половыхъ органовъ; въ случаяхъ же пороковъ развитія при полномъ отсутствіи ихъ, или только при присутствіи маленькаго нижняго отрѣзка влагалища, атрезія не даетъ повода къ развитію болѣзненныхъ явленій и потому представляетъ интересъ только чисто съ научной точки зрѣнія.

Atresia hymenis представляется большею частью заболѣваніемъ врожденнымъ, и только крайне рѣдкіе случаи ея наблюдаются, какъ приобрѣтенные. Зароженіе дѣвственной плевы происходитъ большею частью еще въ періодѣ зародышевой жизни, какъ результатъ чрезмѣрнаго развитія и воспалительныхъ процессовъ.

**Послѣдствія и припадки.** При непроходимости дѣвственной плевы и при болѣе значительномъ выдѣленіи изъ матки и влагалища, могутъ быть наблюдаемы даже у новорожденныхъ дѣтей скопленія слизи во влагалищѣ (hydrocolpos). Скопившаяся слизь вызываетъ иногда развитіе такой значительной опухоли еще въ дѣтскомъ возрастѣ, что вслѣдствіе механическихъ разстройствъ въ мочеиспусканіи и дефекаціи родители больныхъ обращаются уже за врачебной помощью. Случаи такого чрезмѣрнаго накопленія слизи впрочемъ весьма рѣдки, такъ какъ выдѣленіе ея бываетъ обыкновенно весьма незначительно, вслѣдствіе отсутствія, при закрытомъ входѣ во влагалище, возможности проникновенія извнѣ различнаго рода раздражителей. — Въ большей части случаевъ только съ наступленіемъ половой зрѣлости и начала менструальныхъ кроветеченій начинается развиваться картина болѣзни, вслѣдствіе невозможности выхода крови наружу. Смотря по большому или меньшему количеству теряемой крови во время каждой менструаціи, развитіе и теченіе болѣзни представляется болѣе или менѣе быстрымъ. Иногда бываетъ уже достаточно только нѣсколькихъ (даже только трехъ) менструальныхъ періодовъ, чтобы объективные и субъективные припадки заставили больную обратиться къ врачу.

Задерживающаяся и скопляющаяся все въ большемъ и большемъ количествѣ кровь обуславливаетъ прежде всего сильное растяженіе полости влагалища, причемъ если процессъ длится болѣе

долгое время, мы находимъ обыкновенно стѣнки влагалища утолщенными съ преобладающей гиперплазіей ихъ мышечныхъ элементовъ (рисунокъ 12), такъ что передъ нами развивается



Рис. 12.

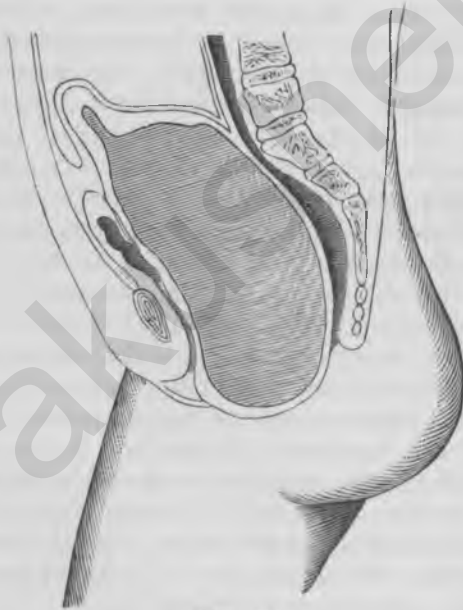


Рис. 13.

такъ называемая эксцентрическая гипертрофія влагалища. Вслѣдъ за извѣстнымъ увеличеніемъ полости влагалища начинаетъ принимать участіе въ процессѣ матки, при чемъ сначала растяженію съ гипертрофіей стѣнокъ подвергается шейка; влагалищная часть ея совершенно изглаживается и внутренняя по верхность стѣнокъ канала шейки почти непосредственно переходитъ въ слизистую оболочку влагалища (см. рис. 13, *Breisky*). Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ atresiae hymenalis и полость матки можетъ также представляться совершенно растянутой. Рядомъ съ такимъ накопленіемъ крови въ полости влагалища и матки иногда, но еще гораздо болѣе рѣдко, наблюдается также развитіе haematosalpinx'a, представляющаго придаточную небольшую опухоль, помѣщающуюся съ одной или даже съ обѣихъ сторонъ большой опухоли — растянутого кровью полового канала. Эта послѣдняя достигаетъ весьма значительной величины и выполняетъ почти всю полость малаго таза, доходя кверху выше symphysis ossium pubis и книзу сильно выпячивая тазо-

вое дно. Скопившаяся и растянувшая до такой степени половой каналъ кровь представляется обыкновенно въ видѣ кофейной гущи, иногда довольно густой, и содержитъ въ себѣ значительную примѣсь слущивающагося эпителия влагалища. Растяженіе иногда бываетъ колоссально, и все-таки дѣвственная плева выдерживаетъ весьма значительное внутриполостное давленіе и не разрывается произвольно. Въ относительно только рѣдкихъ случаяхъ приходится наблюдать такой произвольный разрывъ и, слѣдовательно, произвольное излѣченіе. Извѣстны случаи, когда разрывъ происходилъ только послѣ весьма продолжительнаго времени, достигавшаго иногда до семи лѣтъ. Количество извергаемой при этомъ крови можетъ доходить до 20—25 фунтовъ. Такое долгое противостояніе дѣвственной плевы относительно ея разрыва, по нашему мнѣнію, вполне можетъ быть объяснено участіемъ ея также въ общей гипертрофіи стѣнокъ влагалища; представляя изъ себя анатомически непосредственное продолженіе или, вѣрнѣе, нижнюю часть ихъ и обладая всѣми имъ свойственными частями, она также гипертрофируется, что вполне подтверждаютъ и наблюденія авторовъ, вырѣзавшихъ куски ея при операціи и находившихъ ее при этомъ значительно утолщенною.

Дѣвушки, имѣющія *hymen imperforatus*, достигая своей половой зрѣлости, начинаютъ обыкновенно жаловаться на чувство тяжести и напряженія въ половыхъ частяхъ, на сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ, появляющіяся и усиливающіяся періодически, соотвѣтственно времени долженствующихъ появиться регуль. Обыкновенно въ самомъ началѣ боли эти объясняются такъ называемыми менструальными болями, *Molimina menstrualia*, и только послѣ надлежащаго гинекологическаго осмотра и изслѣдованія опредѣляется причина ихъ появленія. Чѣмъ больше развивается растяженіе частей, тѣмъ интенсивнѣе дѣлаются болѣзненные ощущенія, принимающія обыкновенно характеръ схваткообразныхъ болей; затѣмъ присоединяются лихорадочныя явленія, головныя боли, бессонница, общее исхуданіе и разстройства со стороны мочеиспусканія и дефекаціи; иногда появляются невозможность ходить и отеки нижнихъ конечностей; больныя сильно страдаютъ и уже ищутъ во что бы то ни стало врачебной помощи.

**Объективное изслѣдованіе.** Случаи вполне развившагося заболѣванія представляютъ уже при наружномъ изслѣдованіи живота больной довольно рѣзкія измѣненія. Животъ увеличенъ въ объемъ, въ особенности его нижняя часть. *Linea alba* нерѣдко пигментирована. При ощупываніи опредѣляется эластичная, гладкая опухоль, верхнимъ краемъ своимъ далеко, отъ 10 до 20 сант., стоящая надъ *symphysis os. pubis*, при давленіи слегка болѣзненная; на верхнемъ краѣ, если брюшныя стѣнки

не очень напряжены, можетъ быть прощупано еще не вполне растянутое кровью тѣло матки въ видѣ бугра величиною до не большого яблока. Вся опухоль только незначительно подвижна, и то больше справа налѣво, чѣмъ снизу вверхъ. При осмотрѣ области наружныхъ половыхъ органовъ мы видимъ, что она выпячена, особенно промежность, — состояніе, имѣющее нѣкоторое сходство съ бомбированіемъ промежности во время родовъ. Половая щель зияетъ, особенно ея нижній уголь. Между половыми губами никакого отверстія, ведущаго во влагалище, нѣтъ: оно занято напряженной мясистой перепонкой, имѣющей или цвѣтъ нормальной слизистой оболочки наружныхъ половыхъ органовъ, или же темносиній, вслѣдствіе просвѣчиванія находящейся за нею массы скопившейся крови. Перепонка эта спереди кончается подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, какъ разъ на томъ мѣстѣ, гдѣ обыкновенно находится hymen, въ стороны она непосредственно переходитъ въ малыя половыя губы и кзади прямо въ кожу промежности, commissura posterior можетъ представляться совершенно сглаженной. Иногда такой растянутый и выпяченный hymen imperforatus даетъ впечатлѣніе налившагося плоднаго пузыря, съ каковымъ его нерѣдко и сравниваютъ. *К. Сперанскій* («Еженедѣльная Клинич. Газета». 1881, стр. 159) сравнилъ его даже съ «выходящею дѣтскою головкою». — Содержимое опухоли даетъ иногда ясную флюктуацию, хорошо ощутимую особенно при изслѣдованіи per rectum. Изслѣдованіе это кромѣ того показываетъ присутствіе опухоли, выполняющей весьма значительно всю полость малаго таза и сужающей просвѣтъ толстой кишки. Иногда во время изслѣдованія можно замѣчать временное оплотнѣніе опухоли, какъ результатъ сокращенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ, входящихъ въ составъ гипертрофированныхъ стѣнокъ растянутаго влагалища. Введенный въ мочевой пузырь катетеръ указываетъ обыкновенно на значительное смѣщеніе перваго кверху. Въ случаяхъ существованія заболѣванія болѣе долгое время мы можемъ находить рядомъ съ большою опухолью растянутаго полового канала, помѣщающагося по срединной линіи, еще одну или нѣсколько опухолей меньшей величины, находящихся по ея сторонамъ; подвижность этихъ опухолей также ограничена, хотя она и гораздо больше, чѣмъ главной опухоли. Въ такомъ видѣ обыкновенно намъ приходится констатировать присутствіе растянутыхъ кровью фаллопиевыхъ трубъ (haemosalpinx), такъ неблагоприятно вліяющее на прогнозъ разбираемаго нами заболѣванія. —

**Распознаваніе.** Принимая во вниманіе болѣе или менѣе долгое отсутствіе регуль у женщинъ, уже имѣвшихъ ихъ, и неоявленіе ихъ, не смотря на правильныя, періодическія приступы болей, у дѣвушекъ, находящихся въ періодѣ развитія половой зрѣлости, а равно и результаты объективнаго изслѣдованія, опредѣленіе заболѣванія

не представить больших затруднений. Весьма нерѣдко больныя считаютъ себя беременными, особенно женщины замужнія, такъ какъ при развитіи болѣзни могутъ быть нерѣдко наблюдаемы измѣненія въ грудныхъ желѣзахъ: онѣ опухаютъ и даютъ выдѣленіе жидкости, отчасти похожей на молоко. Совокупленія могутъ имѣть мѣсто, такъ какъ въ этихъ случаяхъ мочеиспускательный каналъ можетъ представляться до такой степени растянутымъ, что извѣстная степень *immissio penis* можетъ быть возможна; мнѣ самому приходилось наблюдать случай, въ которомъ указательный палецъ совершенно свободно проникалъ до шейки мочевого пузыря, при полной атрезіи влагалища. Смѣшать разбираемое нами заболѣваніе съ беременностью при надлежащемъ изслѣдованіи невозможно, и только отсутствіе объективнаго экзамена и чрезмѣрное довѣріе къ рассказамъ больныхъ объясняютъ намъ случаи, гдѣ такого рода ошибка въ распознаваніи могла имѣть мѣсто. Точно также полипы матки и влагалища, полныя выпаденія и различнаго рода новообразованія, выстоящія болѣе или менѣе изъ влагалищнаго отверстія, при надлежащемъ изслѣдованіи только рѣдко, въ исключительныхъ случаяхъ, могли бы подать и то только поводъ къ предположенію и никакъ не къ постановкѣ надлежащаго діагноза. Если бы и представился какой-нибудь подобный исключительный случай, то пробаторная пункція тонкою иглою троакара сразу дала бы положительный отвѣтъ.

**Предсказаніе.** Мы видѣли уже, что самопроизвольное излѣченіе, вслѣдствіе наступающаго разрыва дѣвственной плевы, наблюдается весьма рѣдко. Чѣмъ дольше существуетъ задержка изливающейся во время регулъ крови, тѣмъ большія измѣненія должны наблюдаться вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія, и тѣмъ хуже, конечно, будетъ нашъ прогнозъ, вслѣдствіе возможности развитія различнаго рода осложнений. Не будучи въ состояніи обусловить произвольный разрывъ дѣвственной плевы, заболѣваніе требуетъ энергическаго лѣченія, прогнозъ котораго, какъ и самопроизвольнаго излѣченія, будетъ тѣмъ благоприятѣе, чѣмъ свѣжѣе случай. На опасныя явленія, угрожающія даже жизни больной, нами будетъ обращено вниманіе ниже, при разборѣ лѣченія этого заболѣванія. Выздоровленіе можетъ наступить полное, — извѣстны случаи забеременеванія послѣ удачно применнаго лѣченія.

**Лѣченіе** должно заключаться въ устраненіи атрезіи, въ образованіи искусственнаго отверстія въ дѣвственной плевѣ. Операция эта вполне показана, когда уже передъ нами болѣе или менѣе развившаяся опухоль, вслѣдствіе задержки крови или выдѣленій полового канала; присутствіе такого рода онухолы намъ сразу уже указываетъ на то, что внутренніе половые органы развиты въ данномъ случаѣ болѣе или менѣе правильно. При

полномъ отсутствіи влагалища и матки устраненіе atresiae hymenalis, конечно, не понадобится. У дѣтей, при накопленіи слизи во влагалищѣ и при обыкновенно довольно тонкой дѣвственной плевѣ, бываетъ нерѣдко достаточно простаго ея разрыванія пальцемъ, чтобы получить полное излѣченіе. У взрослыхъ же, въ большей части случаевъ, представляющихъ утолщенную, мясистую, не продыравленную дѣвственную плеву, мы должны уже приступить къ кровавому вскрытію ея. Операция эта по своему производству крайне проста и до настоящаго времени въ большинствѣ случаевъ можетъ быть произведена совершенно такъ, какъ ее практиковалъ *Celsus* (*Aulus Cornelius Celsus*. «*Ueber die Arzneiwissenschaft*». Переводъ *E. Scheller'a*, 1846, стр. 316). Онъ описываетъ ее слѣдующимъ образомъ: «Дѣвственную плеву слѣдуетъ разрѣзать двумя перекрещивающимися разрѣзами въ формѣ буквы «иксъ» X, причемъ тщательно остерегаться поврежденія мочеиспускательнаго канала; затѣмъ слѣдуетъ отрѣзать образовавшіеся лоскуты и такимъ образомъ удалить всю плеву». Дѣйствительно, операция эта и повинѣ производится совершенно такимъ же образомъ, и только за послѣднее время присоединяется еще предложеніе образованную рану, послѣ отрѣзыванія hymen'a, не оставлять открытою, а зашивать, накладывая простые узловатые швы. *Becker-Brown* въ своей книгѣ: «*Surgical diseases of women*» предлагаетъ захватывать обыкновеннымъ крючкомъ hymen и отрѣзать его по периферіи; слѣдовательно, конечный результатъ операціи тотъ же — удаление по возможности всей дѣвственной плевы, съ цѣлью получить наибольшей величины отверстіе и тѣмъ предупредить возможность заращенія его снова, какъ это уже было наблюдаемо при простыхъ только надрѣзахъ ея, безъ удаленія ея всей или хотя бы части ея. Если бы отрѣзанная дѣвственная плева оказалась весьма мясистою, толстою, содержащею значительныя вѣтви сосудовъ, и оставшаяся послѣ нея циркулярная рана входа во влагалище значительно бы кровоточила, то самое лучшее примѣнять наложеніе простаго узловатаго шва, имѣющаго еще и то важное преимущество, что, благодаря ему, получится *prima intentio*, и останется только едва замѣтный рубецъ. Чтобы избѣжать, вообще, свѣжей рѣзанной раны, было предложено и уже и примѣняемо вскрывать hymen *imperforatus* помощью раскаленнаго ножа аппарата *Poquelin'a*.

Операции эти, будучи крайне несложными по своей технике и, будучи осторожно производимы, почти не даютъ возможности къ пораненію сосѣднихъ органовъ, хотя и при нихъ наблюдалось уже нарушеніе цѣлости мочеиспускательнаго канала. Но зато существуютъ еще двѣ опасности, которыми операция разрѣза дѣвственной плевы при haematocolpos можетъ осложниться; это — возможность развитія септического зараженія и

разрывъ haematosalpinx'a, если таковой существуетъ въ данномъ случаѣ. Возможность развитія септическихъ явленій всецѣло зависитъ отъ инфекціи. Если рана, произведенная нами, чиста, то съ этой стороны опасныхъ явленій намъ нечего бояться; обыкновенно они развиваются вслѣдъ за появленіемъ разложения еще оставшагося кровянаго содержимаго, не удаленнаго сразу во время операціи, такъ какъ по вскрытіи hymen'a почти невозможно избѣжать вхожденія воздуха во влагалище.

Влагалище и каналъ шейки, сильно растянутые и обладающіе гипертрофированными стѣнками, не спадаются (см. рис. 12 стр. 6.) тотчасъ до исчезанія ихъ просвѣта и такимъ образомъ даютъ всѣ условія для проникновенія воздуха, приходящаго въ соприкосновеніе съ задержанною между складками кровью и обуславливающаго процессъ разложенія послѣдней.

Для предупрежденія возможности зараженія, мы должны точно также, какъ и при всѣхъ операціяхъ, строго соблюдать всѣ правила антисептики, обращая въ данномъ случаѣ вниманіе особенно на чистоту и обеззараженность воздуха во время операціи. Употребленіе дезинфицирующихъ промываній тотчасъ послѣ операціи, когда все содержимое растянутого полового канала не представляетъ и слѣдовъ разложенія, совершенно излишне и должно быть только примѣняемо, когда къ тому явятся показанія со стороны характера содержимаго: такъ онѣ вполне необходимы въ случаяхъ начавшагося до операціи разложенія его, или же если черезъ нѣсколько времени послѣ операціи замѣчается выдѣленіе изъ половыхъ частей, носящее на себѣ всѣ признаки такого разложенія. Въ этихъ случаяхъ выполаскиванія растворомъ 0,1% сулемы вполне умѣстны и должны производиться *larga manu*. Производить же ихъ, повторяемъ, въ каждомъ случаѣ, какъ *prophylacticum*, мы не видимъ необходимости, такъ какъ опытъ учитъ насъ, что случаи операцій при *artesia hymenalis* и безъ нихъ болѣею частью идутъ вполне благопріятно.

Задача нашего лѣченія представляется уже гораздо болѣе трудною въ случаяхъ, когда мы имѣемъ передъ собою также и растяженіе кровью фаллопиевой трубы — *haematosalpinx*. Операція, дающая столь вѣрный успѣхъ въ обыкновенныхъ случаяхъ, можетъ обусловить въ этихъ, при *artesia hymenalis* исключительныхъ, случаяхъ летальный исходъ, вслѣдствіе вторичнаго разрыва кровянаго мѣшка трубы. Такого рода разрывъ наблюдается иногда, не смотря на всѣ наши предосторожности, принимаемыя во время операціи. Не говоря уже о возможности разрыва истонченныхъ стѣнокъ трубы подъ вліяніемъ усиленнаго дѣйствія брюшнаго пресса или какихъ-либо манипуляцій, связанныхъ съ давленіемъ снаружи на нижнюю часть живота, разрывъ наблюдается происходящимъ какъ бы произвольно, роко-



вымъ образомъ, послѣ операціи опорожненія растянутого полового канала отъ содержащейся въ немъ крови. Объясненіе этого факта мы должны искать въ тѣхъ новыхъ условіяхъ, въ которыхъ находится растянутая кровью труба послѣ совершенія операціи. Патолого-анатомическія изслѣдованія указываютъ намъ на то, что весьма часто haematosalpinx представляется сращеннымъ плотными ложными перепонками съ окружающими частями. Если эти части подвижны (кишки, сальникъ и т. п.), то сращения эти не представляются имѣющими какое-либо особое значеніе въ разбираемомъ нами случаѣ; если же растянутая труба плотно сращена съ частями неподвижными (брюшная стѣнка), то развиваются условія, могущія обусловить разрывъ ея стѣнокъ при быстромъ уменьшеніи опухоли растянутого кровью полового канала. Уменьшеніе это влечетъ за собою непосредственно болѣе или менѣе значительное перемѣщеніе органовъ малаго таза, и такимъ образомъ haematosalpinx, будучи фиксированъ, подвергается значительной травмѣ, и если стѣнки его недостаточно толсты, то онъ легко разрывается. Содержимое его изливается въ полость брюшины, — развивается перитонитъ, нерѣдко со смертельнымъ исходомъ. Разрыву въ этомъ случаѣ можетъ еще значительно способствовать и пониженіе давленія въ маломъ тазу: стѣнка растянутой трубы, находящаяся въ сферѣ пониженнаго давленія, если она тонка, разрывается легко.

Съ другой стороны, условія для разрыва могутъ быть даны и повышеніемъ внутриполостнаго давленія въ растянутой трубѣ. Подобное повышеніе давленія можетъ произойти, во-первыхъ, отъ распространенія (передачи) сокращеній гладкихъ мышечныхъ волоконъ опорожненнаго влагалища и матки на трубы и, во-вторыхъ, вслѣдствіе увеличенія количества содержаимаго подъ вліяніемъ наблюдающагося прилива крови къ органамъ малаго таза, находящимся въ извѣстный моментъ подъ меньшимъ давленіемъ вслѣдствіе пониженнаго давленія во всей его полости, развивающагося, какъ мы видѣли, вслѣдъ за опорожненіемъ растянутого кровью полового канала. Разрывъ растянутой кровью или гноемъ трубы подъ вліяніемъ повышенія внутриполостнаго ея давленія наблюдается и при другихъ обстоятельствахъ; я укажу только на два видѣнныхъ мною случая на секціонномъ столѣ, въ которыхъ разрывъ ruosalpinx'a послѣдовалъ вслѣдъ за прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ влагалищной части матки. Мѣшокъ растянутой трубы былъ свободенъ, не сращенъ съ окружающими частями, матка во время прижиганія не была значительно смѣщена, такъ какъ случаи эти относятся къ тому времени, когда при прижиганіяхъ употребляли круглыя, трубчатыя зеркала. Разрывъ трубы произошелъ въ одномъ случаѣ тотчасъ послѣ прижиганія, и разорвалась самая тонкая часть стѣнки ея; сокращеній мышцы матки, вызванныхъ прижиганіемъ и пере-

давшихъ на трубы, было уже достаточно, чтобы обусловить повышеніе давленія въ растянутой трубѣ и повлечь за собою разрывъ ея. Въ другомъ случаѣ разрывъ произошелъ на второй день послѣ операціи; на вскрытіи половой аппаратъ представился сильно гиперемированнымъ, особенно шейка матки; можно было сдѣлать предположеніе, что при сильномъ приливіи крови послѣ операціи и вызванномъ ею, содержимое растянутой трубы вдругъ увеличилось въ количествѣ и настолько повысило внутриполостное давленіе, что болѣе тонкая часть стѣнки не выдержала и разорвалась.

Разрывъ растянутой трубы, появляющійся черезъ болѣе или менѣе продолжительный срокъ послѣ операціи и обусловленный развившимися воспалительными процессами стѣнокъ ея подъ вліяніемъ появившагося разложенія содержимаго полового канала, можетъ быть также наблюдаемъ нерѣдко. Эти разрывы представляются относительно ихъ прогноза самыми неблагоприятными, такъ какъ септическое содержимое трубъ, будучи излито въ полость брюшины, вызываетъ всегда смертельный септический перитонитъ, тогда какъ въ случаяхъ излітія только крови, при ничѣмъ не осложненномъ haematosalpinx'ѣ, даетъ возможность къ развитію только мѣстныхъ воспалительныхъ процессовъ, имѣющихъ далеко не такой неблагоприятный прогнозъ.

Въ виду вышесказанной опасности, представляющей ся въ случаяхъ растяженія кровью трубъ, операція опороженія содержимаго растянутого полового канала должна быть производима съ извѣстнаго рода предосторожностями; такъ, если это зависитъ только отъ насъ, слѣдуетъ оперировать, какъ можно раньше, не давая возможности къ болѣе значительному растяженію кровью трубъ; время операціи должно быть избрано между двумя менструальными періодами; сама операція производится бережно, избѣгая по возможности усиленной работы брюшнаго пресса и производя, насколько возможно, медленно опороженіе содержимаго опухоли. Все-таки, не смотря на эти предосторожности, разрывъ растянутой трубы иногда наблюдался послѣ операціи. *Kaltenbach* уже въ 1874 году предлагалъ производить предварительно пункцію растянутой трубы черезъ влагалище или прямую кишку; черезъ брюшные покровы она была предложена *Hausmann'омъ (Berlin)* («*Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn.*», Bd. II, стр. 220). Въ настоящее время, когда мы уже не видимъ во вскрытіи брюшины столь громадной опасности, какъ это думали раньше, ларготомія для удаленія растянутой трубы можетъ считаться вполне показанной. Операцію эту, конечно, должно производить раньше вскрытія зарощенной дѣвственной плевы. Этимъ путемъ, если нашъ діагнозъ присутствія haematosalpinx, вѣренъ, мы избѣгаемъ всѣхъ немогущихъ быть предвидѣнными опасностей для больной; а опасности, связанныя съ ларго —

salpingotomi'ей, могутъ уже быть нами все-таки болѣе или менѣе оцѣнены впередъ.

По вскрытіи брюшины, если мѣшокъ трубы представится намъ не имѣющимъ большихъ плотныхъ сращеній, онъ долженъ быть удаленъ *in toto*; если же этого по причинѣ сращеній произвести нельзя, то мы должны ограничиться вскрытіемъ и опороженіемъ его, затѣмъ онъ вшивается въ рану живота и дренируется, или же разрѣзъ его стѣнки можетъ быть снова зашитъ, такъ какъ, по удаленіи причины (*atresia hymenalis*), мы можемъ рассчитывать, что накопленія крови въ немъ снова не произойдетъ. — До сихъ поръ извѣстенъ только случай *Schröder'a* («*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*» VIII. 1882. *сmp.* 202.) въ которомъ онъ при *haematometra* одного изъ роговъ матки, удалилъ *per laparotomiam* развившійся при этомъ *haematosalpinx*, больная выздоровѣла, и вслѣдствіе того, какъ уже было замѣчено во время операціи, что кровь изъ полости матки проложила себѣ путь въ околوماتочную клѣтчатку, *haematometra* вскрылась по томъ во влагалище. Другой случай принадлежитъ нашей литературѣ. Д-ръ В. В. Сутугинъ произвелъ вполне удачное удаленіе *haematosalpinx'a*, съ обѣихъ сторонъ («*Журналъ акуш. и женск. болѣзней*». 1887 г. № 5, *сmp.* 348) при атрезіи нижняго отдѣла влагалища.

Едва-ли требуетъ какого либо особаго лѣченія послѣоперационное время. Уходъ за больной долженъ быть совершенно такой же, какъ и за всякой перенесшей какую либо гинекологическую операцію нижняго отрѣзка влагалища. Присыпанная іодоформомъ поверхность свѣжей раны послѣ cadaго произвольнаго мочеиспусканія должна быть обмыта и снова присыпана іодоформомъ. Влагалищныя спринцованія предприниматься, какъ уже сказано выше, когда къ тому будутъ существовать свои показанія. — Забота нѣкоторыхъ авторовъ о томъ, чтобы сдѣланное искусственное отверстіе снова не заросло, или бы значительно не сзужилось, можетъ, конечно, имѣть мѣсто, если только отверстіе это сдѣлано недостаточно. Если же мы отрѣзали значительные лоскуты дѣвственной плевы и свѣжую рану соединили швами, то мы можемъ быть совершенно покойны, что ни сращенія, ни значительнаго сзуженія произойти не можетъ. Спустя 7—10 дней швы снимаютъ, и тогда только можно приступить къ внутреннему гинекологическому изслѣдованію, съ цѣлью точно установить получившуюся послѣ операціи анатомическую картину. Какъ простое изслѣдованіе пальцемъ, такъ и примѣненіе какихъ либо инструментовъ тотчасъ послѣ операціи должно считаться противопоказаннымъ, такъ какъ вслѣдъ за этими манипуляціями могутъ развиваться, какъ это уже не разъ наблюдалось, явленія разложенія выдѣляющихся массъ изъ полового канала. — Обратное развитіе бывшихъ растянутыми влагалища и шейки матки идетъ обыкновенно весьма быстро, и черезъ весьма непро-

должительное время органы эти представляют болѣе или менѣе нормальный видъ. Какихъ либо особыхъ средствъ къ ускоренію этого процесса (*Secal. cornutum*, бинтованіе живота) обыкновенно примѣнять не приходится.

### 3) Аномаліи строенія дѣвственной плевы.

Дѣвственная плева, представляя собою самый нижній конечный отрѣзокъ влагалища, который съ его наружной стороны покрываетъ слизистая оболочка половой щели, обладаетъ весьма различными количествами соединительной ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ, помѣщающихся между обѣими слизистыми оболочками, и такимъ образомъ можетъ представляться весьма различной по своей толщинѣ, плотности и упругости. Эти различныя качества ея, имѣющія основу въ аномаліяхъ ея строенія, представляютъ большой интересъ съ точки зрѣнія гинеколога и особенно обращаютъ на себя вниманіе при изученіи патологическихъ явленій при *coitus'ѣ* и во время второго періода родового акта. — Смотри по количеству соединительной ткани и мышечныхъ элементовъ, входящихъ въ составъ дѣвственной плевы, и ихъ взаимнаго отношенія, мы различаемъ: а) дѣвственную пlevу весьма плотную, почти не растяжимую и б) дѣвственную пlevу крайне упругую и весьма растяжимую.

Нерастяжимый, плотный *hymen* можетъ представлять непреодолимое препятствіе *sub coitu*: онъ не разрывается. Въ подобныхъ случаяхъ при весьма усиленныхъ попыткахъ къ преодолѣнію препятствія, оно бываетъ преодолено, но только не вслѣдствіе разрыва самой дѣвственной плевы, а вслѣдствіе частичнаго отрыва ея у ея основанія, такъ что, изслѣдуя впослѣдствіи входъ во влагалище, мы находимъ два отверстія: одно небольшое — отверстіе дѣвственной плевы, и другое гораздо большей величины — вновь образованное. Эти случаи, особенно наблюдаемые *sub partu*, могутъ дать поводъ принять ихъ за порокъ развитія, за *hymen bifenestratus*, и только болѣе тщательное изслѣдованіе укажетъ на слѣды бывшей травмы. — Существовать также примѣры, когда совокупленіе безъ нарушенія цѣлости такого рода *hymen'a* было произведено, такъ сказать, въ наружныхъ половыхъ частяхъ, а сѣмянная жидкость все таки проникла во влагалище; наступало забеременеваніе, нарушеніе же цѣлости дѣвственной плевы наступало только *sub partu* и то лишь при помощи надрѣзовъ. Впрочемъ, такого рода неповрежденный *hymen* приходится наблюдать относительно рѣдко *sub graviditate* при совершенно нормальномъ строеніи его; случаи эти болѣею частью представляютъ преступныя попытки къ изнасилованію, причемъ иногда, какъ, на примѣръ, въ случаѣ, представившемся нашему наблюденію, былъ употребленъ для

этой цѣли хлороформъ неумѣлой рукою, и крайне послѣдний coitus былъ совершенъ только въ наружныхъ половыхъ частяхъ у дѣвушки 15 лѣтъ; sub partu цѣлость hymen'a могла быть наблюдаема ненарушенной, и роды не потребовали никакой искусственной помощи.

Крайне упругая, чрезмерно растяжимая дѣвственная плева



Рис. 14.

представляетъ совершенно обратное явленіе. Половому акту она не представляетъ никакого препятствія и sub coitu не разрывается, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ она обуславливаетъ только извѣстную стѣнь болѣзненности при каждомъ совокупленіи. Даже во время родовъ подобная дѣвственная плева можетъ не разрываться: она растягивается настолько, что 5-мѣсячный плодъ проходитъ, не производя нарушенія ея цѣлости. *Winkel*

(«*Lehrbuch der Frauenkrank.*» 1886, стр. 84) приводитъ наблюдение *Credé*, въ которомъ такая дѣвственная плева подѣ влияніемъ напора головки совершенно сгладилась и послѣ родовъ не представляла разрывовъ. Кромѣ подобной возможности сохраненія *hymenis* и послѣродоваго акта, мы наблюдаемъ также цѣлость его совершенно ненарушенною въ случаяхъ родовъ черезъ центральный разрывъ промежности, конечно, только при условіи забеременѣванія при цѣлой дѣвственной плевѣ. Весьма интересный случай подобнаго рода наблюдался за послѣднее время въ нашей клиникѣ и описанъ женщиною-врачемъ *Славянскою-Гренстрандъ* («*Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней*» 1887, № 12). Въ виду рѣдкости подобныхъ случаевъ, я привожу рисунокъ, наглядно изображающій отношеніе частей, имѣвшее мѣсто у нашей больной (рис. 14).

Распределеніе кровеносныхъ сосудовъ въ дѣвственной плевѣ и богатство ими бываетъ также индивидуально различно. Этимъ отчасти можетъ быть объяснена также большая или меньшая потеря крови при дефлораціи. Лучше всего это подтверждается при производствѣ операціи *hymenectomi'i*; производя ее всегда на извѣстной анатомической границѣ, мы замѣчаемъ, что характеръ и количество кровотеченія при этомъ бываютъ весьма различны; такъ, нерѣдко приходилось наблюдать даже артеріальное кровотеченіе или въ самой нижней части *hymen'a*, или же на его боковыхъ сторонахъ, и то по преимуществу съ лѣвой стороны.

Разрывъ *hymenis sub primo coitu* уже не разъ обуславливалъ весьма значительныя потери крови и, въ соединеніи съ *haemorrhyl'i'eй*, въ одномъ случаѣ обусловилъ даже летальный исходъ. Въ большей части случаевъ однако сильныя потери крови при подобнаго рода разрывахъ обуславливаются обширностью ихъ и пораненіемъ участка влагалища въ области мочеиспускательнаго канала, столь богатаго венозными сплетеніями. Обыкновенно врачу приходится уже заставить больную, успѣвшую потерять довольно значительное количество крови, въ состояніи рѣзко выраженной острой анеміи. Вотъ почему необходимо тотчасъ же придать больной самое удобное положеніе для изслѣдованія, или на краю кровати, или же, если только возможно, то на краю стола, и, точно осматрѣвъ, опредѣлить источникъ кровотеченія. Одинъ шовъ изъ кѣтгута, наложенный обкалываніемъ кровотокащаго мѣста, вполне достаточенъ для остановки кровотеченія. Эта терапія кровотеченія требуетъ всего менѣе времени и результатъ ея самый вѣрный; лучше не тратить времени на различные тампоны входа во влагалище, смоченные въ кровоостанавливающихъ жидкостяхъ, такъ какъ при болѣе сильномъ кровотеченіи, и особенно артеріальномъ, они далеко не всегда оказываются настолько дѣйствительными, чтобы предпочесть ихъ непосредственному обкалыванію кровотокащаго мѣста.

#### 4) Hyperaesthesia hymenaica.

Этимъ названіемъ, какъ мнѣ кажется, лучше всего обозвать ту картину заболѣванія, которую обусловливаетъ чрезмерно повышенная чувствительность дѣвственной плевы.

Патологическая анатомія такого состоянія hymen'a до сихъ поръ должна считаться совершенно неразработанной. Предположеніе о чрезмерномъ развитіи нервныхъ волоконъ и ихъ окончаній далеко не подтверждается микроскопическими изслѣдованіями. Въ большей части случаевъ микроскопъ не указываетъ намъ на какія либо патологическія измѣненія. За послѣднее время *Winckel* («*Lehrbuch der Frauenkrankheiten*», 1886) видѣлъ нѣсколько случаевъ, при которыхъ удалось констатировать фиброзно-папиллярную гипертрофію дѣвственной плевы; но и эти измѣненія еще далеко не разъясняютъ намъ вполнѣ развитія чрезмерной чувствительности.

Выдающійся симптомъ этого заболѣванія — страшная боль при дотрогиваніи до дѣвственной плевы. Обыкновенно рядомъ съ этой болью развивается рефлекторное судорожное сокращеніе мышцъ входа во влагалище, — картина, извѣстная подъ именемъ *vaginismus* (*M. Sims.*). Постоянство, съ которымъ *hyperaesthesia hymenaica* осложняется вагинизмомъ дало поводъ отождествлять ихъ; такъ *Winckel* (*l. c.*) хочетъ видѣть обусловливающую причину вагинизма исключительно разбираемое нами состояніе дѣвственной плевы. Вѣрнѣе, какъ мы это увидимъ ниже, *vaginismus* слѣдуетъ считать только симптомомъ, могущимъ быть вызваннымъ различными страданіями, иногда даже ничего общаго съ половыми органами неимѣющими (отравленіе свинцомъ). Вѣрно только одно, что *hyperaesthesia hymenaica* въ большинствѣ случаевъ своего существованія вызываетъ вагинизмъ. Чрезмерно повышенная чувствительность далеко не всегда распространяется по всему протяженію дѣвственной плевы; иногда приходится наблюдать только извѣстные ея участки, на весьма небольшомъ протяженіи дающими такую повышенную чувствительность, тогда какъ сосѣднія съ ними мѣста не обладаютъ таковою. Особенно демонстративно мы можемъ это наблюдать при прикосновеніи къ hymen'у тонкимъ хирургическимъ зондомъ. Такою же чрезмерно-повышенною чувствительностью въ гораздо болѣе рѣдкихъ случаяхъ обладаютъ и *carunculae myrtiformes* уже рожавшихъ женщинъ, причѣмъ не всѣ *carunculae*, а только нѣкоторыя вызываютъ чувство сильной боли при дотрогиваніи. Болѣзненные мѣста, какъ при цѣлой дѣвственной плевѣ, такъ и при остаткахъ ея, представляютъ въ большей части случаевъ при изслѣдованіи совершенно нормальный видъ и только иногда они ярко красны и болѣе сочны. Что причина, обусловливающая *hyperaes-*

thes'iu, чисто мѣстная, мы убѣждаемся изъ того, что послѣ удаленія этихъ частей повышенная чувствительность исчезаетъ, и больныя считаютъ себя здоровыми.

Hyperaesthesia hymenaeica большею частью представляется нашему наблюденію у женщинъ молодыхъ, недавно вышедшихъ замужъ. Вслѣдствіе сильной болѣзненности дѣвственной плевы и вагинизма, совокупленіе не можетъ имѣть мѣста, и больныя обращаются за нашею помощію. — Мнѣ приходилось наблюдать также весьма сильную dyspareuni'ю, развившуюся уже нѣсколько лѣтъ спустя послѣ замужества, причемъ hymen въ его верхней боковой (правой) части не переносилъ самаго легкаго прикосновенія, хотя на видъ и представлялся совершенно нормальнымъ; онъ уже былъ надорванъ съ обѣихъ сторонъ, и отверстіе влагалища при изслѣдованіи подъ хлороформомъ свободно пропускало два пальца — Точно также и женщины рожавшія могутъ представлять, какъ мы уже видѣли, гиперестезію остатковъ дѣвственной плевы (carunculae myrtiformes), причемъ болѣзненность эта наблюдалась и ранѣе при первыхъ попыткахъ къ coitus, или же она развивалась уже только послѣ родовъ. Случаи эти ясно указываютъ на то, что бесплодіе не должно считаться необходимымъ послѣдствіемъ hyperaesthesiae hymenaeicae, такъ какъ изверженіе сѣмени только между наружными половыми частями бываетъ уже иногда достаточно для забеременѣванія. Случаи ненарушенной цѣлости весьма небольшого отверстія дѣвственной плевы у перво-беременныхъ далеко нерѣдки.

**Лѣченіе.** До сихъ поръ мы не знаемъ радикально излѣчивающаго это страданіе средства, и только операція удаленія всей дѣвственной плевы (hymenectomy) даетъ вполне удовлетворительные результаты. — Narcotica, примѣнявшіяся съ цѣлью устраненія hyperaesthesi'и, только понижаютъ на время болѣзненное ощущеніе. Наблюденія съ кокаиномъ даютъ также только временную, скоро проходящую анестезію, — а затѣмъ болѣзненные явленія съ сопровождающимъ ихъ вагинизмомъ развиваются снова во всей своей силѣ.

Операція удаленія гиперестезированной дѣвственной плевы — hymenectomy — принадлежитъ къ одной изъ легкихъ, скорыхъ и дающихъ самый удовлетворительный результатъ гинекологическихъ операцій. Произведенная при извѣстныхъ антисептическихъ предосторожностяхъ и подъ струею дезинфицирующаго раствора, она представляется совершенно безопасною. Кровотеченіе обыкновенно весьма незначительно; въ случаяхъ-же, гдѣ оно вызываетъ опасенія, оно весьма легко можетъ быть остановлено. — Техника операціи также весьма проста. Захлороформировавъ больную такъ, чтобы прикосновеніе къ hymen'у не вызвало болѣе вагинизма, и вымывъ влагалище и поле операціи дезинфицирующимъ растворомъ, мы приступаемъ къ операціи.



Пинцетомъ захватывается одинъ изъ боковыхъ краевъ дѣвственной плевы, и она слегка натягивается, затѣмъ обоюдоострый скальпель вонзается въ основаніе ея, такимъ образомъ получается отверстіе, изъ котораго уже или тѣмъ же скальпелемъ, или ножницами весь hymen циркулярно отрѣзается по своему основанію. Лучшее стараться получить отрѣзанную дѣвственную плеву въ формѣ кольца, такъ какъ при этомъ можно легче убѣдиться, что она вырѣзана вся и на одинаковой глубинѣ. Удаливъ такимъ образомъ hymen, мы получаемъ циркулярную рану входа во влагалище. Кровотеченіе изъ нея обыкновенно незначительно, но иногда встрѣчаются маленькія, брызжущія артеріи и довольно сильное кровотеченіе венозное около отверстія мочеиспускательнаго канала и въ углубленіяхъ сбоку его. Лучшимъ средствомъ для его остановки мы считаемъ наложеніе шва изъ тонкаго шелку. Кромѣ того, что мы достигаемъ этимъ вѣрной остановки кровотечения, мы получаемъ еще и полное соединеніе краевъ раны, такъ что *prima intentio* вполнѣ обезпечена. Нѣкоторые авторы еще до сихъ поръ рекомендуютъ останавливать кровотеченіе давленіемъ, производимымъ вложенными въ *introitus vaginae* дезинфицированными ватными тампонами. Для этой же цѣли Sims, а за нимъ и многіе другіе гинекологи, примѣняли введеніе на болѣе долгое время цилиндрическихъ трубокъ на подобіе трубчатыхъ маточныхъ зеркалъ; примѣненіе ихъ въ настоящее время почти всѣми уже оставлено, такъ какъ онѣ, во-первыхъ, не всегда даютъ прочную остановку кровотечения и, во вторыхъ, мѣшаютъ наблюденію за необходимой чистотой въ послѣоперационномъ времени. Уходъ за больною послѣ операціи также не сложенъ; послѣ каждого мочеиспусканія части обмываются дезинфицирующимъ растворомъ и присыпаются порошкомъ іодоформа. Швы снимаются, начиная съ 4—5 дня; оставленные на болѣе долгое время, они, будучи весьма поверхностными, легко прорѣзаются и оставляютъ за собою гранулирующія ранки, заживающія *per secundam*, замедляя такимъ образомъ полное заживленіе раны входа во влагалище. Если hymen вырѣзанъ на надлежащей глубинѣ, то больныя, поправившись послѣ операціи, обыкновенно представляются совершенно здоровыми: прикосновеніе къ рубцу не вызываетъ боли, *vaginismus* и *dyspareunia* пропадаютъ. — Если же на какомъ либо мѣстѣ основаніе hymen'a уцѣлѣло, то боли могутъ еще ощущаться *sub coitu*, и больная должна подвергнуться вторичной операціи удаленія оставшейся части дѣвственной плевы. Одинъ подобный случай намъ пришлось наблюдать, въ которомъ только послѣ вторичнаго удаленія весьма ограниченаго болѣзненнаго участка больная совершенно выздоровѣла.

Болѣзненный *coitus*—*dyspareunia*—можетъ быть еще вызванъ болѣзненностью дѣвственной плевы, появляющейся только при

ея растяженіи, тогда какъ простое прикосновеніе не причиняетъ никакой боли. Осложненіе вагинизмомъ при этомъ обыкновенно не наблюдается. — Извѣстно, что дѣвушки, представляющія hymen цѣльнымъ, испытываютъ всегда болѣзненное ощущеніе при внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи, не смотря на то, что отверстіе дѣвственной плевы можетъ быть настолько велико, что пропускаетъ палецъ относительно свободно.

При этомъ мы обыкновенно замѣчаемъ, что hymen самъ по себѣ не болѣзненъ, и только растяженіе его изслѣдуемымъ пальцемъ, котораго онъ обхватываетъ какъ кольцомъ, вызываетъ болѣзненное ощущеніе. Болѣзненность эта, такъ сказать, физиологическая, пропадаетъ весьма скоро послѣ дефлорации. Дѣвственная плева, разрываясь достаточно и не растягиваясь уже чрезмерно sub coitu, не представляетъ болѣе болѣзненности и при изслѣдованіи пальцемъ. — Это болѣзненное растяженіе дѣвственной плевы сохраняется sub coitu въ случаяхъ, когда она весьма толста и имѣетъ отверстіе болѣе значительнаго размѣра, вслѣдствіе чего она и не разрывается sub coitu, а только каждый разъ растягивается. Больные жалуются на болѣзненное совокупленіе — dyspareunia и обращаются за врачебною помощію. При изслѣдованіи мы находимъ дѣвственную плеву при дотрогиваніи совершенно не болѣзненною, и только при проведеніи нальца во влагалище и въ особенноти при изслѣдованіи зеркаломъ получается ощущеніе весьма сильной боли; hymen при этомъ цѣль, не надорванъ, отверстіе его весьма значительной величины и крайне растяжимо; больныя уже обыкновенно замужемъ довольно долгое время, но также, какъ и при hyperaesthesia hymenaica, бездѣтны. Случаи эти излѣчиваются обыкновенно весьма быстро. Они требуютъ маленькой операціи надрѣза дѣвственной плевы (hymenotomia). Захлороформировавъ больную и подведя подъ край hymen'a палецъ, по руководству послѣдняго производимъ ножницами надрѣзъ вплоть до основанія дѣвственной плевы; такой же надрѣзъ и тѣмъ же путемъ производится и съ другой стороны.

Кровотеченіе минимально; раны присыпаются іодоформомъ; заживленіе идетъ быстро. — При слѣдующихъ попыткахъ къ coitus'у больныя уже не ощущаютъ никакой боли.

### 5) Новообразованія дѣвственной плевы.

Разростаніе свободного края дѣвственной плевы на ограниченномъ пространствѣ въ длинный и тонкій лоскутъ (*Мержеевскій, I. с. стр. 47.*) (рис. 15), представляющійся въ видѣ полипознаго новообразованія, должно быть отнесено къ порокамъ развитія дѣвственной плевы. — Эти лоскутообразныя или полиповидныя образованія встрѣчаются обыкновенно на свободномъ краѣ

hymen'a только наверху и внизу, съ боковъ они никогда не наблюдались. — Изслѣдуя ближе этотъ полипообразный отростокъ, мы видимъ, что онъ переходитъ непосредственно больше на внутреннюю (вагинальную) поверхность дѣвственной плевры и представляетъ здѣсь непосредственный переходъ въ срединный гребень *columnae rugarum posterioris*, если онъ наблюдается выросшимъ внизу, и *anterioris*, если вверху. Такимъ образомъ мы видимъ, что эти образования, встрѣчаемая преимущественно у маленькихъ дѣвочекъ, представляютъ не что иное, какъ чрезмѣрное развитие *columnae rugarum*.



Рис. 15.

На наружной, вульварной поверхности дѣвственной плевры наблюдается иногда у новорожденныхъ дѣвочекъ развитие кистовидныхъ образований. Кисты величиною отъ чечевичного зерна до лѣсного орѣха были описаны *Winckel*'емъ («*Lehrbuch der Frauenkrankheiten*» 1886, *сmp.* 85). *Bastelberger*'омъ («*Arch. f. Gyn.*» XXII, *сmp.* 427) и *Döderlein*'омъ («*Arch. f. Gyn.*» XXIX, *сmp.* 284).

Рис. 16. Врожденная киста дѣвственной плевры (*Döderlein*).

Представляясь наблюдению болѣе значительной величины и выполняя собою совершенно входъ во влагалище (рис. 16), кисты эти могутъ давать поводъ предполагать о возможности гермофродитическихъ образований. Болѣе обстоятельное изслѣдованіе однако весьма скоро укажетъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Гистологическое изслѣдованіе удаленныхъ кистъ показываетъ, что внутренняя ихъ поверхность покрыта такимъ же плоскимъ эпителиемъ, какъ и наружная поверхность *hymenis*, такъ что вполне допустимо предположеніе о развитіи ихъ изъ складокъ слизистой оболочки, сросшихся другъ съ другомъ своими гребнями. (*Döderlein*).

Новообразования, развивающіяся на слизистой оболочкѣ наружныхъ половыхъ частей, нерѣдко *per continuitatem* переходятъ и на наружную поверхность дѣвственной плевры; такъ не особенно рѣдко на ней можно наблюдать развитіе маленькихъ папилломъ при присутствіи многочисленныхъ острыхъ кондиломъ на слизистой

оболочкѣ половой щели. — Злокачественныя новообразованія точно также по сосѣдству переходятъ иногда и на *hymen*, инфильтрируя всю толщу его тканей.

## II. Пороки развитія влагалища.

Влагалище, какъ и матка, развиваясь изъ нарнаго органа — Мюллеровыхъ ходовъ — путемъ ихъ слитія воедино, представляетъ пороки своего развитія непосредственно зависящими отъ правильнаго развитія этихъ ходовъ и повсемѣстнаго, равномернаго превращенія ихъ, обладающихъ двумя отдѣльными просвѣтами, въ одинъ органъ съ однимъ просвѣтомъ. Различнаго рода и вида дефекты въ развитіи одного или обоихъ Мюллеровыхъ ходовъ непосредственно отразятся такими же дефектами на влагалищѣ; полное или неполное слитіе ихъ также представитъ намъ пороки развитія влагалища въ формѣ большаго или меньшаго дѣленія его просвѣта на двѣ части. Этими основными причинами объясняются всѣ встрѣчающіеся намъ пороки развитія влагалища.

Припадки, вызываемые этими уродствами развитія, рѣзко могутъ быть раздѣлены на двѣ группы, смотря потому, остается ли просвѣтъ влагалища, или вѣрнѣе Мюллеровыхъ ходовъ, проходимымъ, или же онъ оказывается на большемъ или меньшемъ протяженіи облитерированнымъ, будетъ ли это выражено въ одномъ, или и въ обоихъ мюллеровыхъ ходахъ. — Припадки, вызываемые этою второю особенностью развитія, относятся преимущественно къ припадкамъ, развивающимся вслѣдствіе задержки выдѣленій и кровоизліяній въ полость лежащую выше мѣста облитерации, рѣзко выдѣляютъ, съ чисто практической точки зрѣнія, эту группу пороковъ развитія влагалища. Руководствуясь этою практическою точкою зрѣнія, мнѣ кажется болѣе удобнымъ раздѣлять пороки развитія влагалища на такіе, которые представляютъ просвѣтъ влагалища проходимымъ, и такіе, при которыхъ онъ заращенъ.

### А) Пороки развитія влагалища, при которыхъ просвѣтъ его проходимъ.

Мюллеровы ходы, развиваясь каждый отдѣльно, самостоятельно и не сливаясь вмѣстѣ въ одинъ полый органъ, обуславливаютъ образованіе двойнаго влагалища—*vagina duplex*, или вѣрнѣе, *vagina septa* (*Klob*). Въ большей части случаевъ этотъ порокъ развитія приходится наблюдать совмѣстно съ подобнымъ же порокомъ развитія матки: *uterus bicornis* и *uterus*

septus часто встрѣчаются вмѣстѣ съ двойнымъ влагалищемъ; но и случаи *vaginae septae* при одиночной, однополостной, вполне правильно развитой маткѣ наблюдались уже неоднократно и стоятъ внѣ всякаго сомнѣнія; при этомъ одно влагалище вмѣщается въ себѣ правильно развитую *portio vaginalis uteri*, другое же кончается слѣпо. Если двойственность влагалища полная, то и нижній его конецъ представляетъ также полное раздвоеніе (рис. 17), и мы имѣемъ передъ собою двѣ отдѣльныхъ дѣвственныхъ плевры съ двумя отдѣльными отверстиями. — Ширина и



Рис. 17. *Vagina septa* (Личкусъ).

вмѣстимость обоихъ влагалищъ можетъ быть совершенно одинакова, но чаще мы видимъ, что одно изъ нихъ гораздо шире другого; зависить же это въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ или отъ того, что одинъ изъ Мюллеровыхъ ходовъ представляется менѣ развитымъ сравнительно съ другимъ, или же это расширение одного влагалища было уже обусловлено впоследствии, такъ сказать, вторично. Наблюдались случаи, гдѣ перегородка между обоими влагалищами была настолько податлива и уступчива, что вмѣстительность одного изъ нихъ легко могла быть значительно увеличена на счетъ другого. При двойномъ влагалищѣ, при одной, нормальной маткѣ, влагалище, въ которомъ открывается шейка матки, не должно необходимо представляться болѣе объемистымъ и широкимъ; извѣстны случаи, въ которыхъ болѣе растянутымъ и служившимъ для *coitus'a* оказывалось влагалище, оканчивающееся слѣпо.

Особенныхъ болѣзненныхъ припадковъ *vagina septa* не обуславливаетъ, и только съ начала половой жизни, при совокупленіи, можетъ встрѣтиться извѣстной степени препятствіе вслѣдствіе большей или меньшей узости обоихъ влагалищъ; препятствіе это вслѣдствіе повторныхъ попытокъ, наконецъ, преодолевается, и мы находимъ одно изъ влагалищъ вполне достаточно растянутымъ для этой цѣли. Если эта растянувшаяся половина имѣетъ сообщеніе съ маткою, то наступленіе забеременеванія возможно; если же нѣтъ, то женщина остается безплодною, пока, наконецъ,

и вмѣстимость обоихъ влагалищъ можетъ быть совершенно одинакова, но чаще мы видимъ, что одно изъ нихъ гораздо шире другого; зависить же это въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ или отъ того, что одинъ изъ Мюллеровыхъ ходовъ представляется менѣ развитымъ сравнительно съ другимъ, или же это расширение одного влагалища было уже обусловлено впоследствии, такъ сказать, вторично. Наблюдались случаи, гдѣ перегородка между обоими

вслѣдствіе вмѣшательства врачебной помощи, не будетъ проложенъ свободный путь въ матку изъ растянутого, но кончающагося слѣпо влагалища.

Въ большей части случаевъ *vagina septa* не требуетъ никакой терапіи, и только при значительной узости влагалищъ мы можемъ примѣнить расширяющія средства, вводя разбухающія вещества — губки, *laminaria*, *tupelo* — со всѣми необходимыми предосторожностями во влагалище, подлежащее расширенію. Если бы этимъ путемъ расширеніе не удалось въ желаемой степени, или въ случаяхъ уже растянутого влагалища, но кончающагося слѣпо, можетъ явиться показаніе къ искусственному соединенію обоихъ влагалищъ въ одно, искусственно разрушая, оперативнымъ путемъ, раздѣляющую ихъ перегородку. Убѣдившись помощью точнаго изслѣдованія катетеромъ, что ни мочеиспускательный каналъ, ни дно мочевого пузыря не заходятъ далеко между обоими влагалищами, и что матка представляется достаточно подвижной, мы должны предпринять разрѣзъ перегородки вплоть до шейки матки. Операция эта не представляетъ значительныхъ затрудненій, и мы, начиная разрѣзъ снизу, шагъ за шагомъ можемъ удобно дойти до желаемой высоты, расширяя и обнажая себѣ новый просвѣтъ общаго влагалища постепенно все глубже и глубже вводимыми ложкообразными зеркалами и накладывая швы на особенно кровоточащія мѣста. Производя разрѣзъ перегородки, мы должны, конечно, строго держаться мѣста наибольшаго, наитѣснѣйшаго прилеганія обоихъ влагалищъ другъ къ другу.

Подобная операция была уже произведена *E. C. Gehrung*'омъ въ городѣ *Denver*'ѣ въ Колорадо («*Americ. Journal of Medical Sciences*» 1874, стр. 445) при двойныхъ влагалищѣхъ и маткѣхъ, съ цѣлью увеличенія полости *vaginae* и возможности примѣненія дальнѣйшаго мѣстнаго гинекологическаго лѣченія. Въ случаѣ *G.* была ретроверсія, дававшая тягостные симптомы и требовавшая механическаго лѣченія. Разрѣзъ перегородки во влагалищѣхъ ножницами удался легко. Введенный пессарій *Hodge*'а, удерживая матку въ нормальномъ положеніи и мѣшая возможному зарощенію разъединенныхъ частей, устранилъ всѣ припадки, на которые больная жаловалась до операціи. — *Santesson* (цитир. у *Hegar*'а и *Kaltenbach*'а, 3-е изданіе, стр. 644.) сдѣлалъ подобную же операцію съ цѣлью достигнуть атрезированной *uterus bicornis unicollis*. Перегородка влагалищъ при *uterus septus et vagina septa* была также раздѣлена помощью эластической лигатуры *Blackwood*'омъ въ Филадельфіи («*Centralbl. f. Gyn.* 1880» стр. 117). Въ случаѣ *Tauffer*'а, описанномъ *Dirner*'омъ («*Arch. f. Gyn.*» XXII, стр. 463), съ цѣлью сдѣлать возможнымъ *coitus* во влагалище, а не въ уретру, какъ онъ производился, перегородка была клинообразно вырѣзана, рана зашита, часть же перегородки

у portio vaginalis величиною въ 1,0—1,5 см. была оставлена, такъ какъ анатомическія отношенія брюшины не могли быть точно выяснены. Вскорѣ послѣ операціи больная забеременѣла и родила въ срокъ благополучно.

Мюллеровы ходы, не сливаясь между собою въ области влагалища, могутъ обусловить развитіе, какъ мы только что видѣли, двойнаго влагалища, если они не сливаются другъ съ другомъ на всемъ его протяженіи. Гораздо чаще, однако, приходится наблюдать эту аномалію развитія, выраженную только частично: на извѣстномъ протяженіи, въ верхней или въ нижней части, Мюллеровы ходы сливаются вполне, образуя одно влагалище, тогда какъ въ другой части они представляются не слившимися, — получается *vagina subsepta* (*Klob*) s. *vagina partim septa* и притомъ или *supra simplex*, или *infra simplex*. Иногда перегородка можетъ находиться только въ средней трети влагалища и занимать, вообще, такое незначительное протяженіе, что рѣчь можетъ идти только о перемычкѣ. — Въ случаяхъ *vaginae subseptae infra simplicis*, *hymen* наблюдается всегда только одинъ, хотя бы полная перегородка влагалища не достигала до самаго нижняго его конца всего на нѣсколько миллиметровъ.

Съ такого рода частичными перегородками во влагалищѣ, имѣющими характеръ пороковъ развитія, не слѣдуетъ смѣшивать встрѣчающіеся иногда довольно толстые тяжи ткани, дѣлящіе также просвѣтъ влагалища, какъ бы, на двѣ части. Тяжи эти представляютъ обыкновенно результатъ приращенія какого нибудь оторвавшася лоскута слизистой оболочки влагалища или куска влагалищной части матки къ одной изъ стѣнокъ влагалища, или же къ области входа въ него. Вслѣдствіе долгаго существованія и постояннаго натяженія, особенно, если приращенный кусокъ принадлежитъ влагалищной части и притомъ приросъ къ нижней трети влагалища, тяжи эти значительно растягиваются и представляются довольно длинными, цилиндрическими образованиями, иногда значительно фиксирующими матку, смѣщая ее книзу. Въ случаѣ, оперированномъ мною, больная страдала сильными болями при каждомъ болѣе значительномъ движеніи или болѣе значительной дѣятельности брюшнаго пресса; матка ея была сильно оттянута книзу и фиксирована вслѣдствіе того, что оторвавшійся во время родовъ лоскутообразный кусокъ задней губы влагалищной части приросъ къ ранѣ разорвавшейся въ то же время промежности. Тяжъ этотъ былъ перерѣзанъ, матка приобрѣла тотчасъ же свою физиологическую подвижность, и больная освободилась отъ болей.

Женщины, обладающія врожденными перемычками во влагалищѣ или неполными его перегородками, обыкновенно не представляютъ никакихъ жалобъ и въ большей части случаевъ

даже не знаютъ о существованіи ихъ; только въ случаяхъ vaginae subseptae supra simplicis, когда перегородка въ нижней трети влагалища полная, и оба хода недостаточно широки, могутъ появиться до извѣстной степени затрудненія при совокупленіи. Точно также во время родовъ эти перемычки и неполныя перегородки въ періодъ изгнанія могутъ представить извѣстное препятствіе къ поступательному ходу подлежащей части и потребовать нашего вмѣшательства. Въ обоихъ случаяхъ можетъ быть показано нарушеніе ихъ цѣлости путемъ разрѣза, тѣмъ болѣе что, дѣлая операцію разъединенія перемычки, мы предупреждаемъ разрывъ ея и избавляемся такимъ образомъ въ теченіи послѣродоваго періода отъ лишней разорванной раны и имѣемъ болѣе шансовъ наблюдать его правильное, безлихорадочное теченіе. («*Врачъ*» 1884. О. Шлезингеръ стр. 442 и Н. Андреевъ стр. 663.). Всего удобнѣе овѣ перерѣзаются скапелемъ или ножницами, и кровотеченіе, если таковое появится въ болѣе значительномъ количествѣ, останавливается наложеніемъ швовъ. Если перемычка не очень толста и достаточно длинна, то ее легко можно перевязать en masse въ двухъ мѣстахъ и уже затѣмъ перерѣзать въ серединѣ.

Съ раздвоеніемъ влагалища, вслѣдствіе неполнаго слитія Мюллеровыхъ ходовъ, не слѣдуетъ смѣшивать встрѣчающихся частичныхъ выпячиваній его слизистой оболочки, проникающихъ иногда далеко въ околывлагалищную соединительную ткань. Обыкновенно начало ихъ наблюдается въ области впадинъ слизистой оболочки влагалища по сторонамъ columnae rugarum posterioris. Относятся ли эти мѣшкообразныя выпячиванія къ порокамъ развитія прирожденнымъ, или же они развиваются въ дальнѣйшей жизни женщины, находясь въ извѣстной зависимости отъ растяженій влагалища во время родовъ, до сихъ поръ еще положительно рѣшено быть не можетъ. Наблюденіе Winckel'я такого выпячиванія на передней стѣнкѣ влагалища у новорожденной дѣвочки, изображеннаго въ его атласѣ фотографическихъ снимковъ препаратовъ женскихъ половыхъ органовъ (*Die Pathologie der weiblichen Sexualorg. in Lichtdruck — Abbildungen. 1881. T. XIII рис. 3*), представляется далеко не убѣдительнымъ, такъ какъ на рисунокѣ нельзя ясно видѣть, что это выпячиваніе не есть простая складка передней стѣнки влагалища. — Вслѣдствіе возможности накопленія слизи въ подобнаго рода выпячиваніяхъ, можетъ иногда представиться необходимость широкимъ разрѣзомъ вскрыть такую полость, какъ это и было въ одномъ случаѣ Breisk'аго («*Die Krankheiten der Vagina 1886*».)

Къ порокамъ развитія влагалища мы должны отнести также и чрезмѣрно узкое или короткое влагалище. Узкое влагалище нормальной длины можетъ встрѣчаться или какъ порокъ индивидуальнаго развитія, или же какъ результатъ дефекта одного изъ Мюллеровыхъ ходовъ и представлять собою такъ называемую



vagina unilateralis. Распознаваніе этого послѣдняго вида представляется иногда весьма затруднительнымъ, какъ напр. при полномъ дефектѣ одного изъ мюллеровыхъ ходовъ. Если же мы имѣемъ передъ собою рядомъ съ значительно узкимъ влагалищемъ, не представляющимъ никакихъ рубцевыхъ измѣненій, какъ слѣдствій бывшихъ воспалительныхъ состояній, остатки втораго Мюллероваго хода въ видѣ кистовидныхъ образований, помѣщающихся въ клѣтчаткѣ стѣнокъ влагалища, то выясненіе генеза такого равномерно узкаго влагалища не представляетъ уже большихъ затрудненій.

Vagina unilateralis обыкновенно встрѣчается при uterus unicornis, вообще — при полномъ дефектѣ одного изъ мюллеровыхъ ходовъ, хотя можетъ встрѣчаться и при маткѣ, вполне нормально и хорошо развитой. — Подобный случай, наблюдавшійся д-ромъ И. И. Смольскимъ (Отд. отг. изъ «Военно-Мед. Журн.» 1879.), представляетъ еще и тотъ интересъ, что vagina unilateralis имѣла нормальную емкость, и другой мюллеровъ ходъ, помѣщаясь рядомъ, былъ настолько все-таки развитъ, что обусловилъ образование ruocolpos unilateralis.

Узость влагалища, обусловленная сказанными причинами, рѣдко представляется объектомъ нашего терапевтическаго вмѣшательства; болѣею частью оно современемъ растягивается и не представляетъ даже большихъ нарушеній цѣлости послѣ родоваго акта. Въ относительно только рѣдкихъ случаяхъ мы будемъ вынуждены примѣнять методическія расширенія его не кровавымъ путемъ, помощью разбухающихъ средствъ или методическаго введенія все болѣе и болѣе величины стеклянныхъ дилататоровъ влагалища, предложенныхъ М. Sims'омъ при лѣченіи вагинизма.

Узость и короткость влагалища нерѣдко наблюдаются при общей остановкѣ развитія половаго канала на степени, присущей дѣтскому возрасту; такъ, uterus foetalis и infantilis часто осложняются сказаннымъ недостаточнымъ развитіемъ влагалища. Частичное укороченіе влагалища — одной изъ его стѣнокъ, особенно передней, — какъ мы увидимъ ниже, играетъ иногда весьма важную роль при такъ называемыхъ врожденныхъ неправильныхъ положеніяхъ матки.

**Стенозы влагалища врожденные и приобретенные.** (Stenosis vaginae congenita et acquisita). — Излагать въ главѣ о порокахъ развитія влагалища также и приобретенные стенозы его мнѣ кажется болѣе удобнымъ и удовлетворяющимъ цѣлямъ практическимъ, такъ какъ, какъ мы увидимъ ниже, дифференціальная діагностика врожденныхъ и приобретенныхъ стенозовъ далеко не легка для всѣхъ случаевъ, а иногда отличить ихъ другъ отъ друга по времени ихъ происхожденія представляется дѣломъ невозможнымъ. Нарушеніе правильной формы влагалища въ видѣ

существующих мѣстных суженій и для случаевъ врожденныхъ должно быть объясняемо развитіемъ воспалительныхъ состояній слизистой оболочки влагалища и окружающей его соединительной ткани въ теченіе еще утробной жизни, такъ что и этиология, вообще, развитія стенозовъ влагалища, какъ въ случаяхъ врожденныхъ, такъ и приобретенныхъ, сводится на одну общую причину — воспаленіе, имѣвшее мѣсто до или послѣ рожденія.

Подъ именемъ стеноза влагалища мы понимаемъ мѣстное суженіе его просвѣта вслѣдствіе того, что стѣнки его представляютъ или полную циркулярную перетяжку, или только въ видѣ полулуны или спирали. — Суженія просвѣта влагалища, обусловленные сдавленіемъ его растущей въ маломъ тазу опухолью или другими причинами, обуславливающими только сдавленіе влагалища, и только такимъ образомъ суживающими его просвѣтъ, не относятся къ стенозамъ въ строгомъ смыслѣ этого слова, и будутъ нами разобраны въ соотвѣтствующихъ главахъ. — Перетяжка, развивающаяся въ стѣнкахъ влагалища и обуславливающая его суженіе, можетъ быть или весьма тонка, такъ что представляется въ видѣ перепонки, особенно въ случаяхъ когда просвѣтъ значительно суженъ — перепончатые стенозы, или же перетяжка можетъ быть весьма толстой, плотной, рубцовой, достигающей иногда въ толщину до 1,0 см. и болѣе. Въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ такое развитіе рубцовой ткани можетъ распространяться равномерно на все протяженіе влагалища, и такимъ образомъ получится равномерная, чрезмерная узкость влагалища. — Мы сказали уже, что перетяжки стѣнокъ влагалища могутъ быть морфологически весьма различны и вслѣдствіе этого подавать иногда поводъ къ неправильному толкованію ихъ; такъ, извѣстны случаи, въ которыхъ перетяжка, имѣвшая циркулярную форму и оставлявшая просвѣтъ влагалища свободнымъ лишь настолько, что могъ быть введенъ только хирургическій зондъ, была принимаема за вторую дѣвственную плевую, когда она помѣщалась въ самомъ нижнемъ отрѣзкѣ влагалища почти тотчасъ за дѣвственной плевой.

Влагалище въ большей части случаевъ представляетъ суженіе своего просвѣта вслѣдствіе развитія такой перетяжки только на одномъ мѣстѣ своего протяженія; но, впрочемъ, нерѣдко приходится наблюдать и множественность ихъ развитія, такъ что на всемъ протяженіи влагалища могутъ быть наблюдаемы два, три и болѣе суженныхъ мѣстъ.

Степень суженія крайне разнообразна, начиная отъ только слегка выраженного уменьшенія просвѣта и достигая до такой степени, что лишь послѣ довольно долгаго и обстоятельнаго изслѣдованія удастся открыть отверстіе въ перепонкѣ, по-видимому совершенно закрывающей просвѣтъ влагалища. Мы уже сказали, что при стенозахъ влагалища мы имѣемъ дѣло съ результатами воспалитель-

ныхъ явленій. Если воспаленіе было глубоко въ слизистой оболочкѣ влагалища или въ окружающей его соединительной ткани, или же, какъ при приобрѣтенныхъ стенозахъ, была весьма значительная потеря вещества стѣнки, то развиваются перетяжки, состоящія изъ плотной рубцовой ткани. Если же воспаленіе слизистой оболочки влагалища было весьма поверхностнымъ, то происходятъ только складки двухъ поверхностей стѣнокъ влагалища, прилежащихъ другъ къ другу; авторы допускаютъ, что подобныя складки происходятъ иногда только въ одномъ эпителиальномъ слоеъ слизистой оболочки влагалища и представляющими такимъ образомъ образование крайне не стойкое, такъ что достаточно бываетъ весьма малаго насилія, чтобы его разрушить.

**Этіологія.** Врожденные стенозы влагалища встрѣчаются иногда совмѣстно съ пороками развитія половыхъ органовъ, вообще, представляя такимъ образомъ только явленіе частичное, обусловленное неправильнымъ ходомъ развитія Мюллеровыхъ ходовъ; но въ большей части случаевъ они наблюдаются при совершенно правильно развитомъ половомъ аппаратѣ женщины и должны быть отнесены къ результатамъ воспалительныхъ процессовъ, имѣвшихъ мѣсто въ этой области во время утробной жизни плода. Причины, вызывающія эти воспаленія, еще до сихъ поръ должны считаться недостаточно разъясненными.

Приобрѣтенные стенозы влагалища чаще всего развиваются, какъ послѣдствія трудныхъ родовъ и заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ. Фистулы пузырьно-влагалищныя, какъ результатъ долгаго сдавленія головкою стѣнки влагалища съ послѣдовательнымъ омертвѣніемъ тканей, весьма часто осложняются развитіемъ рубцовыхъ суженій влагалища. Травмы, наносимыя влагалищу акушерскими инструментами, могутъ также иногда оставлять значительные участки рубцовой ткани, такъ или иначе суживающей просвѣтъ влагалища. Болѣзни послѣродоваго періода въ формѣ *colpitis gangraenosa* или *paracolpitis phlegmonosa* обуславливаютъ также значительныя потери тканей и служатъ источникомъ развитія значительныхъ суженій. Воспалительные процессы влагалища, не связанные съ родовымъ актомъ, въ свою очередь представляютъ нерѣдкій источникъ развитія суженій вслѣдствіе сращенія прилежащихъ другъ къ другу воспалительно-измѣненныхъ стѣнокъ влагалища; такого рода кольпиты описаны подъ именемъ *colpitis adhaesiva* у дѣтей и у взрослыхъ. Нерѣдкимъ послѣдствіемъ дифтеритическихъ формъ воспаленія влагалища являются иногда весьма значительныя стенозы послѣ трудныхъ формъ различнаго рода инфекціонныхъ заболѣваній; развитіе суженій вслѣдствіе этой причины наблюдалось послѣ тифа, оспы, холеры, скарлатины, рожи. Сифилитическія пораженія влагалища влекутъ за собою также иногда развитіе стенозовъ. Особенно обширныя рубцевыя суженія должны разви-

ваться послѣ такъ называемой periyaginitis phlegmonosa dissecans (Маркетт), причемъ, какъ извѣстно, вся слизистая оболочка влагалища можетъ отторгаться въ формѣ цѣлой, неповрежденной трубки.

Кромѣ вышеприведенныхъ заболѣваній этиологическимъ моментомъ въ развитіи стенозовъ влагалища встрѣчаются травматическія поврежденія и ожоги влагалища сильными химическими и термическими дѣятелями. Паденія на болѣе или менѣе острые предметы, связанныя съ разрывомъ наружныхъ половыхъ частей и влагалища, наблюдались какъ источники развитія стенозовъ. Травма наружныхъ половыхъ органовъ рѣжущими инструментами при желаніи оскотленія женщины у скопцовъ, произведенная неопытною рукою, распространяется иногда и на влагалище, вызывая вполнѣдствіи значительное суженіе нижняго его отрѣзка. Развитіе обширныхъ рубцевыхъ суженій уже не разъ наблюдалось послѣ введенія во влагалище, съ преступною цѣлью вызвать выкидышъ, крѣпкихъ растворовъ сѣрной кислоты. Карболовая кислота *per se* или въ крѣпкихъ растворахъ, введенная во влагалище по ошибкѣ, даетъ тѣ же результаты. Къ стенозамъ влагалища, причиняемымъ иногда рукою врача, относятся развитія рубцевыхъ суженій вслѣдъ за неумѣлыми и неумѣстными прижиганіями каленымъ желѣзомъ и гальванокаустикой; влагалищные пессаріи, забытые больными во влагалищѣ на болѣе долгое время, особенно въ климактерическомъ возрастѣ, равно какъ и различныя инородныя тѣла, долго лежавшія во влагалищѣ, обуславливаютъ значительныя изъязвленія съ послѣдовательными суженіями.

**Припадки.** Стенозы влагалища, какъ врожденные, такъ и пріобрѣтенные, вызываютъ болѣе или менѣе тяжелые припадки только въ случаяхъ, когда суженіе весьма значительно, и просвѣтъ влагалища крайне суженъ, такъ что слизь и менструальная кровь не могутъ свободно проходить черезъ суженное мѣсто и задерживаются выше его, представляя картину временной аменорhoeа, пока, наконецъ, подъ вліяніемъ усиливающагося давленія и сокращенія матки и отрѣзка влагалища, лежащаго выше суженія, не наступаетъ опорожненіе накопившейся массы черезъ существующій весьма малыхъ размѣровъ и иногда извилистый каналъ суженія. При этомъ больныя испытываютъ иногда весьма сильныя приступы спазмодическихъ болей. Такого рода явленія, впрочемъ, приходится наблюдать при стенозахъ только въ исключительныхъ, рѣдкихъ случаяхъ. Обыкновенно же стенозы сами по себѣ не вызываютъ никакихъ болѣзненныхъ явленій и только при coitus и во время родовъ могутъ представлять большее или меньшее препятствіе. Мѣсто нахождения стеноза и характеръ тканей, его обуславливающихъ, играютъ при этомъ главныя роли. Врожденные, перепончатые, легко

уступчивыя перетяжки весьма скоро, при повторныхъ попыткахъ совокупленія, перестаютъ уже представлять сколько-нибудь значительное сопротивленіе; во время родовъ онѣ иногда легко поддаются напору подлежащей части и могутъ быть растянуты даже безъ нарушенія ихъ цѣлости. Въ случаяхъ же значительныхъ рубцевыхъ стенозовъ обыкновенно бываетъ показана болѣе или менѣе энергическая врачебная помощь.

**Распознаваніе.** Опредѣлить присутствіе стеноза на протяженіи влагалища обыкновенно не представляетъ никакого затрудненія: простое изслѣдованіе пальцемъ уже выясняетъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Только при весьма значительныхъ стенозахъ намъ приходится дифференцировать его отъ атрезіи влагалища; при весьма маломъ отверстіи, особенно если оно помѣщается гдѣ либо въ сторонѣ, употребленіе зеркалъ и зонда становится необходимымъ. Лучше всего для этой цѣли примѣняются ложкообразныя зеркала: обнажая ими нижнюю поверхность стеноза, мы довольно легко можемъ увидѣть отверстіе и, введя въ него зондъ, можемъ быть уже вполне увѣрены, что передъ нами не атрезія, по крайней мѣрѣ на уровнѣ изслѣдуемаго суженія; въ случаяхъ же, гдѣ за первымъ стенозомъ находится еще другой, а, быть можетъ, и атрезія, то только для исключенія этой возможности зондъ слѣдуетъ проводить насколько возможно далѣе и стараться ввести его въ матку, что послѣ нѣкотораго количества времени вполне удается, особенно, если зондъ проводится за мѣстомъ суженія по пальцу, введенному въ прямую кишку: отыскиваніе влагалищной части и *orificii externi uteri* иногда представляется при этомъ крайне легкимъ и удобнымъ.

Констатировавъ такимъ образомъ присутствіе стеноза влагалища, мы, по крайней мѣрѣ, для нѣкоторыхъ случаевъ, должны исключить возможность присутствія спазмодическаго суженія влагалища. Извѣстно, что у нѣкоторыхъ женщинъ *levator ani* настолько сильно развитъ, что онѣ по произволу могутъ сокращать и расслаблять его, обуславливая этимъ весьма значительное кольцеобразное суженіе влагалища (*Budin. Le releveur de l'anus chez la femme. Obstétrique. Recherches cliniques. Publication du «Progrès Medical», 1881*), которое весьма наглядно можетъ быть оттиснено на введенномъ для этой цѣли во влагалище восковомъ бужѣ въ 3,7 см. въ діаметрѣ. Съ другой стороны, эта мышца при извѣстныхъ заболѣваніяхъ можетъ находиться въ большей или меньшей степени контрактуры и такимъ образомъ еще болѣе симулировать стенозъ влагалища. Полное расслабленіе *levatoris ani* подъ вліяніемъ глубокаго наркоза хлороформомъ и повторное изслѣдованіе должны предостеречь насъ отъ подобнаго рода ошибки. Впрочемъ, извѣстенъ случай, гдѣ такая контрактура была во время родовъ принята за стенозъ и были сдѣланы обоюдостороннія надрѣзы для его устраненія (слу-

чай *Réveillout*, цитир. у *Budin'a*, 1. с. стр. 42). Кроме того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ и само мѣсто нахождения стеноза сразу уже укажетъ намъ, что это не сократившаяся мышца, такъ какъ эта послѣдняя, имѣя свое, ей только свойственное мѣсто нахождения, можетъ обусловить суженіе просвѣта влагалища только на извѣстномъ мѣстѣ и извѣстной высотѣ (около 2,0—4,0 смъ надъ входомъ во влагалище).

Отличіе приобретенныхъ суженій отъ врожденныхъ представляется иногда весьма затруднительнымъ, и могутъ встрѣтятся случаи, гдѣ подобное дифференцированіе становится совершенно невозможнымъ. При врожденныхъ стенозахъ могутъ иногда встрѣчаться совмѣстно также нѣкоторые пороки развитія въ области половыхъ органовъ; при приобретенныхъ — нерѣдки различныя рубцевыя образованія нижняго отрѣзка влагалища и наружныхъ половыхъ частей. Само собой понятно, что эти же сопутствующія образованія могутъ встрѣтиться совершенно въ обратномъ порядкѣ, и какъ приобретенные стенозы могутъ имѣть мѣсто на влагалищѣ половыхъ органовъ, представляющихъ извѣстные пороки развитія, такъ и образованіе значительныхъ рубцевъ можетъ осложнять уже существовавшій врожденный стенозъ. Въ большей части подобныхъ случаевъ большую роль играетъ анамнезъ, указывающій намъ иногда весьма точно время возможнаго развитія суженія влагалища. Присутствіе въ анамнезѣ выше уже указанныхъ тяжелыхъ формъ заболѣваній и полное здоровье женщины, уже жившей половую жизнью до начала ихъ, съ большою вѣроятностью указываютъ на стенозы приобретенные. При врожденныхъ же мы видимъ почти всегда начало страданій совпадающимъ съ началомъ половой зрѣлости или половой жизни; или же и въ этихъ случаяхъ анамнестическія данныя о формахъ болѣзней, имѣвшихъ мѣсто въ раннемъ, дѣтскомъ возрастѣ, могутъ дать намъ вѣскія данныя въ пользу того, что и здѣсь стенозъ былъ приобретенный.

**Предсказаніе.** Суженія въ формѣ нерепонковъ представляютъ гораздо лучшее предсказаніе, чѣмъ рубцевые, плотные стенозы. При первыхъ возможность совокушенія мало-по-малу приобрятается подная, при вторыхъ же нерѣдко, не смотря на довольно энергичное мѣстное лѣченіе, она можетъ быть достигнута далеко не въ достаточной степени. Забеременѣваніе въ обоихъ случаяхъ происходитъ иногда съ поразительной легкостью. Какъ врожденные, такъ и приобретенные стенозы во время беременности и во время родовъ могутъ представлять иногда такую степень размягченія, что головка доношеннаго плода можетъ пройти черезъ суженное мѣсто, не обусловивъ даже и разрыва его. Конечно, далеко не всѣ случаи, и всего менѣе стенозы съ значительными рубцевыми образованіями, представляютъ такое благоприятное размягченіе и удобораствяжимость во время родового

акта. Въ большинствѣ случаевъ требуется хирургическая помощь, чтобы предотвратить опасность, вызываемую этими суженіями во время родовъ. Разрывы матки *sub partu*, какъ слѣдствіе непреодолимаго препятствія къ поступательному движенію подлежащей части, уже занесены въ литературу разбираемаго нами вопроса.

Забеременѣваніе и роды въ нѣкоторыхъ случаяхъ даютъ почти полное излѣченіе суженій; это наблюдается въ большинствѣ случаевъ перепончатыхъ стенозовъ; рубцевые же, не смотря на то, что во время родовъ были произведены значительные надрѣзы ихъ, въ послѣродовомъ періодѣ начинаютъ снова принимать свой первоначальный видъ, вслѣдствіе начинающагося сморщиванія рубцовой ткани, входящей въ ихъ составъ.

Въ прогностическомъ отношеніи весьма важно помнить о возможности развитія такъ называемыхъ вторичныхъ стенозовъ. При существующемъ уже незначительномъ врожденномъ перепончатомъ суженіи, вслѣдствіе близкаго неподвижнаго прилежанія другъ къ другу складокъ влагалища, при присоединяющемся воспаленіи этихъ частей влагалища легко происходятъ спайки ихъ на достаточно значительномъ протяженіи, суживающія еще въ гораздо большей степени просвѣтъ влагалища. Подобнаго рода склейки, происходящія иногда даже только въ эпителиальныхъ слояхъ прилежащихъ другъ къ другу стѣнокъ влагалища, требуютъ весьма незначительной силы къ ихъ полному разъединенію. Встрѣчаясь и развиваясь иногда *sub graviditate*, онѣ не представляютъ почти никакого препятствія во время родовъ, и такъ какъ и первичный стенозъ въ этихъ случаяхъ былъ перепончатый и незначительный, то роды кончаются довольно скоро и вполне благополучно. Случаи эти, имѣющіе совершенно своеобразное развитіе и теченіе, никакъ не должны быть относимы, вообще, въ группу приобретенныхъ рубцевыхъ стенозовъ, особенно съ точки зрѣнія прогноза, — такъ какъ они не только легко устранимы во время родовъ, но и въ послѣродовомъ періодѣ не образуются вновь, оставляя только незначительные слѣды своего существованія.

**Лѣченіе.** Расширять стенозы влагалища помощью разбухающихъ средствъ для ихъ полнаго излѣченія обыкновенно бесполезно, такъ какъ весьма скоро по прекращеніи лѣченія они представляются снова въ томъ же видѣ, какъ и до начала его. Надрѣзы скальпелемъ или ножницами, производимые на суженномъ мѣстѣ, могутъ оказать иногда несомнѣнную пользу при перепончатыхъ стенозахъ. Надрѣзы эти лучше производить въ большемъ числѣ, а не ограничиваться только двумя обоюдосторонними. Производство самой операціи крайне просто. обнаживъ помощью ложкообразныхъ зеркалъ суженное мѣсто, производятся надрѣзы въ 1,0—1,5 и иногда до 2,0 см. въ глубину,

сначала въ обѣ стороны, а затѣмъ также спереди и сзади въ нѣсколькихъ мѣстахъ, но болѣе поверхностно, чтобы не повредить сосѣднихъ половыхъ органовъ. Кровотеченіе при этомъ иногда незначительно, и для остановки его достаточно введенія или тампона изъ іодоформированной марли, или же стекляннаго цилиндрическаго зеркала *Sims'a*. Обыкновенно же въ разрѣзъ попадаютъ значительныя венозныя сплетенія и нѣкоторыя изъ вѣточекъ *art. vaginalis*, и для остановки кровоточащихъ мѣстъ, или просто наложеніе шва. Послѣ производства операціи въ теченіи, по крайней мѣрѣ, двухъ недѣль необходимо повторными введеніями зеркалъ расширять бывшее суженное мѣсто влагалища. Слѣдуетъ только быть осторожнымъ относительно того, чтобы цилиндрическое, плотное зеркало не оставалось лежать очень долго въ просвѣтѣ суженнаго мѣста, такъ какъ уже извѣстны случаи, въ которыхъ получалась мѣстная гангрена и сообщеніе съ мочевымъ пузыремъ.

Расширеніе просвѣта влагалища, получающееся этимъ путемъ, можетъ оказаться стаціонарнымъ въ случаяхъ перепончатыхъ стенозовъ; рубцевыя же суженія и особенно болѣе широкія, не смотря на эту терапію, снова принимаютъ свой первоначальный видъ, такъ что операція имѣетъ только временный эффектъ, чѣмъ и приходится пользоваться въ извѣстныхъ случаяхъ пузырно-влагалищныхъ свищей. Для возможности производства операціи зашиванія этихъ фистулъ, осложненныхъ значительнымъ рубцевымъ стенозомъ влагалища ниже мѣста ихъ нахожденія, выработано особое методическое ихъ расширеніе, приносящее несомнѣнную пользу, какъ приготовительное лѣченіе до операціи. Предложенный *Bozeman'*омъ и прѣверенный уже методъ этотъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляется абсолютно необходимымъ (*Bandl. Operation der Blasen-Scheidenfistel, Werth der Bozeman'schen Operations-Methode. Separatabdruck aus der »Wiener Medicin. Wochenschr.« 1878.*). Для расширенія такого рода стенозовъ по этому методу примѣняются надрѣзы суженныхъ мѣстъ и затѣмъ постепенное ихъ расширеніе вводимыми цилиндрическими или шарообразными тампонами изъ твердаго каучука различныхъ размѣровъ. Тампоны эти могутъ безвредно оставаться на сутки во влагалищѣ, и только при появляющихся симптомахъ производимаго ими раздраженія лѣченіе это на время приостанавливается. Путемъ этого методическаго расширенія въ теченія двухъ—шести недѣль весьма плотныя рубцевыя суженія дѣлаются проходимыми на столько, что лежащій выше пузырно-влагалищный свищъ становится совершенно доступнымъ, и операція зашиванія его дѣлается вполне возможной.

И такъ, методическое расширеніе рубцевыхъ стенозовъ и



ихъ надрѣзы даютъ эффектъ только временный, и если мы имѣемъ въ виду сдѣлать его постояннымъ, то слѣдуетъ примѣнить уже нѣсколько болѣе сложную операцію. Въ 1872 году *Heppner* предложилъ («*St. Petersburger Medicinische Zeitschrift.*» 1872—73, стр. 552) при образованіи новаго влагалища въ случаяхъ его дефекта вшивать въ полученный вновь каналъ лоскуты кожи, взятой съ ягодицъ. Онъ произвелъ одну подобную операцію, повидимому, съ успѣхомъ (см. стр. 40). При операціи стеноза влагалища въ первый разъ подобная трансплантація лоскута кожи на рану во влагалищѣ была произведена *B. Credé jun.* («*Arch. f. Gynaek.*» *Bd. XXII, стр. 229*). Въ этомъ случаѣ у 50-лѣтней женщины, имѣвшей весьма значительный руб-

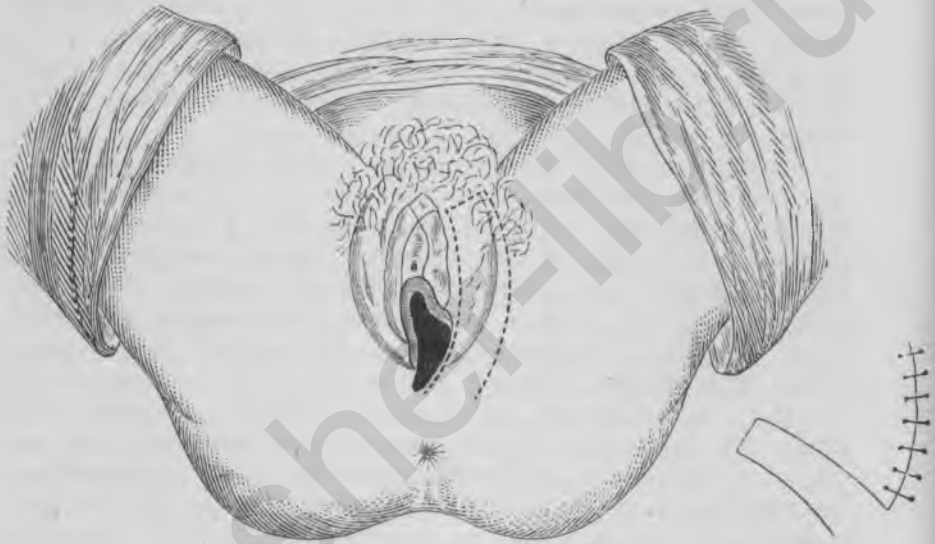


Рис. 18.

цовой стенозъ влагалища на всемъ его протяженіи и перенесшей уже разъ кровавое расширеніе влагалища, *B. Credé* произвелъ разрѣзъ вдоль всей лѣвой стѣнки и насильственно расширилъ просвѣтъ влагалища до 5,0 см.; получилась большая раненая поверхность; чтобы предотвратить возможность развитія на ней снова рубцовой, сморщивающейся ткани, былъ взятъ лоскутъ кожи съ лѣвой большой губы, начиная съ лобка и кончая промежностью (рис. 18), и пришить къ поверхности раны во влагалищѣ; рана, получившаяся на большой губѣ, была зашита нѣсколькими швами на трехъ четвертяхъ своего пространства она зажила *per primam*, и только четвертая часть зажила *per secundam*. Больная вполне выздоровѣла, и, при изслѣдованіи ея черезъ годъ, влагалище было найдено широкимъ, безъ какихъ бы то ни было воспалительныхъ явленій. Итакъ, мы видимъ, что,

производя трансплантацію кожныхъ доскутовъ во влагалище, мы можемъ предотвратить появленіе суженія.

При стенозахъ не особенно широкихъ для этой же цѣли лучше всего, какъ это совѣтуетъ *A. Martin* («*Pathol. u. Therapie der Frauenkrankh.*», 1885 г.), удалить всю рубцевую ткань, тщательно вырѣзывая ее на сколько возможно глубоко, постоянно наблюдая, чтобы не произвести пораненія мочевого пузыря или прямой кишки. Такимъ образомъ при циркулярныхъ стенозахъ получится циркулярная раненая поверхность во влагалищѣ, которая и должна быть зашита такъ, чтобы ея нижній и верхній края были соединены наложенными швами; при этомъ, если бы получилось значительное натяженіе, то края раны (т. е. слизистая оболочка влагалища) могутъ быть отпрепарированы на извѣстномъ пространствѣ отъ подлежащей ткани. Накладывая вслѣдъ за этимъ глубокіе швы, мы получаемъ обыкновенно заживленіе *per primam*, и стенозъ можетъ не возобновиться.

Нерѣдко приходится намъ встрѣчаться со случаями стенозовъ влагалища во время родовъ. Степень ихъ развитія и количество неподатливой рубцовой ткани, входящей въ составъ ихъ, обусловливаютъ показанія къ тому или другому оперативному вмѣшательству. Иногда бываетъ уже вполне достаточно простого наложенія щипцовъ, чтобы окончить роды, причемъ извѣстны случаи, въ которыхъ не наблюдалось даже разрыва суженнаго мѣста. При суженіяхъ незначительной степени и болѣе или менѣе податливыхъ, большую услугу оказываютъ надрѣзы, производимые по краю суженія въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Если же суженіе болѣе значительно, то можетъ быть показана перфорация даже живого ребенка. При мертвомъ плодѣ, при срочныхъ родахъ и даже при преждевременныхъ, перфорации головки должно быть отдано предпочтеніе передъ болѣе значительными надрѣзами суженія. Подобный случай при преждевременныхъ родахъ за послѣднее время наблюдалъ *Г. Рунге* въ нашей клиникѣ («*Русская Медицина*», № 46, 1886 г.). Еще болѣе значительные стенозы, обусловливающіе почти полную непроходимость родового канала, обусловливаютъ показаніе къ окончанію родовъ *per vias artificiales*, къ кесарскому сѣченію; если суженіе весьма значительно, и мы можемъ предвидѣть болѣе затрудненный оттокъ послѣродовыхъ очищеній во время послѣродового періода, то производство этой операции по методу *Porro* должно считаться вполне умѣстнымъ. 143

## Б) Пороки развитія влагалища, при которыхъ просвѣтъ его не проходимъ.

### 1. Полное отсутствіе — рудиментъ влагалища.

Исслѣдуя больныхъ, мы можемъ иногда убѣждаться, что влагалище какъ бы совершенно отсутствуетъ; введенные въ моче-

вой пузырь катетеръ и въ прямую кишку палець не въ состояннн опредѣлить какихъ бы то ни было образованій на его мѣстѣ. Исслѣдованія же на секціонномъ столѣ въ подобныхъ случаяхъ открываютъ обыкновенно на мѣстѣ долженствующаго быть влагалища болѣе или менѣе развитой пучекъ соединительной ткани, почти всегда содержащій въ себѣ продольно идущіе пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, такъ что подобный рудиментъ влагалища, если вскрытіе произведено достаточно точно, всегда находится на мѣстѣ какъ бы вполне отсутствующаго влагалища; иногда онъ бываетъ весьма незначительно развитъ и, какъ отдѣльное образованіе, можетъ быть найденъ только при тщательной препаровкѣ данной мѣстности.

Такого рода рудиментъ или, какъ его можно назвать клинически, полное отсутствіе влагалища, чаще всего встрѣчается также и при различнаго рода неполномъ, недостаточномъ развитіи матки и ея придатковъ; но извѣстны случаи, въ которыхъ всѣ остальные половые органы были развиты вполне правильно, и присутствіе этой аномалии развитія влагалища вызывало весь комплексъ припадковъ, свойственныхъ атрезіямъ этого органа. Случаи совмѣстной полной остановки развитія всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ обыкновенно не вызываютъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, и больныя, страдающія аменореей, обращаются за врачебною помощью только вслѣдствіе безпокоящаго ихъ иногда ненпроизвольнаго мочеиспусканія. Исслѣдуя такихъ больныхъ, иногда уже жившихъ половую жизнью и не замѣчавшихъ никакихъ неправильностей во время совокупленія, мы находимъ почти всегда мочеиспускательный каналъ значительно расширеннымъ въ видѣ воронки, широкимъ концомъ обращенной наружу. Мочеиспускательный каналъ свободно пропускаетъ указательный палець, и только область внутренняго его отверстия представляетъ нѣкоторое препятствіе къ проникновенію пальца въ пузырь, что, впрочемъ, также удается довольно легко. Такого рода расширеніе уретры происходитъ постепенно, въ относительно довольно короткое время, подъ влияніемъ coitus'a, причемъ, при вполне отсутствующемъ входѣ во влагалище, penis мало-по-малу пролагаетъ себѣ путь въ мочевой пузырь при посредствѣ уретры. Не смотря на такое значительное расширеніе мочеиспускательнаго канала и особенно его внутренняго отверстия, больныя могутъ еще весьма хорошо держать мочу, и только при значительномъ переполненіи пузыря или болѣе сильной, внезапной работѣ брюшнаго пресса, моча выдѣляется ненпроизвольно. При внутреннемъ исслѣдованн per rectum мы убѣждаемся также въ полномъ отсутствіи внутреннихъ половыхъ органовъ, или прощупываемъ на мѣстѣ матки только неясно оконтуриванный пучекъ болѣе плотной ткани.

При совмѣстномъ рудиментарномъ развитіи матки, такъ что она не обладаетъ полостью, а представляется вполне солиднымъ органомъ, Фаллоппіевы трубы и яичники могутъ быть развиты нормально. Подобнаго рода комбинація, встрѣчаясь довольно рѣдко, обуславливаетъ развитіе крайне тяжелыхъ симптомовъ: болѣзнь страдаютъ сильными болевыми ощущеніями во время менструальной болѣзни (molimina menstrualia); иногда въ этихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до изліянія крови въ трубы и развитія hæmatosalpinx'a со всеми его опасными послѣдствіями. Терапія наша въ этихъ случаяхъ должна быть направлена къ достиженію преждевременнаго климактерическаго періода. Вырѣзываніе хорошо развитыхъ и функционирующихъ яичниковъ — кастрація — должна считаться вполне показанной.

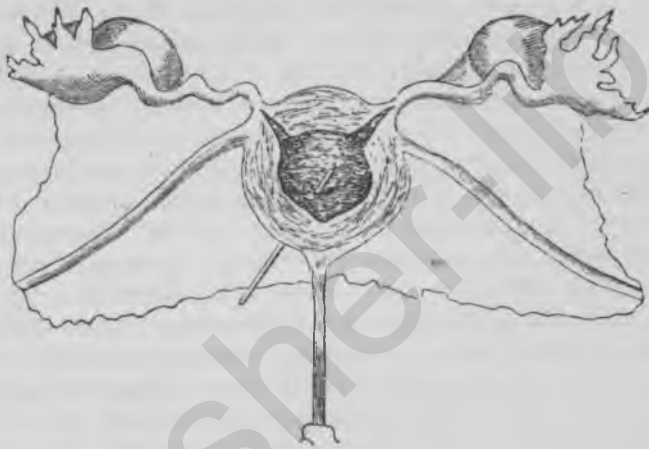


Рис. 19. Наematometra при рудиментѣ влагалища (Fürst.)

Если мы имѣемъ передъ собою при полномъ отсутствіи влагалища всѣ остальные половые органы правильно развитыми, то обыкновенно развивается hæmatometra. Весьма характерный препаратъ подобнаго сочетанія былъ описанъ Fürst'омъ изъ лейпцигской клиники профессора Credé («*Monatsschr. für Geburtskunde und Frauenkr.*», Bd. XXX, 1867 стр. 177). На прилагаемомъ рис. 19 мы видимъ рудиментарное развитіе влагалища, яичники-же, трубы и матку хорошо развитыми; на существованіе portio vaginalis—только слабый намекъ; матка, бывшая растянутою скопившеюся кровью, еще не вполне сократилась.

Развитіе въ большей или меньшей степени припадковъ, указывающихъ на начинающееся накопленіе крови въ маткѣ — hæmatometra—(эти припадки будутъ разобраны нами ниже въ главѣ о hæmatometra), обуславливаетъ наше вмѣшательство, и главною задачею нашею является образованіе новаго влагалища

хирургическимъ путемъ. Производство этой операціи весьма затруднительно, и требуется весьма большая осторожность, чтобы не поранить мочевого пузыря или прямой кишки. Отступя не болѣе, какъ на 1,0 см, отъ отверстія мочеиспускательнаго канала книзу, дѣлается поперечный разрѣзъ, проникающій всю толщю слизистой оболочки. Катетеръ, введенный въ мочевой пузырь, и палецъ ассистента — въ прямую кишку, должны быть постоянно путеводными точками для дальнѣйшаго проникновенія внутрь по направленію къ маткѣ по оси таза. Разъединеніе тканей производится лучше всего помощью тупыхъ инструментовъ и ногтями пальцевъ, только встрѣчающіеся болѣе плотные пучки ткани могутъ быть разрѣзаемы ножницами или скальпелемъ. Подвигаясь такимъ образомъ медленно все глубже и глубже, доходимъ, наконецъ, до матки, вѣрнѣе — до нижней отрѣзка опухоли, образуемой растянутою маткою. Если можно опредѣлить мѣсто *orificiі externi uteri*, представляющимся иногда въ формѣ легкаго вдавленія, то оно и избирается для вскрытія опухоли; если же нѣтъ, то избирается мѣсто, соответствующее приблизительно шейкѣ матки. Вскрытіе и опорожненіе мѣшка *haematometr'ы* будетъ нами болѣе подробно разобрано въ соответствующей главѣ. Операція производства новаго влагалища обыкновенно сопровождается только весьма незначительнымъ кровотечеіемъ, не дающимъ повода къ принятію какихъ либо спеціальныхъ мѣръ къ его остановкѣ. Легкость, съ которою удается проникать пальцемъ въ клѣтчаткѣ, заложенной въ подобныхъ случаяхъ между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою, давала поводъ предполагать иногда такъ называемое эпителиальное склеиваніе уже существующаго влагалища (см. случай *A. Bidder'a. Ein Fall von Haematometra des Uterus bicornis (?) bei vollständigem angeborenem Mangel der Scheide. Operation. Heilung. Berliner Klinische Wochenschr. 1874 стр. 580*). Но появляющееся потомъ сильное суженіе вновь образованнаго влагалища вслѣдствіе сокращенія развивающейся здѣсь рубцовой ткани, указываетъ на то, что въ данномъ случаѣ былъ сдѣланъ новый ходъ въ соединительной ткани.

Для устраненія этого послѣдовательнаго сморщиванія и развитія весьма значительнаго повсемѣстнаго суженія новаго влагалища, *Геннеромъ* было предложено шивать во вновь образованный каналъ лоскуты кожи, взятые изъ области ягодицъ. 6-го марта 1872 года въ засѣданіи общества нѣмецкихъ врачей въ Петербургѣ *Геннеръ* сообщилъ («*St. Petersburger Medicinische Zeitschrift*» 1872—73, стр. 552) случай полнаго отсутствія влагалища у 16-лѣтней дѣвушки съ *haematometr'ой* въ *uterus unicornis dexter*. Разрѣзъ въ формѣ *H* былъ сдѣланъ такъ, что горизонтальная часть его шла поперечно между обѣими половыми губами, обѣ же вертикальныя проходили у основаній обѣихъ

половыхъ губъ. Образованные такимъ образомъ два лоскута были отпрепарованы, и такимъ образомъ обнажено поле операциі. Съ подобающей осторожностью *Геннеру* удалось проникнуть весьма близко къ маткѣ. Предположенный вначалѣ планъ—вести оба лоскута въ глубину произведенной раны и тамъ ихъ пришить—не удался вслѣдствіе того, что лоскуты сильно ретрагировались. Вслѣдствіе этого было рѣшено продолжить оба вертикальныхъ разрѣза книзу на ягодицы и здѣсь съ каждой стороны образовать по продолговато-эллиптическому кожному лоскуту. Оба эти лоскута были перегнуты во вновь образованный каналъ и на двѣ его прикрѣплены проволочными швами. Спустя нѣсколько дней (время сообщенія случая) оба лоскута кажутся хорошо лежащими, такъ что можно считать обезпеченнымъ незаростаніе вновь образованнаго канала. Къ сожалѣнію, дальнѣйшая судьба больной осталась неизвѣстною.—Мы видѣли уже при лѣченіи стенозовъ влагалища, что эта же мысль была приведена въ исполненіе *B. Credé jun.*, и результатъ получился весьма хорошій: суженіе вновь не образоваюсь.

## 2. Частичное отсутствіе влагалища и зарощенія его. *Atresia vaginae.*

Врожденное частичное отсутствіе влагалища и пріобрѣтенныя его зарощенія я нахожу также болѣе удобнымъ разобрать въ одной общей главѣ, такъ какъ симптомы, ими вызываемые, и лѣченіе ихъ представляютъ весьма много общаго.—Отсутствіе частичное влагалища, какъ порокъ развитія, обуславливается мѣстнымъ недоразвитіемъ Мюллеровыхъ ходовъ, такъ что на извѣстномъ протяженіи оно находится въ рудименторномъ состояніи. Такого рода отсутствіе просвѣта влагалища можетъ встрѣчаться на всемъ его протяженіи, чаще оно встрѣчается въ нижней его трети. Атрезій этого рода обладаютъ также различнаго рода шириной, начиная отъ весьма широкихъ, занимающихъ протяженіе половины длины влагалища, и кончая весьма незначительными, имѣющими видъ и характеръ перепонки, закрывающей просвѣтъ рукава (*atresia membranacea*).

Иногда нижній отрѣзокъ влагалища проходимъ и кончается слѣпо точно также, какъ и верхній, и перегородка, находящаяся между ними, не представляется поперечной, а косо идущей сверху внизъ, такъ что оба проходимыхъ отрѣзка влагалища идутъ на нѣкоторомъ протяженіи рядомъ другъ съ другомъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ предположить съ большою вѣроятностію, что передъ нами два неслившихся Мюллеровыхъ хода, и мы имѣемъ двѣ *vaginae unilaterales*, изъ которыхъ одна кончается слѣпо въ нижнемъ своемъ отрѣзкѣ, другая же въ верхнемъ.

Приобрѣтенныя атрезіи представляютъ всё особенности рѣзко и сильно выраженныхъ стенозовъ, причемъ только просвѣтъ представляется совершенно закрытымъ; этиологія ихъ та же, что и приобрѣтенныхъ стенозовъ, что уже было разобрано нами выше (см. стр. 30).

**Припадки.** Атрезія сама по себѣ не представляетъ никакихъ припадковъ, и только обусловленная ею задержка менструальной крови и выдѣлений полового канала въ мѣстахъ, лежащихъ выше ея, даетъ намъ характерный комплексъ симптомовъ.

Полное отсутствіе какихъ бы то ни было симптомовъ наблюдается въ случаяхъ совмѣстнаго рудиментарнаго состоянія матки и ея придатковъ, а равно у женщинъ анэмичныхъ, страдающихъ amenorrhoe'ей, совершенно также, какъ мы уже видѣли это при полномъ отсутствіи влагалища.

Припадки, развивающіеся при наступленіи половой зрѣлости и зависящіе отъ скопленія менструальной крови (haemelytrometra), были уже нами изложены въ главѣ объ atresiae hymenales, такъ какъ atresia vaginalis, и особенно въ нижней трети, представляетъ съ ними полную аналогію (см. стр. 5).

Атрезіи въ верхней и средней третяхъ влагалища даютъ полную возможность совершать coitus, почему обыкновенно боль-

ныя обращаются за врачебною помощью только уже тогда, когда состояніе ихъ дѣлается вполне невыносимо, вслѣдствіе постоянныхъ болей, обусловливаемыхъ уже значительною степенью растяженія скопившейся кровью полового канала, лежащаго выше атрезіи. Чѣмъ ниже находится зарощенное мѣсто во влагалищѣ, тѣмъ болѣе значительная часть опухоли образуется собственно влагалищемъ (haemotocolpos); чѣмъ выше, тѣмъ болѣе и болѣе принимаетъ участіе матка и полость ея тѣла. Въ большей части случаевъ подлежитъ громадному растяженію ея шейка (см. рис. 20) и нижній отрѣзокъ матки. Шейка растягивается такъ значи-



Рис. 20.

тельно, что наблюдались уже случаи разрыва ея и изліяніе скопившейся крови въ parametrium. Тѣло матки обыкновенно не растягивается и можетъ быть опредѣляемо сидящимъ на опухоли въ формѣ отдѣльнаго придатка и притомъ—чаще болѣе справа.

Объективное изслѣдованіе констатируетъ присутствіе опухоли въ полости малаго таза, выступающей на извѣстную высоту надъ симфизомъ. Атрезіи нижней трети влагалища (*atresia retrohymenalis*) весьма напоминаютъ собою картину, получающуюся при *atresia hymenais*, такъ что нерѣдко смѣшивались съ этою послѣднею. Точное изслѣдованіе входа во влагалище и дѣвственной плевы обыкновенно укажетъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Hymen по всей своей внутренней поверхности можетъ иногда представляться плотно приращеннымъ къ слегка выпячивающемуся отрѣзку атрезированнаго мѣста влагалища, но при этомъ все-таки всегда возможно при болѣе точномъ осмотрѣ отличить дѣвственную плеву и опредѣлить ея сращеніе съ подлежащими частями. За атрезію нижняго отрѣзка влагалища у женщинъ, страдающихъ аменореей и, слѣдовательно, не представляющихъ развитія ретенціонной опухоли, можно принять иногда зарощенный hymen, подъ вліяніемъ попытокъ къ coitus'у растянувшійся до того, что онъ вдается во влагалище въ видѣ болѣе или менѣе значительнаго слѣпаго мѣшка (случай *Seyfert'a*, приводимый *Breisky. Die Krankheiten der vagina* стр. 611).

Атрезіи, лежащая выше на протяженіи влагалища, обыкновенно не вызываютъ измѣненія входа во влагалище, и осмотръ наружныхъ половыхъ органовъ не обнаруживаетъ ничего патологическаго. Внутреннее изслѣдованіе *per vaginam* сразу выясняетъ намъ истинное положеніе дѣла: большей или меньшей величины, эластическая, иногда легко флюктуирующая опухоль занимаетъ почти всю полость малаго таза, влагалище кончается слѣпо и значительно укорочено. Чтобы опредѣлить, насколько широко атрезированное мѣсто, необходимо изслѣдовать одновременно черезъ прямую кишку и мочевого пузыря катетеромъ или же и введеннымъ черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ пальцемъ; при этомъ, надавливая на нижній отрѣзокъ опухоли, можно довольно точно составить себѣ представленіе о толщинѣ перегородки, обуславливающей атрезію влагалища. Опредѣлить же толщину тканей, входящихъ въ составъ зарощеннаго мѣста, какъ мы увидимъ ниже, представляется весьма важнымъ въ прогностическомъ отношеніи, относительно предпринимаемой для устраненія атрезіи операціи.

Наружно-внутреннее изслѣдованіе укажетъ намъ величину опухоли, ея болѣе или менѣе шарообразную форму, причѣмъ рядомъ съ нею, какъ бы сидящею на ней, можетъ быть найдена одна или нѣсколько опухолей относительно уже гораздо меньшей величины. Опухоли эти помѣщаются на верхне-боковой части большей опухоли, могутъ быть растянутыми кровью трубами (*Haematosalpinx*). Чѣмъ выше находится атрезія во влагалище, тѣмъ чаще мы можемъ ожидать встрѣтить это крайне опасное осложненіе. При изслѣдованіи и опредѣленіи этихъ опу-



холей слѣдуетъ постоянно имѣть въ виду возможность смѣшенія ихъ съ еще нерастянувшимся тѣломъ матки, представляющимся также въ видѣ отдѣльнаго опухолевиднаго придатка, сидящаго на большой опухоли и притомъ тоже чаще экстремедианно, болѣе въ правую сторону. Форма, величина и мѣстоположеніе будутъ служить намъ обыкновенно достаточными указаніями для выясненія характера изслѣдуемаго нами образованія. Случаи атрезіи и накопленія крови въ маткѣ при порокахъ развитія ея, какъ напр. при *uterus unicornis*, могутъ иногда представить почти непреодолимые препятствія къ точному распознаванію.

Растянувшійся *servix uteri* при значительномъ своемъ истонченіи растягивается иногда неравномѣрно и обусловливаетъ мѣстныя выпячиванія, придавая такимъ образомъ неправильную форму опухоли *haematocolpos-haematometra*.

**Распознаваніе.** На основаніи результатовъ объективнаго изслѣдованія и данныхъ анамнеза опредѣленіе заболѣванія представляется не особенно затруднительнымъ. Анамнезъ указываетъ на появленіе припадковъ съ началомъ половой зрѣлости и періодичность ихъ въ началѣ заболѣванія, или же, при приобретенныхъ атрезіяхъ, на какое нибудь страданіе влагалища, связанное или съ послѣродовымъ періодомъ, трудною формою инфекціоннаго заболѣванія, или травмою, вслѣдъ за которыми и начали развиваться припадки образованія ретенціонной опухоли. Объективное изслѣдованіе, по присутствію совмѣстныхъ измѣненій, рубцовъ или пороковъ развитія прочихъ частей полового аппарата, укажетъ намъ весьма часто также на характеръ атрезіи — врожденной или приобретенной.

Опредѣляя мѣсто атрезіи на протяженіи влагалища, мы должны имѣть всегда въ виду, что онѣ могутъ быть множественными, и что за атрезіею нижняго отрѣзка влагалища, обусловившею только задержку слизи, можетъ встрѣтиться еще атрезія верхней трети, давшей поводъ уже къ развитію *haematometrae*. Сдѣлать предположеніе о характерѣ задержавшейся жидкости можно только приблизительно; въ громадномъ большинствѣ случаевъ это бываетъ менструальная кровь, но иногда при врожденныхъ атрезіяхъ даже у взрослыхъ было наблюдаемо скопленіе только слизи. При бывшихъ уже попыткахъ опороженія нерѣдко приходится встрѣчать разлагающіяся уже ихорозныя массы.

Дифференціальное распознаваніе можетъ имѣть мѣсто только при вопросѣ, не имѣемъ ли мы передъ собою значительнаго стеноза влагалища, обусловливавшаго лишь временную задержку. Теченіе болѣзни, *status praesens* и точное изслѣдованіе слѣпю мѣшка влагалища вполне разъясняютъ намъ характеръ заболѣванія. Для болѣе точнаго изслѣдованія зарощеннаго мѣста можетъ быть показаннымъ расширеніе ниже лежащихъ стенозиро-

ванныхъ мѣсть, какъ это наблюдается иногда при развитіи значительныхъ рубцовъ при приобрѣтенныхъ атрезіяхъ. При весьма значительно развитыхъ стенозахъ иногда весьма трудно и почти невозможно сразу найти и точно опредѣлить существующее отверстіе, такъ что подобные случаи требуютъ повторнаго и весьма тщательнаго изслѣдованія.

**Предсказаніе.** Оставленная безъ всякаго лѣченія атрезія влагалища представляетъ весьма серьезное и связанное съ весьма опасными случайностями заболѣваніе. Произвольное излѣченіе крайне рѣдко. Произвольный разрывъ зарощеннаго мѣста происходитъ только въ видѣ исключенія; произвольное вскрытіе въ прямую кишку, въ околоматочную кѣтчатку и разрывъ растянутыхъ кровью трубъ представляютъ иногда весьма опасныя осложненія, нерѣдко влекущія за собою летальный исходъ. При надлежащей помощи излѣченіе можетъ получиться полное. Случаи забеременѣванія послѣ успѣшнаго лѣченія не принадлежать въ болѣшимъ рѣдкостямъ.

**Лѣченіе.** Обыкновенно больныя представляются нашему наблюденію уже тогда, когда задержка крови состоялась въ значительной степени, и ретенціонная опухоль уже значительно развита. Эти случаи, конечно, безспорно требуютъ хирургическаго вмѣшательства съ цѣлью удалить задержавшіяся массы и образовать вновь стойкій путь черезъ атрезированное мѣсто влагалища, по которому менструальная кровь и отдѣленія слизистой оболочки матки могли бы безпрепятственно имѣть выходъ наружу.

Въ гораздо болѣе рѣдкихъ случаяхъ намъ приходится рѣшать вопросъ, слѣдуетъ ли произвести эту операцію, такъ сказать, профилактически, т. е. въ то время, когда задержки еще нѣтъ. Эти случаи относятся болѣею частью къ приобрѣтеннымъ атрезіямъ, когда больныя обращаются къ намъ скорѣе послѣ трудно протекшихъ родовъ и послѣродоваго періода или одной изъ тяжелыхъ формъ общихъ инфекціонныхъ болѣзней; тогда, опредѣляя присутствіе атрезіи влагалища, мы, имѣя передъ собою правильно развитый и функционирующій половой аппаратъ женщины, должны рѣшиться на производство операціи съ профилактическою цѣлью. Дѣйствительно, случаи, относящіеся къ этой категоріи, даютъ весьма благоприятный исходъ, не подвергая больную страданіямъ и опасностямъ, обусловливаемымъ развитіемъ ретенціонной опухоли (случай *Winckel'*я *l. c. стр. 115*).

Конечно, мы не должны ничего предпринимать въ случаяхъ, когда мы не увѣрены, что за мѣстомъ атрезіи находится нормально развитая и правильно функционирующая матка; совмѣстное недоразвитіе внутреннихъ половыхъ органовъ при врожденныхъ атрезіяхъ влагалища, какъ мы видѣли уже

выше, приходится наблюдать въ нѣкоторыхъ, хотя и рѣдкихъ случаяхъ.

Опорожненіе скопившейся жидкости нерѣдко было производимо пункціей троакаромъ. Производя подобную пункцію *per vaginam* и имѣя передъ собою далеко не нормальное анатомическое отношеніе органовъ малаго таза, мы рискуемъ произвести довольно легко поврежденіе или мочевого пузыря, или прямой кишки, или даже и брюшины; съ другой стороны, весьма скоро отверстіе послѣ пункціи дѣлается непроходимымъ, и эффектъ операціи получается такимъ образомъ далеко не полнымъ. То же самое слѣдуетъ сказать и про предложенія производить пункцію *per rectum* или черезъ мочевой пузырь; въ первомъ случаѣ къ сказаннымъ неудобствамъ присоединяется еще и возможность вхожденія кишечныхъ газовъ въ полость ретенціонной опухоли, представляющаяся далеко не индифферентной въ смыслѣ наступленія разложенія ея содержимаго. Во второмъ случаѣ на первый взглядъ дѣло представляется гораздо болѣе благопріятнымъ. Производя пункцію черезъ мочевой пузырь и надѣясь установить прочное сообщеніе между полостью растянутого влагалища и матки съ полостью мочевого пузыря, мы образуемъ тѣ же отношенія, какъ это дѣлается при операціи *colpocleysis* при пузырно-влагалищныхъ фистулахъ. Несмотря на нѣкоторыя неблагопріятныя явленія, наблюдающіяся послѣ операціи искусственной поперечной облитераціи влагалища, она все-таки допускается и практикуется въ нѣкоторыхъ болѣе трудныхъ случаяхъ, а, слѣдовательно, и пункція черезъ мочевой пузырь могла бы быть допустима въ трудныхъ, кажущихся почти непреодолимыми, случаяхъ атрезіи влагалища, если бы могъ выработаться болѣе надежный методъ, дающій возможность воспрепятствовать зарощенію отверстія, произведеннаго пункціею. До сихъ поръ, избравъ этотъ путь, приходится нерѣдко повторять пункцію по нѣсколько разъ и все-таки не достигать полного излѣченія.

Полное излѣченіе можетъ быть достигнуто только помощью операціи возстановленія просвѣта влагалища. При атрезіяхъ перепончатыхъ и атрезіяхъ нижняго отрѣзка влагалища операція эта не представляетъ большихъ затрудненій, при болѣе же широкихъ, помѣщающихся высоко во влагалищѣ, она оказывается иногда крайне трудной и опасной. Вообще, опасности вскрытія ретенціонной опухоли при гинатрезіяхъ были уже нами рассмотрѣны въ главѣ объ *atresia humenalis* (см. стр. 12); здѣсь я укажу только на опасность раненія сосѣднихъ полыхъ органовъ — мочевого пузыря и прямой кишки. Избѣжать его возможно только при строгомъ контролѣ помонью катетера или пальца, введеннаго въ мочевой пузырь, и другаго пальца, введеннаго въ *rectum*. Кровотеченіе при широкихъ атрезіяхъ мо-

жетъ быть весьма значительно и можетъ потребовать наложенія глубокихъ, обкалывающихъ лигатуръ.

Операція возстановленія просвѣта атрезированнаго влагалища производится слѣдующимъ образомъ. Если куполь конца влагалища, кончающагося слѣпо, представляется совершенно гладкимъ, покрытымъ ясно опредѣлимою слизистою оболочкою, то она должна быть надрѣзана скальпелемъ или ножницами во всю свою толщю поперечнымъ разрѣзомъ, далѣе уже операція должна быть производима тупыми инструментами или просто пальцами. Въ случаяхъ же такъ называемыхъ эпителиальныхъ склеекъ можно уже сразу прямо начать разъединять сросшіяся поверхности тупымъ насиліемъ. Весьма удобно пролагать себѣ путь тупымъ концемъ закрытыхъ ножницъ и по мѣрѣ того, какъ встрѣчаются болѣе плотные пучки ткани, тотчасъ же ими и перерѣзать ихъ. Ширина пролагаемаго вновь просвѣта должна быть уже сразу производима насколько возможно большею. Углубляясь мало по малу, мы достигаемъ наконецъ нижняго отрѣзка ретенціонной опухоли; иногда, а именно въ случаяхъ, когда самый верхній участокъ влагалища цѣлъ и принимаетъ участіе въ образованіи опухоли, онъ можетъ представляться болѣе мягкимъ, чѣмъ если бы передъ нами была прямо расширенная шейка матки; если такимъ образомъ мы въ состояніи опредѣлить этотъ принадлежащій еще влагалищу отрѣзокъ, то онъ и долженъ быть вскрытъ; если же опредѣлить этого не удастся, то произвести вскрытіе опухоли мы должны всегда болѣе кзади, такъ какъ констатировано, что передняя стѣнка шейки матки обыкновенно растягивается болѣе значительно, чѣмъ задняя.

Вскрытіе опухоли лучше производить рѣжущимъ инструментомъ и притомъ насколько можно широко. *Breisky*, оперировавшій уже нѣсколько разъ въ подобныхъ случаяхъ, выработалъ предлагаемый имъ методъ. Для вскрытія опухоли онъ употре-



Рис. 21.

Рис. 22.

ляет особый бистури-троакаръ (рис. 21), который онъ вкалываетъ въ памѣченное мѣсто обнажившейся уже опухоли; затѣмъ канюля отодвигается, и помощью остающагося такимъ образомъ въ ранѣ свободнымъ бистури дѣлается въ обѣ стороны расширение раны настолько, чтобы поперечный разрѣзъ достигалъ до 2,0 см., бистури закрывается снова канюлей, и поверхъ нея вводится въ рану своеобразная раздвижная канюля (рис. 22). Бистури-троакаръ удаляется, и помощью раздвижной канюли рана удерживается въ зияющемъ состояніи, такъ что все содержимое опухоли можетъ свободно истекать наружу. Достигнувъ этимъ путемъ извѣстной степени опорожненія, вводится уже металлическая дренажная трубка съ утолщеннымъ влагалищнымъ концемъ, которая и остается въ ранѣ на болѣе или менѣе долгое время. Съ теченіемъ времени эта трубка мѣняется на подобную же, только меньшихъ размѣровъ. Трубки эти снабжены двумя ходами, такъ что представляются весьма удобными для примѣненія промыванія опорожненной полости, когда къ тому будутъ соответствующія показанія. Утолщенный влагалищный конецъ трубки долженъ служить для того, чтобы удерживать расширеннымъ новый просвѣтъ влагалища, верхняя же тонкая часть, помѣщаясь иногда въ шейкѣ матки, не должна мѣшать обратному развитію ея.

Дальнѣйшее лѣченіе послѣ операціи должно быть направлено главнымъ образомъ къ обеззараживанію полости спавшейся опухоли. Здѣсь такъ же, какъ и при *atresia humenalis*, не слѣдуетъ тотчасъ-же начинать выполаскиваній матки, и только спустя нѣкоторое время можно производить ихъ профилактически. Въ дальнѣйшемъ теченіи времени, какъ и при лѣченіи стенозовъ, мы наблюдаемъ развитіе сморщиванія образующейся рубцовой ткани, такъ что вновь образованный просвѣтъ влагалища сильно суживается. Для устранения этого неблагоприятнаго исхода предлагалось нѣсколько различныхъ манипуляцій. Такъ какъ въ данномъ случаѣ дѣло сводится на лѣченіе приобрѣтеннаго стеноза влагалища, а оно уже было нами разобрано въ соответствующемъ отдѣлѣ о стенозахъ (см. стр. 34), то здѣсь я позволю себѣ только указать на то, что уже во время операціи мы должны имѣть въ виду этотъ неблагоприятный исходъ и предпринимать мѣры къ его устраненію. Трансплантація лоскутовъ слизистой оболочки влагалища или кожи промежности и большихъ губъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ должна дать результатъ, исполнѣ гарантирующій насъ отъ развитія стеноза на мѣстѣ бывшей атрезіи.

### 3. Одностороння заращенія влагалища. *Atresia vaginalis unilateralis.*

При порокахъ развитія влагалища и именно при *vagina duplex*, развивающемся, какъ мы уже видѣли, вслѣдствіе неслитія обоихъ Мюллеровыхъ ходовъ, одинъ изъ нихъ на своемъ протяженіи, обыкновенно въ нижней своей части, можетъ представлять только рудиментарное состояніе, не имѣя совершенно просвѣта. Вслѣдствіе этого при дальнѣйшемъ ростѣ мы будемъ имѣть два влагалища, изъ которыхъ одно на извѣстной высотѣ кончается слѣпо, не доходя до *introitus vaginae*. Такого рода порокъ развитія большею частью встрѣчается совмѣстно съ двурогою маткою (*uterus bicornis*) и только рѣдко съ *uterus bilocularis*. Въ одномъ случаѣ, описаномъ *И. И. Смольскимъ*, и упомянутомъ нами раньше, матка была нормальна, и только рядомъ съ *vagina unilateralis* находился еще остатокъ второго Мюллерова хода, подавшій поводъ къ развитію *ruocolpos unilateralis*. Случаи, когда оба Мюллерова хода, не сливаясь между собою, кончаются книзу слѣпо (*atresia vaginae bilateralis*), кажутся а priori возможными, но до сихъ поръ еще встрѣчались крайне рѣдко. Насколько мнѣ извѣстно, ихъ существуетъ только два. Одинъ случай *Neudörfer'a* (*Diss., Tübingen 1873*), въ которомъ по анамнестическимъ даннымъ *Breisky* видитъ возможность допустить такого рода порокъ развитія (*Breisky, l. c., стр. 605*), и другой, въ нашей литературѣ, описанный докторомъ *М. Д. Лебедевымъ* (Москва), — при *uterus duplex separatus cum vagina septa* и при *atresia hymenalis* наблюдались *haematocolpos duplex et haematometra duplex* («*Московская Медиц. Газета.*» 1881. XVI, стр. 665.)

Недоразвившійся и облитерированный Мюллеровъ ходъ представляетъ иногда на ограниченномъ мѣстѣ сохранившійся еще отчасти просвѣтъ, выстланный эпителиемъ, тогда какъ на всемъ остальномъ своемъ протяженіи онъ имѣетъ видъ солиднаго, неимѣющаго просвѣта рудимента. Въ подобныхъ случаяхъ скопленіе жидкости въ такомъ ограниченномъ мѣстѣ даетъ поводъ къ развитію или одной кисты влагалища, или нѣсколькихъ, если просвѣтъ Мюллерова хода сохранился на нѣсколькихъ мѣстахъ.

**Послѣдствія и исходы.** Слѣпое окончаніе одного влагалища вызываетъ тѣже явленія, какія мы уже разбирали при *atresia vaginae* и *atresia hymenalis*. Съ наступленіемъ половой зрѣлости менструальная кровь изъ матки, принадлежащей облитерированной половинѣ, застаивается и даетъ поводъ къ развитію ретенціонной опухоли *haematocolpos et haematometra unilateralis* или

haemelytrometra unilateralis (рис. 23). Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ вмѣсто крови можетъ съ самаго начала скопляться только слизь, такъ что образуется при этомъ *hydrometra lateralis* (*Breisky, Arch. f. Gyn., Bd. VI, стр. 89*); или же, если мы имѣемъ только раздвоеніе влагалища, то, какъ это показываетъ



Рис. 23.

случай *Смоляскаго*, въ содержимомъ такой опухоли крови, конечно, находится не будетъ. Рядомъ съ развитіемъ задержки крови во влагалищѣ и маткѣ, при *atresia vaginae unilateralis* относительно весьма часто (около 10% случаевъ) наблюдается развитіе *haematosalpinx'a*.

Въ дальнѣйшемъ теченіи заболѣванія наблюдается гораздо легче происходящимъ произвольный разрывъ ретенціонной опухоли сравнительно съ другою рода атрезіями. Разрывъ этотъ большею частью происходитъ въ стѣнкѣ, раздѣляющей обѣ полости шейки матки (рис. 24). Происшед-

шее вслѣдъ за разрывомъ опорожненіе опухоли отъ ея содержимаго бываетъ обыкновенно далеко не полное, такъ какъ разрывъ приходится далеко не на самомъ нижнемъ отрѣзкѣ ея; часть содержимаго застаивается и, при существованіи свободнаго сообщенія съ полостью проходимаго влагалища, весьма скоро разлагается; подъ



Рис. 24.

вліяніемъ раздраженія, причиняемаго такимъ разложившимся содержимымъ, наступаютъ воспалительные процессы въ стѣнкахъ болѣе или менѣе славшагося мѣшка съ обильнымъ образованіемъ гноя, развивается *pyo-elytrometra*. При существованіи уже разъ образовавшагося отверстія гной время отъ времени извергается наружу. При болѣе долгомъ существованіи такого состоянія на стѣнкахъ матки и влагалища замѣчается развитіе изъязвленій,

процессъ переходитъ на трубу и въ окружающую околоматочную клетчатку и прилегающую брюшину, — получается *peri-parametritis* съ склонностью къ образованію гноя. Исслѣдованія на секціонномъ столѣ уже показали присутствіе большей или

меньшей величины абсцессовъ вокругъ такимъ образомъ измѣненной одной половины неправильно развитого полового аппарата женщины.

**Припадки.** Отличительнымъ характеромъ болей, вызываемыхъ развитіемъ ретенціонной опухоли при *atresia vaginalis unilateralis*, представляется появленіе ихъ одновременно съ существующимъ выдѣленіемъ менструальной крови изъ относительно здоровой половины внутреннихъ половыхъ органовъ. Крайне болѣзненные *molimina menstrualia* начинаютъ появляться уже въ молодомъ возрастѣ, при появленіи первыхъ менструацій; затѣмъ, какъ при *atresia vaginalis*, они постепенно увеличиваются, продолжительность ихъ становится больше, и, наконецъ, болевые ощущенія уже совершенно не покидаютъ больную. При этомъ регулы, по видимому, въ порядкѣ, — выдѣленіе наружу крови происходитъ въ достаточномъ количествѣ, и промежутки сохраняютъ свой правильный, индивидуальный типъ. Рядомъ съ болями больная обыкновенно жалуется на значительныя бѣли и частые позывы къ мочеиспусканію, — припадки, обусловливаемые часто присоединяющимися эндометритомъ и метритомъ незарощенной половины полового канала. Развитіе болѣзни въ большей части случаевъ идетъ медленно, больная начинаетъ менструировать поздно, и опухоль достигаетъ значительныхъ размѣровъ, когда больная уже далеко не въ юношескомъ возрастѣ. Развитіе опухоли во влагалищѣ, и особенно въ случаяхъ, когда зарощеніе канала втораго влагалища помѣщается весьма низко, обуславливаетъ сначала раздвиганіе наружныхъ половыхъ частей и затѣмъ ведетъ къ извѣстной степени выпаденія стѣнокъ влагалища, со всѣми припадками, свойственными этому заболѣванію. При произвольномъ вскрытіи ретенціонной опухоли черезъ влагалище, извергается большее или меньшее количество густой, кофейобразной крови, и всѣ припадки, такъ мучившіе больную, стихаютъ. Этотъ періодъ облегченія, впрочемъ, продолжается не долго; боли появляются снова, иногда сопровождаясь болѣе или менѣе интенсивнымъ лихорадочнымъ состояніемъ. При этомъ время отъ времени изъ влагалища извергаются гнойныя, иногда сильно пахучія массы. Если и при этомъ больнымъ не будетъ оказана соотвѣтствующая помощь, то начинаютъ развиваться припадки, вызываемые присоединяющимся пери-параметритомъ, переходящимъ иногда въ абсцессъ. Больная все болѣе и болѣе истощается, и наступленіе летальнаго исхода не представляетъ большой рѣдкости.

**Объективное изслѣдованіе.** При внутреннемъ изслѣдованіи влагалище представляется значительно сжатымъ, и, смотря по тому, какъ высоко помѣщается зарощенное мѣсто, оно сжато, или начиная съ самаго входа, или же только въ своей верхней части; просвѣтъ его имѣетъ форму полулуны вслѣдствіе впачи-



ванія сегмента ретенціонной опухоли. Сама haemelytrometra прощупывается въ формѣ опухоли, эластичной, болѣе или менѣе напряженной, легко флюктуирующей, сидящей рядомъ съ маткою, большею частью съ ея правой стороны (въ 73% всѣхъ случаевъ) и нѣсколько спереди; направленіе ея сверху внизъ иногда бываетъ слегка спиральнымъ. Во время изслѣдованія удается иногда замѣтить измѣненіе ея консистенціи: она дѣлается плотнѣе вслѣдствіе сокращенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ ея стѣнокъ. Перегородка, отдѣляющая ее отъ влагалища, не рѣдко весьма истончена, такъ что содержимое ея иногда просвѣчивается, и кровянистый характеръ послѣдняго опредѣляется глазомъ.



Рис. 25.

Если при данномъ порокѣ развитія существуютъ двѣ влагалищныя части матки, то форма свободной port. vaginalis не измѣняется; если же она одна, и только въ ней два отверстія, то свободное изъ нихъ, будучи смѣщеннымъ въ сто-

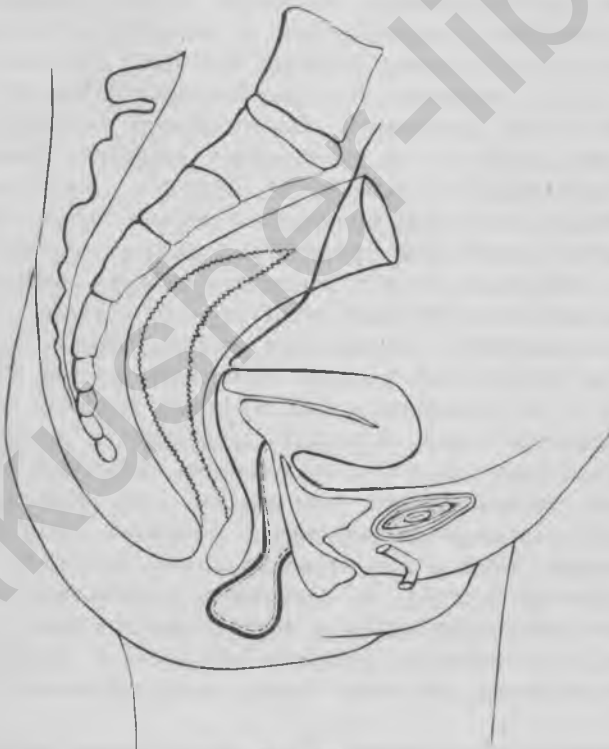


Рис. 26.

рону, имѣетъ видъ полулуны, вогнутостью обращенной къ опухоли (рис. 25). Изслѣдуя опухоль на уровнѣ наружнаго отверстія матки, нерѣдко можно опредѣлить его въ видѣ растянутого

кольца, образуемаго не вполне изгладившейся влагалищной частью; если же опухоль сильно напряжена, то этого опредѣлить не удастся.

Послѣ происшедшаго самопроизвольнаго разрыва haemelytrometr'ы и образованія уже ruocolpos'a и ruometr'ы, каждое болѣе сильное надавливаніе на опухоль вызываетъ выдѣленіе болѣе или менѣе значительнаго количества гноя изъ мѣста разрыва. Въ случаѣ *И. И. Смольскаго* ruocolpos unilateralis представлялся въ видѣ опухоли (рис. 26), помѣщавшейся на передней стѣнкѣ влагалища и обусловившей выпаденіе этой стѣнки.

Распознаваніе даннаго заболѣванія не представляется труднымъ. Данныя объективнаго изслѣдованія и точно собранный анамнезъ сразу намъ указываютъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Появленіе припадковъ съ началомъ менструаціи, ихъ постепенно усиливающейся типъ, при наступившемъ самопроизвольномъ разрывѣ — отхожденіе значительной массы темной, густой крови и временное облегченіе припадковъ, — все это вмѣстѣ взятое скоро рѣшаетъ наше сомнѣніе. До точнаго знакомства съ разбираемою нами формою заболѣванія ее часто смѣшивали съ haematocеле; но въ настоящее время, когда анатомія и теченіе болѣзни при atresia vaginalis unilateralis уже достаточно изучены, такого рода смѣшиваніе болѣе не встрѣчается. Опухоли (миомы, саркомы, кисты яичниковъ), сидящія сбоку на маткѣ, могутъ при изслѣдованіи навести на мысль о haematometra unilateralis. Въ-время произведенная пробаторная пункція рѣшитъ, въ чемъ дѣло.

Замѣчательнъ случай *Staude*, относящійся къ этой категоріи ошибокъ. У больной, не представлявшей типической картины симптомовъ и уже нѣсколько разъ рожавшей, была найдена опухоль съ правой стороны матки, выдававшаяся надъ симфизомъ на 24,0 см. Опухоль была принята за кисту яичника. Желая произвести оваріотомію, вскрыли брюшную полость, и тогда только, и то послѣ пункціи опухоли, былъ опредѣленъ ея настоящій характеръ. Черезъ полъ-года больная случайно умерла, и вскрытіе подтвердило діагнозъ uterus bicornis съ atresia vaginalis unilateralis. (*Staude*, въ *Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Frauenkrankheiten von E. Martin u. Fasbender*, I. 1876, стр. 138).

Предсказаніе въ случаяхъ, оставленныхъ безъ лѣченія, представляется неблагоприятнымъ, и даже при произвольномъ разрывѣ опухоли оно не улучшается, такъ какъ развивающіеся вслѣдъ за этимъ ruocolpos и ruometra еще скорѣе могутъ считаться ухудшающими состояніе больныхъ. — Случаи, во-время поступившіе подъ наблюденіе врача и во-время распознанные, имѣютъ прогнозъ вполне благоприятный. Операция, произведенная при соблюденіи всѣхъ антисептическихъ предосторожностей, не представляетъ вслѣдъ за собою никакихъ осложнений. — Присутствіе растянутыхъ кровью трубъ не есть абсолютно неблаго-

пріятное явленіе; будучи своевременно распознаны и при надлежащемъ оперативномъ лѣченіи, онѣ не особенно ухудшаютъ прогнозъ.

**Лѣченіе.** Мы видѣли уже, что atresia vaginalis unilateralis диагностируется только тогда, когда появилось развитіе ретенціонной опухоли; слѣдовательно, и лѣченіе наше можетъ быть направлено на опорожненіе этой опухоли и образованіе стойкаго отверстія, чтобы не развивалось вновь скопленій, или чтобы не вполнѣ опорожнившееся содержимое не дало повода къ развитію ruocolpos et ruometra. У больныхъ, обладающихъ весьма узкимъ влагалищемъ, не допускающимъ свободныхъ манипуляцій, и при опухоли, помѣщающейся относительно высоко, опорожненіе можно произвести помощью троакара и затѣмъ уже расширить отверстіе, придерживаясь при этомъ метода, предложеннаго *Breisky* для atresia vaginae и уже описаннаго нами выше (см. стр. 47). Въ большей же части случаевъ нижній отрѣзокъ растянутаго влагалища представляется легко доступнымъ, и мы можемъ манипулировать свободно; тогда производится обыкновенно относительно большой разрѣзъ, и часть стѣнки вырѣзается, такимъ образомъ получается достаточно большое отверстіе, которое, не смотря на происходящее вслѣдъ за опорожненіемъ обратное развитіе и сморщиваніе, остается все-таки на все послѣдующее время достаточно свободно проходимымъ. Послѣдующее лѣченіе то же, какъ и, вообще, при всѣхъ гинатрезіяхъ. Въ случаяхъ только одного ruocolpos unilateralis, какъ это было въ наблюденіи *Смоляскаго*, операція производится по типу операціи кистъ влагалища. Слѣдуетъ удалять, насколько возможно болѣе, стѣнку кисты расширеннаго втораго влагалища, оставляя только донышко ея. *Смоляскій* захватилъ въ жомъ уже ранѣе вскрывшуюся произвольно опухоль и отрѣзалъ всю захваченную часть; кровотеченіе остановлено раскаленнымъ желѣзомъ, или же, что еще лучше, останавливать слѣдуетъ его наложеніемъ швовъ, соединяющихъ слизистую оболочку оставленной части опухоли съ слизистою оболочкою влагалища.

### III. Измѣненія въ положеніи влагалища. Смѣщенія и выпаденія.

Влагалище, какъ органъ, снабженный въ обильномъ количествѣ рыхлой соединительной тканью, окружающей его почти по всей его периферіи и служащей къ соединенію его съ сосѣдними органами, представляется довольно подвижнымъ. Стѣнки влагалища легко смѣщаются. Если эта физиологическая удобопередвигаемость стѣнокъ переходитъ за предѣлы нормы, и смѣщенное положеніе ихъ остается стаціонарнымъ, то это представляетъ уже явленіе патологическое. Очевидно, что каждое смѣщеніе стѣнокъ влагалища, связанное съ ихъ опусканіемъ, должно вызывать выпячиваніе (*inversio*) ихъ въ просвѣтъ влагалища, если оно частичное; при полномъ же смѣщеніи иногда мы имѣемъ также и полный выворотъ всего влагалища, причемъ, конечно, просвѣта его уже совершенно не существуетъ.

Въ смѣщеніи стѣнокъ влагалища, связанномъ съ ихъ перемѣщеніемъ книзу, мы различаемъ тѣ или иные виды, смотря по тому, которая часть стѣнки вовлечена въ процессъ. Чаше всего наблюдаются смѣщенія передней или задней стѣнки и притомъ ихъ нижняго отдѣла, и, смотря потому, какой степени достигаютъ эти смѣщенія, выдаются ли они болѣе или менѣе между наружными половыми органами, мы различаемъ опущенія (*descensus*) или выпаденія (*prolapsus*) передней или задней стѣнки (*descensus v. prolapsus vaginae anterior v. posterior*). Опущенія и выпаденія всего влагалища, связанные съ его полнымъ выворотомъ (*inversio vaginae*), наблюдаются обыкновенно при совмѣстномъ полномъ выпаденіи матки, или при значительныхъ степеняхъ гипертрофіи ея шейки, и будутъ нами рассмотрѣны въ соответствующихъ главахъ. Иногда опущеніе передней или задней стѣнки влагалища начинается въ ихъ верхнихъ отдѣлахъ, нижній же отрѣзокъ можетъ быть при этомъ и не смѣщеннымъ; тогда мы имѣемъ передъ собою измѣненія, носящія названія грыжъ влагалища, и, смотря потому, какія составныя части помѣщаются въ грыжевомъ мѣшкѣ, мы имѣемъ или *enterocele vaginalis*, или *ovariocele*, или *ruoscele* и др. Въ настоящей главѣ мы не будемъ разбирать смѣщеній стѣнокъ влагалища *in toto* подъ вліяніемъ давленія на нихъ растущими рядомъ съ ними новообразованіями или опухолями, вообще, какого бы онѣ ни были характера.

## 1) Смѣщеніе и выпаденіе нижняго отрѣзка влагалища, его передней и задней стѣнки.

Изолированное первичное опущеніе и выпаденіе передней или задней стѣнки влагалища гораздо чаще встрѣчается вмѣстѣ съ опущеніемъ матки и представляетъ какъ-бы извѣстный начальный періодъ развивающагося полного ея выпаденія; въ болѣе же рѣдкихъ случаяхъ это смѣщеніе влагалища встрѣчается совершенно самостоятельно, и матка находится въ своемъ нормальномъ положеніи; при этомъ выпавшими представляются или обѣ стѣнки, или же только одна передняя, или одна задняя.

**Этіологія.** Почти для всѣхъ случаевъ разбираемаго нами страданія самымъ главнымъ этиологическимъ моментомъ являются беременность, роды и послѣродовой періодъ; только въ отдѣльныхъ, исключительныхъ случаяхъ мы наблюдаемъ развитіе ихъ при пролапсѣ матки или гипертрофіи ея шейки, развивающихся иногда у женщинъ, не рожавшихъ и имѣющихъ въ своей этиологіи рѣдкія, исключительныя, имъ только свойственныя, производящія причины. Извѣстно, что беременность и роды при своемъ совершенно нормальномъ теченіи обусловливаютъ извѣстныя относительно скоропроходящія смѣщенія влагалища. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ смѣщенія эти въ теченіе нормальнаго послѣродоваго періода совершенно пропадаютъ, и влагалище настолько хорошо инволютируется, что не остается почти и слѣда отъ измѣненій, вызванныхъ въ немъ беременностью, за исключеніемъ, быть можетъ, только самага незначительнаго опущенія передней его стѣнки. Въ случаяхъ же недостаточнаго обратнаго развитія стѣнокъ влагалища и окружающей его рыхлой соединительной ткани, лишавшейся до извѣстной степени своего жира, и при совмѣстномъ относительно хорошемъ обратномъ развитіи матки, мы получаемъ сначала стаціонарное опущеніе передней стѣнки влагалища, которое съ теченіемъ времени, при существующихъ неблагоприятныхъ моментахъ (усиленная работа брюшнаго пресса и т. п.), переходитъ въ болѣе или менѣе рѣзко выраженное выпаденіе ея. На сколько роль этиологическаго момента въ происхожденіи этихъ выпаденій играетъ разрывъ волоконъ мышцы, поднимающей задній проходъ (*m. levator ani*), иногда имѣющій мѣсто во время родовъ, до сихъ поръ еще не можетъ считаться достаточно выясненнымъ; но, съ другой стороны, нерѣдко происходящіе во время родовъ разрывы въ паравагинальной клѣтчаткѣ, при недостаточномъ уходѣ въ послѣродовомъ періодѣ, приобрѣтаютъ весьма важное значеніе въ этиологіи развитія выпаденій влагалища (*Freund, «Gynaecologische Klinik», 1885, стр. 217*).

Разрывъ же промежности sub partu представляется, по крайней мѣрѣ для весьма значительнаго числа случаевъ, весьма важнымъ этиологическимъ моментомъ, обуславливающимъ совместно съ другими причинами первичныя выпаденія, какъ передней, такъ и задней стѣнки влагалища. Изслѣдуя положеніе матки и влагалища во время послѣродоваго періода у женщины, имѣвшей разрывъ промежности sub partu, и сравнивая его съ положеніемъ этихъ органовъ у женщины нерожавшей, мы находимъ весьма большую разницу. Рис. 27 представляетъ намъ шематическій сагитальный разрѣзъ полости малаго таза женщины нерожавшей,



Рис. 27.

и рис. 28 тоже, но только въ концѣ послѣродоваго состоянія при разрывѣ промежности. Изъ сравненія этихъ шемъ мы видимъ, на сколько измѣняетъ свое положеніе матка и влагалище. Это послѣднее представляетъ въ это время уже значительно выраженную степень выпаденія. Случаи съ весьма хорошимъ послѣродовымъ обратнымъ развитіемъ всего полового аппарата и въ особенности влагалища, и притомъ у женщинъ молодыхъ, могутъ еще компенсировать это явленіе, и, не смотря на присутствіе разрыва промежности, съ теченіемъ времени передняя стѣнка влагалища все-таки будетъ занимать свое нормальное мѣсто. Въ большинствѣ же случаевъ это выпаденіе такъ и остается,

усиливаясь мало-по-малу съ теченіемъ времени, вслѣдствіе развивающихся также и весьма благопріятствующихъ выпаденію извѣстныхъ условий въ формѣ значительнаго застойнаго кровопереполненія и гипертрофіи выпавшей части передней стѣнки влагалища.

Такимъ-же важнымъ этиологическимъ моментомъ служитъ разрывъ промежности и для происхожденія выпаденія задней влагалищной стѣнки, особенно если направленіе кверху разрыва значительно отступаетъ отъ срединной линіи, и разрывъ обходитъ такимъ образомъ *columna rugarum posterior* съ одной которой нибудь стороны, или же, раздвоясь, распространяется кверху по обѣимъ ея сторонамъ. Средняя часть задней стѣнки

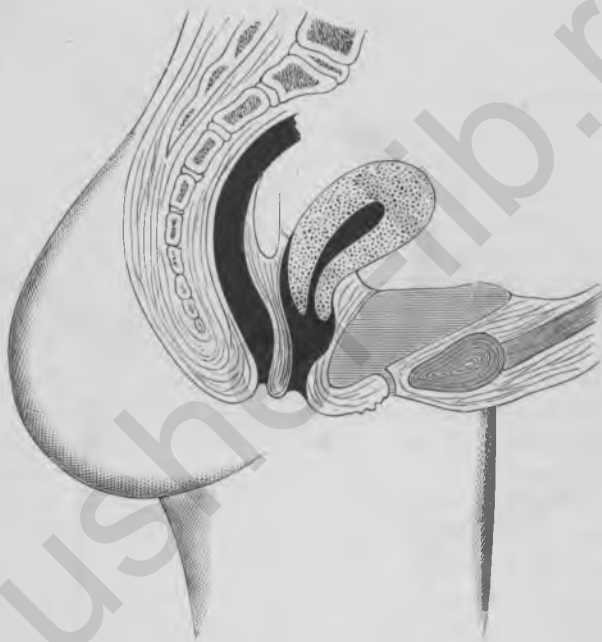


Рис. 28.

влагалища (*columna rugarum posterior*) при этомъ представляется настолько свободной и лишенной снизу своей физиологической опоры, что достаточно весьма незначительной потери тонуса тканей влагалища, какъ слѣдствіе его неправильнаго обратнаго развитія, чтобы подъ вліяніемъ тяжести и слегка повышеннаго внутрибрюшнаго давленія началось образованіе выпаденія нижняго отрѣзка задней влагалищной стѣнки.

За смѣщеніемъ и выпаденіемъ передней стѣнки влагалища слѣдуетъ обыкновенно роковымъ образомъ и дно мочевого пузыря. Оно также смѣщается книзу, какъ вслѣдствіе своей тѣсной анатомической связи съ переднею влагалищною стѣнкою,

такъ и подѣ влияніемъ внутрибрюшнаго давленія, которому мочевоу пузырь подлежитъ въ одинаковой степени съ нею. Развивается опущеніе и выпаденіе нижняго отрѣзка мочеваго пузыря *cystocele* (рис. 29). Изолированное выпаденіе передней стѣнки влагалища безъ *cystocele* представляетъ явленіе весьма рѣдко наблюдающаеся.

При выпаденіяхъ задней стѣнки влагалища *rectum* можетъ принимать при этомъ участіе, образуя *rectocele* (рис. 30); но такъ какъ анатомическая связь его съ влагалищемъ гораздо менѣе значительна, чѣмъ мочеваго пузыря съ переднею стѣнкою, то необходимы этиологическіе моменты, влияющіе прямо на нижній отрѣзокъ передней стѣнки прямой кишки, чтобы вызвать образованіе *rectocele* (привычные запоры и т. п.). Выпаденіе задней стѣнки влагалища само по себѣ не вовлекаетъ въ процессъ прямую кишку, вслѣдствіе значительной рыхлости соединительной ткани, соединяющей между собою *rectum* и влагалище.

Мы упомянули уже, что изолированныя выпаденія передней и задней стѣнокъ влагалища представляются болѣе рѣдкими, чѣмъ случаи этихъ выпаденій совмѣстно съ опущеніемъ матки или и ея выпаденіемъ. Развивающееся первичное выпаденіе передней стѣнки въ значительно преобладающемъ числѣ случаевъ вле-



Рис. 29.

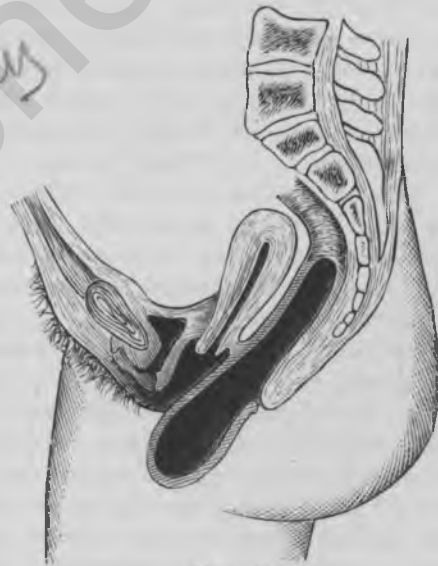


Рис. 30.



четь за собою и смѣщеніе матки книзу, обуславливая извѣстнаго рода натяженіе тканей на мѣстѣ своего прикрѣпленія къ шейкѣ матки. Это постоянное влеченіе книзу, которое вслѣдствіе этого претерпѣваетъ шейка, вызываетъ или опущеніе всей матки при извѣстнаго рода расслабленіи (обыкновенно ведущемъ свое начало изъ послѣродоваго періода) окружающихъ ея тканей, или же въ противоположномъ случаѣ сама шейка удлинняется и гипертрофируется. Эти гипертрофіи шейки, наблюдающіяся при пролапсахъ, будутъ разобраны нами далѣе при изложеніи патологіи матки. Мы уже сказали, что въ большинствѣ случаевъ подобное опущеніе влагалища вмѣстѣ съ опущеніемъ матки есть только извѣстный періодъ развитія болѣе или менѣе полного выпаденія матки, обуславливающаго въ свою очередь болѣе или менѣе полный выворотъ (*inversio*) влагалища (послѣдовательное выпаденіе влагалища).

Выпаденія передней или задней стѣнки рукава въ весьма рѣдкихъ случаяхъ обуславливаются развитіемъ новообразованій въ нихъ. Для первичнаго развитія *cystocele*, *Scanzoni* (*Lehrbuch der weibl. Sexualorgane*, 1875. стр. 659) допускаетъ возможность выпячиванія области дна мочевого пузыря вслѣдствіе произвольныхъ спазмодическихъ сокращеній тѣла и верхушки при одновременно-закрытой шейкѣ и накопленіи мочи. Мы уже видѣли, какъ развивающійся *ruocolpos unilateralis* обуславливаетъ смѣщеніе и выпаденіе стѣнокъ влагалища (см. стр. 52 рис. 26). При разборѣ полныхъ выпаденій матки, мы увидимъ, что и полныя выпаденія влагалища могутъ встрѣчаться даже у дѣвочекъ и быть прирожденными, вслѣдствіе совместно существующихъ пороковъ развитія, какъ самаго таза, такъ и органовъ, помѣщающихся въ немъ (расщепленный тазъ, пороки развитія мочеточниковъ, отсутствіе тазоваго дна и др.).

**Анатомія.** Относительно свѣжіе случаи выпаденія передней или задней стѣнки влагалища представляютъ обыкновенно возможность наблюдать сильное кровепереполненіе сосудовъ ихъ; эта пассивная гиперемія развивается уже во время беременности у женщинъ еще совершенно здоровыхъ и въ послѣродовомъ періодѣ при его правильномъ теченіи обыкновенно совершенно исчезаетъ. При недостаточномъ обратномъ развитіи нижняго отрѣзка влагалища, и особенно въ случаяхъ осложненія разрывомъ промежности, застойная гиперемія не пропадаетъ, но напротивъ того еще болѣе усиливается, поддерживаемая, быть можетъ, также тѣмъ, что передняя или задняя стѣнки влагалища, при значительномъ зіяніи половой щели, представляются совершенно открытыми и лишенными всякаго давленія со стороны прилежавшихъ къ нимъ частей, — развиваются условія, имѣющія нѣкоторую аналогію съ образованіемъ *caput succedaneum*. При болѣе долгомъ существованіи этого стаза мы замѣчаемъ медлен-

ное разростаніе соединительной ткани, входящей въ составъ влагалищныхъ стѣнокъ, находящихся въ состояніи выпаденія; количество развивающейся здѣсь соединительной ткани бываетъ иногда на столько значительно, что мы встрѣчаемъ у патолого-анатомовъ терминъ Elephantiasis для обозначенія этой гипертрофіи стѣнокъ влагалища. Поверхность слизистой оболочки выпавшей части влагалища также весьма скоро подвергается довольно рѣзкимъ измѣненіямъ: сначала мы видимъ, какъ мало-по-малу исчезаютъ ея складки и rugositates, она дѣлается гладкою, поверхностные слои эпителия, покрывающаго ее, начинаютъ претерпѣвать роговое перерожденіе, совершенно такъ-же, какъ это наблюдается на поверхности кожи; поверхность выпавшихъ стѣнокъ представляется вслѣдствіе этого жесткою, сухою, бѣлесоватаго цвѣта; до какой степени слизистая оболочка влагалища можетъ принять видъ кожи, особенно хорошо видно у негрятенокъ, у которыхъ такимъ образомъ измѣненное влагалище начинаетъ также мало-по-малу принимать черный цвѣтъ ихъ кожи. Вслѣдствіе большею частью травматическихъ причинъ, на такимъ образомъ измѣненной слизистой оболочкѣ влагалища начинаютъ развиваться язвенные процессы; характеръ и видъ язвъ весьма напоминаетъ таковыя-же на кожѣ. Онѣ помѣщаются большею частью на самыхъ выдающихся мѣстахъ и, при полной инверзиі влагалища, вокругъ отверстія матки.

Выпавшія передняя или задняя стѣнки влагалища представляютъ не рѣдко гипертрофію тканей, входящихъ въ ихъ составъ, выраженную въ видѣ большей или меньшей величины гребней. Такая гребнеобразная или лоскутовидная гипертрофированная часть достигаетъ иногда весьма значительныхъ размѣровъ, такъ что свободно виситъ изъ наружныхъ половыхъ органовъ въ видѣ большей или меньшей величины языко-подобнаго продолженія передней или задней стѣнки влагалища.

Призначительно развитомъ prolapsus vaginae anterior мочеиспускательный каналъ можетъ съ самаго наружнаго своего отверстія непосредственно слѣдовать направленію выпавшей передней стѣнки влагалища и, слѣдовательно, направится прямо внизъ; въ большей же части случаевъ его передняя часть остается еще *in situ*, и только задняя идетъ внизъ, такъ что получается извѣстнаго рода перегибъ. Мочевой пузырь въ случаяхъ cystocele не только смѣщается просто вмѣстѣ со стѣнкою влагалища, но и представляетъ значительное измѣненіе своей формы: нижняя стѣнка его обыкновенно удлинена и смѣщена кверху, такъ что получается весьма значительной величины дивертикуль, иногда сообщающійся съ мочевымъ пузыремъ помощью отверстія болѣе или менѣе ограниченной величины. Смотря по величинѣ этого дивертикула и отверстія, сообщающаго его съ мочевымъ пузыремъ, а также и болѣе или менѣе степени вправимости выпавшей передней

стѣнки влагалища, могутъ развиваться застои мочи на болѣе или менѣе продолжительное время. Результатомъ этихъ застоевъ развивается обыкновенно катарральное состояніе слизистой оболочки этого дивертикула; эти же причины въ нѣкоторыхъ, правда довольно рѣдкихъ, случаяхъ обуславливаютъ развитіе мочекислыхъ конкрементовъ, такъ что въ такой смѣщенной части мочевого пузыря, особенно при трудно вправимыхъ выпаденіяхъ, уже наблюдались весьма значительной величины камни и иногда въ значительномъ количествѣ. (*M. Varnier. Des Cystocèles vaginales avec ou sans chute de l'utérus, compliquées de calculs. Annales de Gynécologie». T. XXIV. 1885.*)

Растяженіе дна мочевого пузыря и его смѣщеніе можетъ иногда обуславливать большую или меньшую непроходимость мочеочечниковъ съ послѣдовательнымъ ихъ растяженіемъ и гидронефрозомъ.

Выпаденіе задней стѣнки влагалища только относительно рѣдко сопровождается rectocele; извѣстны случаи, гдѣ выпячиваніе передней стѣнки прямой кишки достигало колоссальныхъ размѣровъ и было наполнено каловыми массами, достигавшими почти плотности камня. Слизистая оболочка, выстилающая это выпячиваніе можетъ представлять также развитіе язвенныхъ процессовъ и различныя степени воспаленія ея.

**Припадки.** Выпаденіе нижняго отрѣзка влагалища, какъ таковое, вообще, обуславливаетъ припадки, общіе всякаго рода выпаденіямъ. Самочувствіе больныхъ можетъ быть вполнѣ удовлетворительно, и онѣ жалуются только на то, что выпавшая часть, выстая изъ наружныхъ половыхъ органовъ, представляетъ извѣстнаго рода неловкость и препятствіе при ходьбѣ. При усиленномъ давленіи брюшнаго пресса, при усиленной работѣ, кашлѣ, жиленьи и т. п. выпавшая часть увеличивается въ объемѣ, и иногда такое ея увеличеніе сопровождается болѣе или менѣе значительными болевыми ощущеніями. Въ большей же части случаевъ больныя жалуются на тягостное ощущеніе напора на низъ и тупыя боли въ крестцѣ.

Выпадающая часть передней или задней стѣнки, находясь въ состояніи воспаленія, подъ вліяніемъ тренія, которому она подвергается при ходьбѣ и усиленной работѣ, поддерживаетъ также катарральные процессы полового канала въ частяхъ вышележащихъ, и больныя представляютъ тогда значительныя выдѣленія бѣлей. Менструація обыкновенно нормальна, и только при осложненіяхъ заболѣваніями матки или яичниковъ она представляетъ соответствующія патологическія отклоненія своего типа и количества теряемой каждый разъ крови.

Cystocele даетъ поводъ къ развитію иногда весьма упорныхъ и тягостныхъ припадковъ. Вслѣдствіе перегибовъ извѣстной части мочеиспускательнаго канала, развивается затрудненное моче-

испусканіе; иногда больныя принуждены вправлять выпавшую переднюю стѣнку влагалища для того, чтобы быть въ состояніи опорожнить мочевой нузырь. Катарръ мочевого пузыря, такъ легко развивающійся при нѣкоторыхъ формахъ cystocele, обуславливаетъ сильно мучащіе больную, частые позывы къ мочеиспусканію. Въ случаяхъ, когда мочеиспускательный каналъ прямо съ своего наружнаго отверстія представлялся смѣщеннымъ книзу и въ то-же время легко проходимымъ, мнѣ не рѣдко приходилось также наблюдать постепенно развивающееся недержание мочи при вневапныхъ сильныхъ сокращеніяхъ брюшнаго пресса (чиханіе, кашель и т. п.). Больныя нѣсколько разъ въ день бываютъ мокрыми, остальное-же время моча удерживается хорошо. Rectocele, если дивертикулъ прямой кишки достигаетъ болѣе значительныхъ размѣровъ, вызываетъ задержку каловыхъ массъ иногда въ значительномъ количествѣ, и объемъ выпавшей задней стѣнки влагалища при этомъ рѣзко увеличивается.

Мы уже видѣли, что больныя сохраняютъ иногда весьма удовлетворительнымъ свое общее состояніе, но въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ приходится также наблюдать развитіе въ значительной степени различныхъ отраженныхъ, нервныхъ явленій, доходящихъ иногда до полной картины гистеріи; нерѣдко послѣдняя вполнѣ уступаетъ соотвѣтственному мѣстному, радикальному лѣченію выпаденія.

Во время родовъ cystocele можетъ при извѣстныхъ условіяхъ представить непреодолимое препятствіе наступательному движенію подлежащей части. При незначительныхъ степеняхъ суженія таза головка можетъ придавить мочевой пузырь всею средней частью къ лонному соединенію на столько, что моча, находившаяся въ нижнемъ смѣщенномъ отрѣзкѣ, не можетъ перемѣщаться въ верхній: мочевой пузырь получаетъ форму песочныхъ часовъ, и растянутый мочою, значительно увеличенный его нижній отрѣзокъ представляется въ видѣ опухоли, препятствующей дальнѣйшему ходу родовъ.

**Объективное изслѣдованіе.** Заставляя больныхъ жидиться или кашлять, мы достигаемъ того, что видимъ выпавшую часть въ, ея болшемъ объемѣ. При выпаденіи передней стѣнки влагалища, она представляется въ видѣ большей или меньшей опухолоподобной массы, выступающей между наружными половыми органами; отверстіе влагалища смѣщено значительно къзади. Выпавшая часть обыкновенно представляетъ все свойства и видъ *capitae vaginae*, ея складки могутъ представляться еще болѣе рѣзко выраженными, и только въ болѣе старыхъ и значительно выраженныхъ случаяхъ онѣ изглаживаются, и поверхность выпавшей части болѣе гладка. Отверстіе мочеиспускательнаго канала или закрыто одною изъ складокъ, или же представляется зияющимъ, смѣщеннымъ болшею частью нѣсколько

кпереди, его задній сегментъ довольно часто слегка эктропированъ.

При выпаденіи задней стѣнки такое-же опухолевидное выпячиваніе замѣчается между наружными половыми частями только исходящимъ сзади; отверстіе во влагалище сильно смѣщено кпереди. При этомъ далеко не во всѣхъ случаяхъ наблюдаются рубцы зажившаго разрыва промежности; такъ что послѣдній далеко не всегда представляется главнымъ этиологическимъ моментомъ въ происхожденіи выпаденій нижняго отрѣзка влагалища.

Для выясненія состоянія сосѣднихъ органовъ и участія ихъ въ выпаденіи, необходимо въ каждомъ случаѣ производить также ихъ изслѣдованіе. Внутреннее и наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе укажетъ намъ положеніе и характеръ измѣненій матки. Изслѣдованіе *per rectum* выяснитъ участіе прямой кишки въ выпаденіи задней стѣнки влагалища; изслѣдованіе это слѣдуетъ производить, не примѣняя значительнаго насилія, такъ какъ при *prolapsus vaginae posterior* палецъ, введенный въ *rectum*, весьма легко обуславливаетъ выпячиваніе передней стѣнки прямой кишки, но по удаленіи пальца это выпячиваніе тотчасъ-же пропадаетъ, тогда какъ при существующемъ уже дивертикулѣ — *rectocele* — палецъ совершенно свободно въ него входитъ нисколько не смѣщая изслѣдуемой части.

Участіе мочевого пузыря въ выпаденіи передней стѣнки влагалища должно быть опредѣляемо помощью мужского металлическаго катетера, но при этомъ необходимо только помнить, что помощью катетера мы можемъ значительно смѣщать стѣнки его, и что, слѣдовательно, не вездѣ тамъ, гдѣ мы можемъ прощупать верхушку катетера, дѣйствительно внѣ времени изслѣдованія помѣщается мочевой пузырь. Величина матки и длина ея полости точно опредѣляется введеннымъ маточнымъ зондомъ; въ случаяхъ гипертрофіи шейки, длина гипертрофированной части также можетъ быть измѣрена помощью этого инструмента.

**Разпознаваніе** выпаденія нижняго отрѣзка влагалища, его передней или задней стѣнки, на основаніи объективнаго изслѣдованія представляется относительно легкимъ, только степень участія сосѣднихъ органовъ требуетъ еще иногда дифференцированія между другого рода заболѣваніями; такъ участіе мочевого пузыря при выпаденіи передней стѣнки и образуемое имъ *cystocele* можетъ быть смѣшано съ простымъ разрастаніемъ соединительной ткани выпавшей стѣнки съ опухолями, въ ней развившимися, и камнями, помѣщающимися въ дивертикулѣ мочевого пузыря. Введеннаго катетера и направленія, по которому онъ идетъ въ мочевой пузырь, обыкновенно бываетъ достаточно, чтобы опредѣлить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Толщина передней стѣнки влагалища и опухоли, въ ней раз-

вившіяся, легко прощупываются при одновременномъ изслѣдованіи пальцемъ черезъ влагалище и катетеромъ, введеннымъ въ мочевою пузырь. Присутствіе камня въ пузырь или его дивертикулъ намъ точно также легко откроетъ введенный металлическій катетеръ или бужъ.

Весьма важнымъ, съ точки зрѣнія терапіи, представляется рѣшить вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ *cystocele* — смѣщеніемъ и выпаденіемъ нижней стѣнки мочевого пузыря, или-же съ *urethrocele* — смѣщеніемъ нижней стѣнки мочеиспускательнаго канала. Известно, что на протяженіи мочеиспускательнаго канала на его нижней поверхности (рис. 31) можетъ образоваться дивертикулъ большей или меньшей величины и, смѣщаясь внизъ при совмѣстномъ *prolapsus vaginae anterioris*,

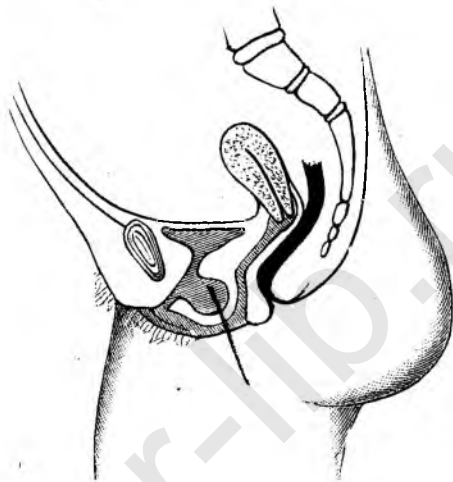


Рис. 31.

симулировать обыкновенное *cystocele*. При введеніи катетера мы наблюдаемъ, что, пройдя наружное отверстіе, онъ весьма скоро попадаетъ въ большей величины полость, помѣщающуюся книзу, затѣмъ, желая его провести далѣе, мы должны его провести по направленію нормальнаго положенія уретры, и тогда только онъ попадаетъ снова въ короткій каналъ и затѣмъ уже въ полость пузыря. Застаивающаяся въ этомъ дивертикулѣ уретры моча весьма скоро вызываетъ его воспаленіе, которое, распространяясь на всю уретру, обуславливаетъ постоянное истеченіе гнойной массы изъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, сопровождаемое жгучими болями при мочеиспусканіи. Состояніе это, если нашъ діагнозъ точенъ относительно того, что это *urethrocele*, можетъ быть только устранено разрѣзомъ, искусственнымъ образованіемъ фистулы въ передней стѣнкѣ влагалища; по устраненіи такимъ образомъ задержки мочи въ дивертикулѣ, всѣ воспалительныя явленія исчезаютъ. (*P. Mundé. «Minor surgical gynecology»*, 1885, стр. 518 и 523.) По излѣченіи мучившихъ больную припадковъ, фистула можетъ быть оставлена не заштою, такъ какъ, кромѣ того только, что отверстіе, изъ котораго идетъ моча при мочеиспусканіи, представляется нѣсколько болѣе смѣщеннымъ книзу, она не представляетъ никакихъ неудобствъ для больной. Само собою разумѣется, что,

какъ до, такъ и послѣ операціи держаніе мочи — полное и вполне подвержено контролю, такъ какъ шейка мочевого пузыря и внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала при urethrocele представляются не пораженными, нормально функционирующими.

## 2) Смѣщенія и выпаденія верхняго отрѣзка влагалища, его передней и задней стѣнки.

Случаи отдѣльнаго, самостоятельнаго смѣщенія книзу или даже и выпаденія изъ-за наружныхъ половыхъ органовъ частей влагалища, принадлежащихъ его верхнему отрѣзку и притомъ его передней или задней стѣнкѣ, представляются относительно крайне рѣдкими, такъ что нѣкоторые авторы (*Fritsch, l. c., 250*) считаютъ ихъ даже сомнительными. Тѣмъ не менѣе литература обладаетъ все-таки нѣсколькими случаями, весьма хорошо описанными, такъ что возможность подобнаго рода изолированныхъ смѣщеній и выпаденій верхняго отрѣзка влагалища не можетъ подлежать сомнѣнію. Обыкновенно, при смѣщеніи передней или задней стѣнки влагалища въ его верхнемъ отрѣзкѣ (*prolapsus vaginae anterior superior, v. posterior superior*), въ образующееся вслѣдствіе этого грыжеобразное выпячиваніе передняго или задняго околоматочнаго пространства (*hernia vaginalis anterior v. posterior*) помѣщаются и, слѣдовательно, также смѣщаются сосѣд-

ніе органы брюшной полости, преимущественно кишечныя петли (*enterocele vaginalis anterior v. posterior.*).

а) *Enterocele vaginalis anterior*, подтвержденное изслѣдованіемъ на секціонномъ столѣ, до сихъ поръ описано только одинъ разъ *E. Martin'*омъ, и протоколъ вскрытія этого случая принадлежитъ *Conheim'*у («*Monatsschr. f. Geb.*» Bd. XXXIII, 1866, стр. 168). *Excavatio vesico-uterina* при извѣстныхъ условіяхъ можетъ быть смѣщенной весьма глубоко книзу, такъ что мочевой пузырь представляется совершенно отдѣленнымъ отъ матки и передней

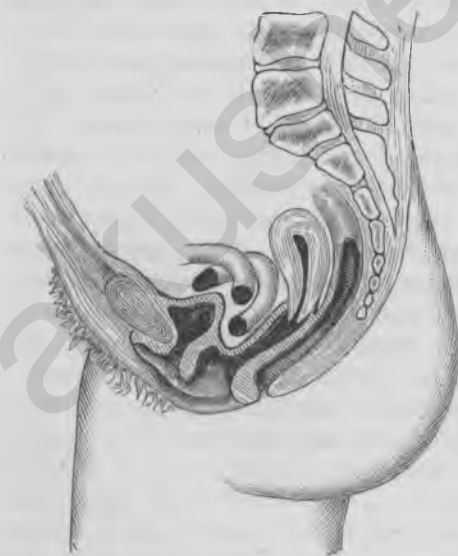


Рис. 32.

стѣнки влагалища; такого рода разъединеніе обыкновенно достигаетъ только области внутренняго отверстія мочеиспускательнаго

канала, и такъ какъ этотъ послѣдній представляется соединеннымъ съ переднею стѣнкою влагалища гораздо болѣе плотною соединительною тканью, то на этомъ мѣстѣ это разъединеніе и должно останавливаться. Шематическіе рисунки, приводимые авторами, гдѣ таковое разъединеніе идетъ дальше и гдѣ мочеиспускательный каналъ представляется также отдѣленнымъ отъ передней влагалищной стѣнки, требуютъ еще подтвержденія въ изслѣдованіяхъ на секціонномъ столѣ. *A. Martin* приводитъ характерный рисунокъ (рис. 32) *enterocele vaginalis anterior* и упоминаетъ еще о случаѣ, гдѣ онъ клинически могъ убѣдиться въ возможности подобнаго рода смѣщенія.

б) *Descensus v. prolapsus vaginae posterior superior* приходится наблюдать уже чаще, и клиническая картина его уже болѣе извѣстна. Подъ вліяніемъ усиленнаго давленія сверху, при извѣстныхъ патологическихъ условіяхъ, заднее дугласово пространство можетъ, выпячивая передъ собою верхній отрѣзокъ задней стѣнки влагалища, быть смѣщеннымъ весьма значительно книзу. Подобное смѣщеніе развивается особенно тогда, когда входъ въ *excavatio recto-uterina* представляется болѣе или менѣе суженнымъ или особенно сильно развитыми *plicae Douglasii*, или же вновь развившимися ложными перепонками. Содержимымъ такого грыжеваго мѣшка могутъ быть различныя образованія. Кишечныя петли (*enterocele vaginalis posterior*), выполняя дугласово пространство и до извѣстной степени ущемляясь тамъ, образуютъ значительную опухоль, вдающуюся во влагалище (рис. 33). Характеръ этого смѣщенія задней верхней стѣнки влагалища опредѣлить довольно легко по тѣмъ кишечнымъ шумамъ, которыя удается вызывать, изслѣдуя и давя на это выпячиваніе, или же перкутируя его, причемъ мы получаемъ ясный тимпаничный кишечный тонъ. Вправленіе этого конгломерата кишечныхъ петель обыкновенно удается довольно легко, особенно

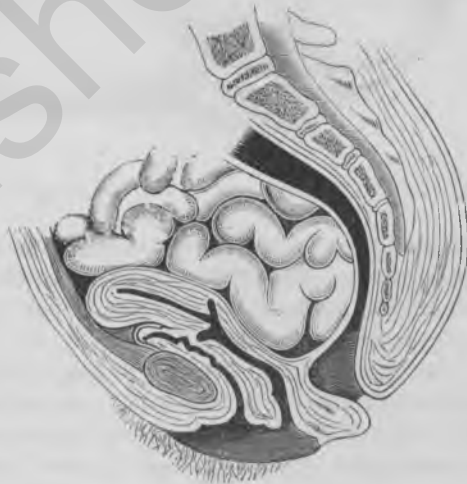


Рис. 33.

при положеніи больной, обусловливающимъ отрицательное внутрибрюшное давленіе. Но существуютъ случаи, когда оно не уда-



валось, и приходилось прибѣгать къ вправленію помощью руки, введенной въ прямую кишку; такъ *Landau* («*Berlin. klin. Wochenschr.*», 1876, № 48) описалъ случай изъ клиники *Spiegelberg'a*, гдѣ скопишіяся кишечныя петли въ заднемъ дугласѣ представили во время родовъ извѣстное препятствіе поступательному движенію подлежащей части, и вправленіе ихъ было только возможно введеніемъ всей руки въ *gestum*. При значительномъ развитіи ложныхъ перепонокъ между маткою и прямою кишкою, въ подобныхъ случаяхъ, могутъ наблюдаться также смертельныя ущемленія кишечной петли; такъ *Бачинскій* описалъ случай вскрытія, произведеннаго въ 1870 г. профессоромъ *Ламблемъ*, въ которомъ (рис. 34) между дномъ матки и прямою кишкой помѣщалась ложная перепонка, обус-



Рис. 34.

ловлившая сообщеніе *excavatio recto-uterina* съ брюшною полостью только относительно небольшимъ отверстіемъ. Въ этомъ послѣднемъ и произошло ущемленіе перегнувшейся поперечной части ободочной кишки.

Увеличенная въ объемъ матка, вслѣдствіе различнаго рода заболѣваній или беременности, въ состояніи значительной степени *retroflexio*, обуславливаетъ точно также иногда значительное смѣщеніе задне-верхней стѣнки влагалища (*metrocoprocele*), причемъ растяженіе этой послѣдней можетъ быть такъ значительно, что уже не разъ наблюдались случаи разрыва ея, и увеличенное дно матки выпадало черезъ этотъ разрывъ задняго свода.

Подъ именемъ *ovariocele vaginalis* мы понимаемъ образованіе *herniae vaginalis posterioris* подъ влияніемъ увеличивающагося

до извѣстной степени яичника при развитіи въ немъ кисть или другихъ опухолей; такимъ образомъ увеличивающійся яичникъ, помѣщаясь въ *excavatio recto-uterina*, можетъ до извѣстнаго періода своего роста обуславливать выпячиваніе верхне-задней стѣнки влагалища; я знаю одинъ случай, гдѣ такой яичникъ представилъ извѣстное препятствіе во время родовъ; распознаваніе не было сдѣлано, и врачами, не акушерами, были наложены щипцы на подлежащую головку, тракціи были весьма сильны, задне-верхняя стѣнка влагалища разорвалась, и небольшая дермоидная киста яичника выпала наружу, ножка ея была перерѣзана, ребенокъ извлеченъ; роды происходили въ деревнѣ, больная выздоровѣла. Совершенно подобный случай описалъ *Luschka* (*Zerreissung der Scheide mit Vorfall eines Hydroovarium, Separatabdruck*; также въ диссертациі *Ad. Succo, Tübingen, 1864*), въ которомъ послѣ наложенія щипцовъ выпала серозная киста яичника; опухоль, принятая за полипъ матки, была удалена только на 3 день; больная умерла; на вскрытіи обнаружилось, что задняя стѣнка влагалища весьма значительно истончена и представляетъ сквозной разрывъ въ заднее дугласово пространство. — Нормальной величины яичники могутъ также быть смѣщены и помѣщаться въ значительно увеличенномъ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, но уже вторично — при извѣстныхъ степеняхъ болѣе или менѣе полной инверсіи всего влагалища. Въ составъ подобной грыжи можетъ входить также и сальникъ (*epiplocele vaginalis posterior*). Инкапсулированные жидкости въ заднемъ дугласѣ даютъ иногда поводъ также къ развитію hydrocolprocele или ruocolprocele. Плодное яйцо при вѣматочной беременности точно также иногда обуславливаетъ разбираемое нами смѣщеніе. Всѣ вышеприведенныя заболѣванія, влияющія на образованіе *herniae vaginalis posterioris*, требуютъ конечно лѣченія, направленаго специально на нихъ самихъ, само же смѣщеніе верхне-задней стѣнки влагалища играетъ при этомъ лишь второстепенную роль. Содѣржимое дугласова пространства, опускаясь въ мѣшокъ *enterocele vaginalis posterior*, можетъ иногда, на уровнѣ бывшей стѣнки задняго свода влагалища, представляться обхваченнымъ тканями ея какъ-бы кольцомъ. Опухелевидное выпячиваніе такой *enterocele vaginalis posterior*, выполняя все влагалище, иногда выпадаетъ изъ него, причемъ форма опухоли напоминаетъ собою грушу, тонкимъ концомъ обращенную вверхъ. При поверхностномъ изслѣдованіи она можетъ быть принята за полипъ матки. Въ нашей литературѣ (*Протоколы засѣданій Общества морскихъ врачей въ Кронштадтѣ 1875—1876, выпускъ XIII, стр. 17—23; засѣданіе 10 Ноября 1875*) описанъ случай подобной ошибки. Однимъ изъ врачей въ госпиталѣ была предпринята операція удаленія полипа (!) матки ножницами и при этомъ удалена часть стѣнки вла-

галища, вскрыта брюшная полость и отрѣзана часть большого сальника длиною 24,0 см. и шириною 29,0 см. и часть ободочной, поперечной кишки длиною 10,0 см. и шириною въ 1,0 см. Ампутація была произведена ниже вышеупомянутаго кольцеобразнаго перехвата. Кровотеченіе было незначительно. Больная, не проживъ полныхъ сутокъ, умерла.

### 3) Выпаденіе всего влагалища, его полный выворотъ. (*Pro-lapsus et inversio vaginae completa.*)

Какъ мы уже видѣли, опущеніе и выпаденіе всѣхъ стѣнокъ влагалища равномерно-циркулярно принадлежитъ къ относительно болѣе рѣдкимъ явленіямъ.



Рис. 35.



Рис. 36.

Обыкновенно смѣщаются и выпадаютъ передняя и задняя стѣнки, боковыя же остаются болѣе или менѣе *in situ*, благодаря анатомическому расположенію ихъ. Какъ извѣстно (рис. 35), влагалище въ нормальномъ, спавшемся состояніи не обладаетъ зіяющимъ просвѣтомъ, а представляетъ фигуру буквы Н, такъ что по такому расположенію стѣнокъ самымъ удобнымъ и легкимъ представляется сначала выпаденіе передней или задней стѣнки или обѣихъ вмѣстѣ, затѣмъ уже будутъ слѣдовать и боковыя. Если же мы имѣемъ передъ собою какую-нибудь причину, прямо дѣйствующую на одну изъ боковыхъ стѣнокъ, какъ напр. развитіе какой-нибудь опухоли, то смѣщеніе и выпаденіе боковой стѣнки происходитъ такъ же легко, какъ и передней или задней.

Полное выпаденіе влагалища, развиваясь вторично при полныхъ выпаденіяхъ матки, включаетъ въ себѣ всю выпавшую матку, обыкновенно не представляющуюся увеличенною въ объемъ (рис.

36). Когда же развитіе полного выворота влагалища происхо-

дить изъ выпаденія передней или задней стѣнки его и представляется явленіемъ первичнымъ, то мы видимъ удлиненіе и гипертрофію шейки матки выраженными болѣе или менѣе рѣзко (рис. 37). Гипертрофія эта, какъ мы увидимъ при разборѣ выпаденій матки, есть явленіе весьма частое и зависитъ отъ постояннаго, медленнаго натяженія тканей шейки, вызываемаго выпадающими стѣнками влагалища. Она можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигать такой степени, что при полномъ выпаденіи влагалища дно матки тѣмъ не менѣе почти не смѣщается и остается приблизительно на своей нормальной высотѣ, — это случаи такъ называемаго *prolapsus uteri sine descensu*.

При полной *inversio vaginae* стѣнки ея въ большей части случаевъ представляются утолщенными, и только въ верхнемъ отрѣзкѣ онѣ болѣе тонки, хотя все-таки толще нормальныхъ. Въ исключительныхъ же случаяхъ истонченіе стѣнокъ, особенно верхнезадняго отдѣла, представляется весьма значительнымъ, такъ что подъ вліяніемъ какой-бы то ни было травмы можетъ произойти разрывъ ея. Такъ *Fehling*'омъ въ 1874 году былъ опи-



Рис. 37.

санъ случай («*Archiv f. Gyn*», Bd. VI, стр. 103) стараго полнаго выпаденія влагалища и матки, въ которомъ, при попыткѣ вправить выпавшія части самую больную, произошелъ разрывъ задне-верхней стѣнки влагалища, проникающій въ заднее дугласово пространство; послѣдовало выпаденіе большого конгломерата кишечныхъ петель, которыя не было возможности вправить, — больная умерла; верхне-задняя стѣнка влагалища на мѣстѣ разрыва на препаратѣ, слѣдовательно, не въ растянутомъ состояніи, имѣла въ толщину только 0,25 см.

При полномъ выпаденіи влагалища заднее дугласово пространство обыкновенно въ большинствѣ случаевъ точно также представляется смѣщеннымъ къ низу и доходить иногда до самой верхушки выпавшихъ частей; нерѣдко удается при ощупываніи выпавшей опухоли констатировать присутствіе кишекъ въ этомъ пространствѣ по характернымъ кишечнымъ звукамъ, полу-

чающимся при этой манипуляции. Точно также иногда удается прощупать и яичники. При присоединяющихся воспалительных процессах, въ относительно, впрочемъ, рѣдкихъ случаяхъ, получаются стойкія сращения киничныхъ петель и матки въ ду-гласовомъ пространствѣ, такъ что вправленіе выпавшихъ частей представляется весьма труднымъ и иногда совершенно невозможнымъ.

#### 4) Лѣченіе смѣщеній и выпаденій влагалища.

Излагая лѣченіе смѣщеній и выпаденій влагалища, мы ограничимся только случаями относительно чистыми, при которыхъ матка не принимаетъ еще значительнаго участія; слѣдовательно, сюда будутъ относиться случаи первичныхъ выпаденій влагалища, и такъ какъ они, какъ мы уже видѣли, въ большинствѣ случаевъ составляютъ только извѣстный стадій полного пролапса внутреннихъ половыхъ органовъ, то мы остановимся только на томъ періодѣ, когда матка еще почти не вовлечена въ процессъ.

Весьма важную роль при терапіи этого страданія играютъ лѣченіе профилактическое и лѣченіе самыхъ свѣжихъ формъ смѣщеній и выпаденій. Правильное и точное исполненіе всѣхъ гигиеническихъ мѣропріятій въ теченіи нормальнаго послѣродового періода представляетъ одну изъ главныхъ задачъ профилактики; особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на то, чтобы свѣже-разорванная промежность была во-время и удовлетворительно зашита, чтобы родильницы долго не задерживали мочи и тѣмъ не способствовали смѣщенію передней стѣнки влагалища и мочевого пузыря, а равно чтобы не появлялись значительныя жиленья при задержкѣ каловыхъ массъ; катетеръ и опорожненія прямой кишки клистирами, производимыя во-время, несомнѣнно могутъ предохранять отъ возникновенія неприятныхъ осложнений.

Если же родильница при первыхъ попыткахъ встать съ постели жалуется на чувство давленія внизу живота и натуги внизъ, то необходимо точное гинекологическое изслѣдованіе, которое намъ и укажетъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Если при этомъ констатируется уже начало смѣщенія передней или задней стѣнки влагалища, то больной слѣдуетъ предписать строго проведенное лѣченіе. Лучше въ этомъ начальномъ стадіи принять энергичныя и самыя безопасныя мѣры, чѣмъ впоследствии быть поставленными въ необходимость прибѣгнуть къ оперативному методу лѣченія, имѣющему, не смотря на весь успѣхъ послѣдняго асептического времени, еще все-таки свои не безопасныя стороны. При твердо стоящемъ діагнозѣ начинающагося выпаденія передней или задней стѣнки влагалища, больной долженъ быть предписанъ самый строгій покой, — она лежитъ въ постели по крайней мѣрѣ шесть недѣль. Такого рода долгое пребываніе въ постели

уже практиковалось въ клиникѣ проф. *Seifert'a* въ Прагѣ и за послѣднее время снова настоятельно рекомендовано проф. *Freund'омъ* («*Gynaecologische Klinik*». 1885, стр. 338); при этомъ назначается удобоваримая, питательная діета; строго наблюдается за правильными функціями прямой кишки и мочевого пузыря. Въ теченіе этого времени мы назначаемъ больнымъ влагалищныя инъекціи и къ концу лѣченія—влагалищныя тампоны. Инъекціи во влагалище вначалѣ даются изъ воды комнатной температуры съ примѣсью дезинфицирующихъ веществъ, какъ карболовая кислота (2%) или сулема (1:5,000—10,000), по два раза въ день, затѣмъ мы переходимъ къ вяжущимъ спринцованіямъ, какъ квасцы, *zincum sulfuricum*, *cuprum sulfuricum*, *plumbum acetum*, *decoctum cort. quercus*, *quassiae*, *rataniae* и т. п. Инъекціи производятся, лежа въ постели, при посредствѣ подкладного судна.

Если мы замѣчаемъ, что смѣщеніе—выпаденіе не поддается легко этой терапіи, то необходимо прибѣгнуть къ болѣе долгому дѣйствию вяжущихъ средствъ на стѣнки влагалища, связанному съ искусственнымъ поддерживаніемъ ихъ на своемъ мѣстѣ. Этой цѣли вполне удовлетворяютъ влагалищныя тампоны. Тампоны изъ дезинфицированной гигроскопической ваты или изъ также дезинфицированной марли вкладываются въ хорошо промытое влагалище на ночь, утромъ они вынимаются, и влагалище проспринцовывается просто комнатою водою. вмѣстѣ съ тампонами на нихъ намазанною вводится мазь, лучше всего изъ вазелина съ прибавкою вышеназванныхъ вяжущихъ средствъ (квасцы, таннинъ, *zincum sulfuricum* и др. по 3β—3j на 2 унца вазелина). Послѣднюю недѣлю больная получаетъ влагалищныя спринцованія изъ горячей воды въ 37°—39° R., какъ одно изъ лучшихъ тонизирующихъ средствъ, когда мы имѣемъ дѣло съ органами, богато одѣленными гладкими мышечными волокнами. Во время бывающей въ теченіе этихъ шести недѣль менструаціи слѣдуетъ ограничиваться только одними индифферентными, при случаѣ дезинфицирующими влагалищными инъекціями.—Когда больная встанетъ съ постели, то еще въ теченіе цѣлаго мѣсяца она должна избѣгать всякаго рода усиленной дѣятельности брюшного пресса, и въ теченіе всего этого времени ежедневно утромъ ей слѣдуетъ вводить влагалищный тампонъ съ одной изъ вышесказанныхъ вяжущихъ мазей и вынимать его вечеромъ; горячіе души должны быть также продолжаемы въ это время одинъ разъ въ день вечеромъ.

Большая часть больныхъ, страдающихъ выпаденіемъ передней или задней стѣнки влагалища, обращаются къ намъ за врачебною помощью уже весьма поздно, когда рассчитывать на *restitutio ad integrum* совершенно невозможно; но если бы представился случай, когда еще выпаденіе свѣже, и когда прошло всего

нѣсколько недѣль послѣ родовъ, давшихъ поводъ къ его развитію, то энергичное примѣненіе только что изложеннаго лѣченія приносить иногда несомнѣнную пользу. Въ этихъ случаяхъ я прибавляю еще смазываніе *tinct. jodi* нижняго отрѣзка влагалища ежедневно или черезъ день. Случаи же болѣе застарѣлые уже не поддаются нашему терапевтическому лѣченію.

Формы уже установившихся выпаденій могутъ быть удовлетворительно излѣчены только оперативнымъ путемъ.

Ортопедическое механическое лѣченіе вводимыми во влагалище пессаріями можетъ быть примѣняемо только въ случаяхъ, когда больныя боятся операціи и не соглашаются на нее, такъ какъ оно представляется только палліативнымъ и радикальнаго излѣченія дать не можетъ. Примѣненіе влагалищныхъ пессаріевъ при выпаденіи нижняго отрѣзка влагалища основано на томъ, что они, растягивая его стѣнки, препятствуютъ выпаденію и удерживаютъ выпавшія части *in situ*. Это же самое дости-

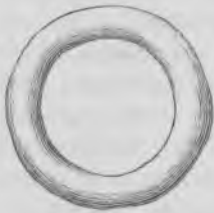


Рис. 38.

гается введеніемъ во влагалище на болѣе долгое время большого объема морскихъ губокъ или различнаго рода тампоновъ, и такъ какъ они примѣняются обыкновенно на болѣе долгій срокъ и притомъ иногда неопытною рукою, то приходится наблюдать развитіе воспалительныхъ состояній влагалища, вслѣдствіе той нечистоты, которая при этомъ почти всегда развивается; извлеченныя губки издають обыкновенно сильный запахъ гніющихъ веществъ. Примѣненіе такъ называемыхъ маточныхъ колецъ представляется уже гораздо болѣе чистымъ, и если больная исполняетъ точно предписанія врача, то не приходится наблюдать никакихъ осложненій. Въ настоящее время особенно въ ходу кольцо *Mayer'a*, приготовленныя изъ мягкаго каучука (рис. 38) и имѣющіяся въ продажѣ различныхъ величинъ; они представляютъ то удобство, что, будучи введены во влагалище, если только были выбраны удачно, равномерно растягиваютъ его, и если входъ во влагалище не чрезмѣрно вялъ и растянутъ, то удерживаютъ выпавшія части весьма удовлетворительно. По мягкости своей, и если кольцо только не чрезмѣрно велико, оно не раздражаетъ стѣнокъ влагалища и не вызываетъ никакихъ воспалительныхъ явленій; иногда же при недоброкачественности матеріала, изъ котораго оно приготовлено, могутъ развиваться воспалительныя явленія, какъ самого влагалища, такъ и окружающей его клѣтчатки и даже тазовой брюшины.

Во время нахождения какого бы то ни было кольца во влагалищѣ, больныя должны акуратно, два раза въ день, производить влагалищныя инъекціи или простою комнатною водою, или съ прибавленіемъ дезинфицирующихъ средствъ, для поддер-

жанія чистоты и удаленія скопляющихся выдѣлений матки. Само кольцо, по крайней мѣрѣ разъ или два въ мѣсяцъ, должно быть вынимаемо и чисто вымывается тепловатою водою съ мыломъ.

Невыгодная сторона этой терапіи заключается въ томъ, что кольцо *Mayer'a*, какъ всякое другое кольцо, помѣщаясь во влагалищѣ и растягивая его, тѣмъ уже самымъ препятствуетъ возможности инволюироваться стѣнкамъ влагалища, и такимъ образомъ *restitutio ad integrum*, если бы оно и было еще возможно, наступить не можетъ; напротивъ того, съ теченіемъ времени требуются кольца все большей и большей величины, чтобы удерживать выпадающія части. Съ этой стороны кольца, сдѣланныя изъ мѣдной проволоки, обтянутыя каучукомъ, какъ напр. пессаріи *Hodge'a* (рис. 39), представляются болѣе выгодными, потому что растягиваютъ влагалище только въ длину и, при выпаденіи передней стѣнки, удерживаютъ ее весьма хорошо, если легко сгибаемому пессарію придать извѣстную форму, измѣнивъ ее изъ S-образной въ просто полулунную, и вложивъ его во влагалище такъ, чтобы оба конца его были обращены кверху. Тогда задній конецъ будетъ помѣщаться въ заднемъ сводѣ, передній же—на передней стѣнкѣ влагалища, на любомъ мѣстѣ, смотря по данному нами изгибу. Эта форма, приданная пессарію *Hodge'a*, какъ я могъ въ томъ нѣсколько разъ убѣждаться, представляется еще кромѣ того весьма цѣлесообразной для устраненія тягостнаго для больныхъ временнаго недержанія мочи при внезапно повышенномъ внутрибрюшномъ давленіи: слѣдуетъ изогнуть пессарій такимъ образомъ, чтобы его передній конецъ приходился на уровнѣ внутренняго отверстія мочеиспускательнаго канала и производилъ на это мѣсто извѣстное давленіе; это удается довольно легко, и прижатіе уретры къ лонному соединенію получается только въ такой степени, что устраняетъ это непроизвольное истеченіе мочи, нисколько не препятствуя нормальному, произвольному мочеиспусканію. Когда такимъ образомъ получилась желаемая кривизна пессарія *Hodge'a*, и послѣ того, какъ мы уже убѣдились, что данная кривизна дѣйствительно хорошо переносится больною, это легко сгибаемое кольцо можетъ быть замѣнено другимъ, приготовляемымъ по данному образцу изъ твердаго каучука или никкеля и представляющимъ то удобство, что оно совершенно не портится отъ долгаго ношенія, тогда какъ каучукъ, покрывающій мѣдную проволоку, весьма скоро измѣняется такимъ образомъ, что требуетъ перемѣны пессарія.

Въ случаяхъ, если эти кольца не удерживаются во влагалищѣ



Рис. 39.



и при болѣе сильной работѣ брюшнаго пресса извергаются наружу, при значительномъ разслабленіи тазоваго дна и вялости входа во влагалище, могутъ еще приносить извѣстное облегченіе пессаріи въ видѣ шаровъ или яйцевидныхъ. Эти шары также различныхъ величинъ, приготовленные изъ твердаго каучука съ хорошо полированную наружною поверхностью, обладающіе весьма легкимъ вѣсомъ, предложены въ послѣднее время снова *Breisky* (l. c. стр. 665) и дѣйствительно хорошо переносятся влагалищемъ, не вызывая особеннаго раздраженія. Конечно, примѣненіе этихъ яйцеобразныхъ пессаріевъ показано только у женщинъ уже старыхъ, не живущихъ половую жизнью, такъ какъ coitus при нихъ невозможенъ, до такой степени они совершенно выполняютъ влагалище. Истеченіе менструальной крови, впрочемъ, ими нисколько не задерживается.

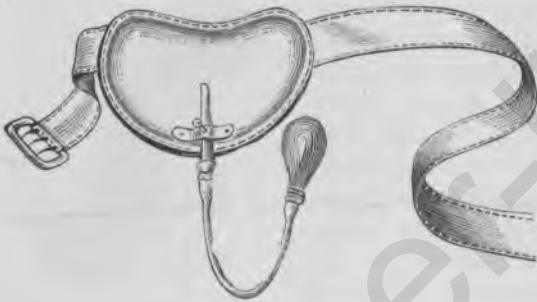


Рис. 40.

Если же и эти большіе яйцеобразные или шаровидные пессаріи не удерживаются во влагалищѣ, то, особенно при большихъ выпаденіяхъ передней стѣнки, можетъ быть примѣняемъ гистерофоръ *Roser-Scanzoni* (рис. 40), состоящій, какъ видно на рисункѣ,

изъ такого же яйцеобразнаго пессарія, помѣщающагося во влагалищѣ и удерживаемаго *in situ* помощью плотной пружины, прикрѣпленной къ своеобразно устроенному поясу.



Рис. 41.

Иногда этотъ инструментъ можно удобно замѣнять, накладывая Т-образную повязку и препятствуя ею выхожденію лежащаго уже во влагалищѣ шарообразнаго пессарія. Пользующійся славою удерживать *in situ* всякое выпаденіе гистерофоръ *Zwack's* (рис. 41) непримѣнимъ въ разбираемыхъ нами случаяхъ, такъ какъ онъ удерживается во влагалищѣ вслѣдствіе растяженія этого послѣдняго въ поперечномъ направленіи, растягивая главнымъ образомъ боковыя его стѣнки; передняя же

или задняя стѣнки при этомъ все-таки могутъ легко выпадать.

Вообще, примѣненіе всѣхъ упомянутыхъ колець и аппаратовъ представляется крайне обременительнымъ для больныхъ, не говоря уже о тѣхъ заболѣваніяхъ, которыя они могутъ вы-

звать, будучи примѣняемы не такъ, какъ слѣдуетъ; они все-таки въ концѣ концовъ не излѣчиваютъ даннаго страданія, и посему рано или поздно больныя должны будутъ рѣшиться на операцію, какъ на *ultimum refugium*.

Задача оперативнаго лѣченія выпаденій передней или задней стѣнки влагалища, при маткѣ, находящейся еще въ относительно нормальномъ положеніи или представляющей только слегка опущенной, заключается въ томъ, чтобы уменьшить площадь выпадающей стѣнки, сгюзить этимъ, вообще, нижній отрѣзокъ влагалища и образовать плотный, глубоко проникающій въ ткани рубецъ; обусловивъ такимъ образомъ потерю ткани въ передней или задней стѣнкѣ, мы уже этимъ препятствуемъ ихъ выпаденію. Операціи, производимыя съ этою цѣлью, носятъ названіе *colporrhaphia anterior*—для передней стѣнки и *colporrhaphia posterior*— для задней.

**Colporrhaphia anterior.** Показанія къ этой операціи уже выяснены нами выше и главнымъ образомъ обуславливаются застарѣлостью случая, когда, не смотря ни на какія лѣченія, выпаденіе устранимо быть не можетъ.

Время производства ея въ обыкновенныхъ случаяхъ, какъ, вообще, всѣхъ операцій во влагалищѣ, обуславливается менструаціею; лучше всего оперировать, спустя недѣлю по ея окончаніи. Приготовленіе больной къ операціи заключается только въ томъ, что она получаетъ дезинфицирующіе души (*Ac. carb.* или сулема) изъ комнатной воды, и кишечный каналъ ея опорожняется, чтобы избѣжать въ первые дни излишнихъ натугъ. Наканунѣ операціи больная вечеромъ получаетъ общую мыльную ванну. Операцію лучше производить подъ хлороформомъ, на обыкновенномъ высокомъ операціонномъ столѣ, въ спинно-ягодичномъ положеніи больной. Инструменты, необходимые при операціи, сводятся къ слѣдующимъ: крючки или пулевые щипцы для фиксаціи, 2 скальпеля, ножницы, пинцетъ, нѣсколько пинцетовъ *Pean*'а и простые изогнутыя иглы съ иглодержателемъ, пинцетъ *Hegar*'а для захватыванія большой складки влагалищной стѣнки, затѣмъ хорошо дезинфицированный шелкъ и *catgut*, вымоченный въ *ol. juniperi e ligno*. Для того чтобы *catgut* не скоро всасывался, его слѣдуетъ класть на одни сутки въ *ol. juniperi e ligno* и затѣмъ сохранять въ спирту; приготовленный такимъ образомъ *catgut* начинаетъ всасываться приблизительно только черезъ 9 дней и, слѣдовательно, удерживаетъ раненныя поверхности достаточно долгое время въ тѣсномъ соприкосновеніи другъ съ другомъ.

Когда больная захлороформирована и уложена въ соотвѣтственномъ положеніи на столѣ, мы производимъ еще разъ тщательное вымываніе ея влагалища и наружныхъ половыхъ частей 3% растворомъ *Ac. carb.* или 1:1000 сулемы. Затѣмъ пулевыми

щипцами по указательному пальцу захватываемъ влагалищную часть матки и низводимъ ее на сколько возможно. Обыкновенно это удается весьма легко, и мы имѣемъ передъ собою всю переднюю стѣнку влагалища; для того чтобы ее хорошо фиксировать, накладываются еще въ трехъ мѣстахъ пулевые щипцы (рис. 42). Щипцы эти передаются въ руки ассистентовъ для удерживанія фиксированнымъ поля операціи.

Начиная съ этого момента и вплоть до окончанія операціи, мы примѣняемъ постоянное орошеніе изъ 2% раствора *Ac. carbolicі* или 1:10,000 сулемы. За послѣднее время *Schroeder* («*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaekologie*», *Bd. XII, 1886, emp. 213*) употребляетъ для этой цѣли только дистиллированную воду,

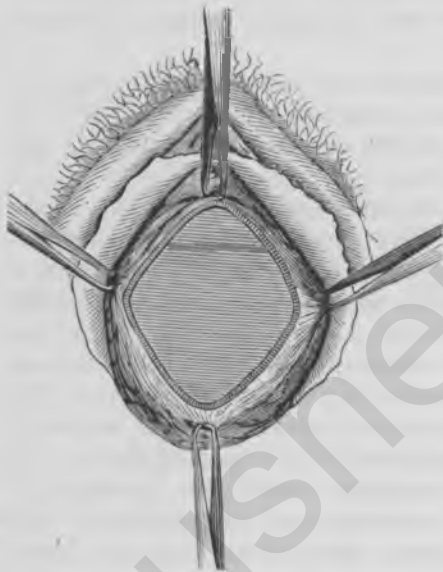


Рис. 42.

боясь произвести извѣстную степень прижиганія окровавленной поверхности и тѣмъ помѣшать процессу сращенія. Мы не думаемъ, чтобы такіе слабые растворы играли при этомъ столь значительную роль, тѣмъ болѣе, что и дистиллированная вода, какъ извѣстно, далеко не индифферентна при дѣйстви ея на живыя животныя ткани; наконецъ, вседневный опытъ учитъ насъ, что заживленіе идетъ всегда прекрасно при постоянномъ орошеніи *sub operatione* такими слабыми, но все-таки дезинфицирующими растворами. Площадь окровавленія должна быть

настолько велика, насколько это, вообще, возможно въ данномъ случаѣ: спереди она начинается тотчасъ подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, кзади, если возможно, она достигаетъ до влагалищной части матки и съ боковъ — до мѣстъ перехода передней стѣнки въ боковыя; форма ея эллиптическая; окровавленіе должно быть произведено глубоко, такъ чтобы вся толща слизистой оболочки была удалена — но и только, такъ какъ, идя еще глубже, легко получить весьма не желательное пораненіе мочевого пузыря. Окровавленіе производится обыкновенными скальпелями; сначала вся толща слизистой оболочки прорѣзывается по контуру жалаемой площади окровавленія, и затѣмъ лоскутъ отсепаровывается. Я лично предпочитаю по плоскости изогнутыя ножницы, которыми мнѣ удается скорѣе и такъ-же

глубоко снять слизистую оболочку. При окровавленіи приходится ранить иногда артеріальныя вѣточки; перевязка ихъ не необходима, и онѣ или захватываются въ пинцеты *Péan*'а, или же просто придавливаются пальцами ассистентовъ, пока не будетъ наложенъ шовъ, который и останавливаетъ всякаго рода кровотеченіе.

*M. Sims* и *Hegar* предложили и производили удаленіе лоскута помощью захватыванія его въ складку особенно для этого устроеннымъ пинцетомъ (рис. 43); *forcipresseur Cheron*'а (рис. 44) («*Gazette des Hôpitaux*», 1876, p. 626) имѣетъ то преимущество, что его двѣ сдѣланныя изъ слоновой кости половины параллельны между собою. Образовавъ складку и наложивъ инструментъ для ущемленія ея, швы проводятся тотчасъ подъ нимъ, затѣмъ однимъ взмахомъ скальпеля отрѣзывается вся складка тотчасъ подъ защемяющимъ инструментомъ, онъ снимается, и швы завязываются.

При этомъ требуется извѣстная предосторожность, чтобы не ранить мочевого пузыря, заключающаяся въ томъ, что при проведеніи первой иглы чрезъ основаніе складки, она не выводится насквозь, а оставляется *in situ*, и катетеръ, введенный въ мочевой пузырь, легко опредѣлить, прошла ли игла въ мочевой пузырь, или же нѣтъ. Если бы оказалось, что она прощупывается катетеромъ въ мочевомъ пузырѣ, то ее удаляютъ, снимаютъ инструментъ и захватываютъ складку болѣе поверхностно, пока, наконецъ, не убѣдятся, что въ основаніе ея не захвачена складка мочевого пузыря.

Почти одновременно съ методомъ удаленія эллипсовиднаго куска слизистой оболочки было предложено *Sims*'омъ и *Emmet*'омъ окровавливать только полосы въ 1.0—2.0 см. шириною, для избѣжанія кровотечения *sub operatione*; форма, придаваемая



Рис. 43.

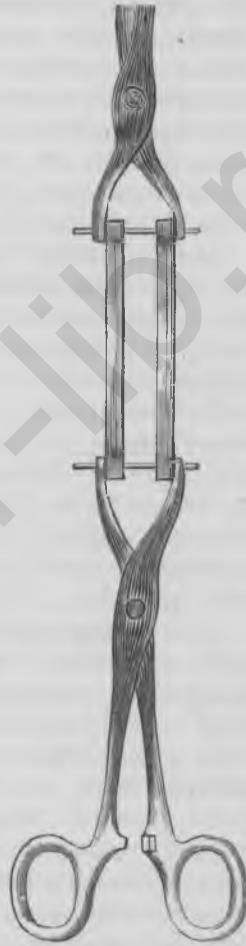


Рис. 44.

такому окровавлению, была подковообразная, открытымъ концомъ обращенная кверху (*Sims*). Обѣ стороны подковы пришивались другъ къ другу, получалось значительное уменьшеніе въ поперечномъ направленіи площади передней стѣнки и, кромѣ того, слѣпой мѣшокъ, остававшійся кверху открытымъ. *Emmet*, наблюдая ущемленіе влагалищной части матки въ этомъ слѣпомъ мѣшкѣ, предложилъ окровавливать также полосу между обоими концами подковы, такъ что мѣшокъ получался закрытымъ и представлялъ нѣчто похожее на кисту влагалища, высланную ея слизистою оболочкою. Мнѣ приходилось нѣсколько разъ оперировать по этимъ методамъ, и хотя заживленіе получалось полное, но рубецъ не выдерживалъ долго, растягивался, или и разрывался, такъ что успѣха операція не имѣла, на что за послѣднее время указываютъ также уже многіе авторы.

Для наложенія швовъ мы употребляемъ шелкъ или catgut. Проволока оставлена нами уже давно, такъ какъ она особыхъ преимуществъ не представляетъ. Зашивать рану мы начинаемъ по направленію отъ влагалищной части къ мочеиспускательному каналу и накладываемъ поочередно то глубокіе, то поверхностные швы, при глубокихъ швахъ — отступая отъ края раны на 0,5—0,75 см., а при поверхностныхъ — на 0,25 см. При такомъ направленіи наложенія швовъ выпавшая стѣнка мало-по-малу sub operatione вправляется сама собою. При наложеніи глубокихъ швовъ слѣдуетъ также остерегаться не захватывать черезъ-чуръ глубоко ткани, дабы не попасть въ мочевой пузырь.

Если поверхность окровавленія весьма широка, и при наложеніи глубокихъ швовъ можно опасаться образованія многочисленныхъ складокъ, такъ что поверхности раны не будутъ хорошо прилежать другъ къ другу, то за послѣднее время мы примѣняемъ съ большимъ успѣхомъ глубокой непрерывный шовъ изъ catgut'a. Для этой цѣли catgut обрабатывается сначала сулемою (1—1000) въ теченіе сутокъ и прямо изъ этого раствора примѣняется къ дѣлу. Помощью этого глубокаго обвивного шва, проведеннаго только въ одномъ направленіи, слѣдовательно, только въ одинъ этажъ, площадь окровавленія значительно уменьшается; закрѣпивъ концы catgut'a, онъ остается весь въ ранѣ, а остальная часть послѣдней зашивается уже простымъ шелкомъ.

*Schröder* (*l. c. стр. 201*), примѣняя catgut, обработанный въ ol. juniperi, накладываетъ шовъ только изъ него одного въ нѣсколько этажей (2—3), при чемъ и края слизистой оболочки зашиваются имъ же. Заживленіе получается полное, и неудобство снятія швовъ вполне устраняется.

Весьма остроумный и дающій также хорошіе результаты методъ наложенія шва былъ предложенъ проф. *Stolz*'омъ въ

Nancy (*Mundé, l. c. стр. 522*). Производя окривавленіе въ видѣ круга, онъ помощью шелковой лигатуры, снабженной двумя иглами, обкалываетъ всю поверхность окривавленія, какъ кисеть (рис. 45); затянувъ потомъ оба конца лигатуры, получается полное закрытіе раненой поверхности, и части, лежащія ниже ея, образуютъ значительный комокъ тканей, вдающийся въ мочевою пузырь; прилегающія окривавленные поверхности сростаются, и выпаденіе устраняется удовлетворительно. (*Прев. Отчетъ Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 1876 и 1877 г., составл. О. К. Гуленбергеромъ, стр. 202*).

По окончаніи операціи мы присыпаемъ обыкновенно всю зашитую поверхность порошкомъ іодоформа, омывши предварительно наружныя половыя части, и больная переносится въ постель. Теченіе послѣоперационнаго періода обыкновенно безлихорадочно; въ теченіе 2-хъ недѣль больная лежитъ покойно въ постели, и уходъ за нею состоитъ въ томъ, чтобы не позволять скопляться большому количе-

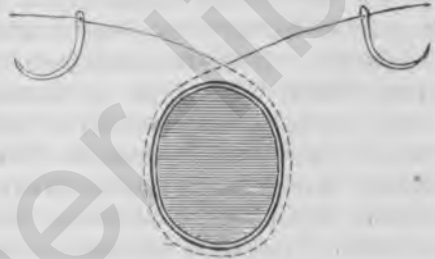


Рис. 45.

ству мочи въ мочевоомъ пузырьѣ и каловыхъ массъ въ прямой кишкѣ. Во-время примѣняемые катетеръ и клистиры изъ комнатной воды обыкновенно устраняютъ вполнѣ удовлетворительно скопившіяся массы. Влагалищныхъ душей обыкновенно мы не дѣлаемъ, и только — если покажутся какія бы то ни было выдѣленія изъ влагалища, тогда назначаются инъекціи изъ растворовъ дезинфицирующихъ средствъ. Швы начинаемъ снимать черезъ двѣ недѣли, и они снимаются мало-по-малу, въ теченіе всей третьей недѣли. Послѣ этого больная отпускается домой съ совѣтомъ еще въ теченіе мѣсяца избѣгать болѣе трудной работы и coitus'a.

**Colporrhaphia posterior.** Я не буду разбирать здѣсь операціи на задней стѣнкѣ влагалища, которыя производятся для излѣченія выпаденія матки и влагалища, и остановлюсь только на одномъ методѣ, который, по моему мнѣнію, вполнѣ умѣстенъ при prolapsus vaginae posterior съ незначительнымъ только descensus uteri, при чемъ и промежность представляется цѣлою, а не открытою рубцомъ вслѣдствіе бывшаго ранѣе разрыва ея.

Случаи, при которыхъ приходится наблюдать prolapsus vaginae posterior безъ того, чтобы наружная половая щель была крайне дрябла и сильно зіяла, представляются далеко не рѣдкими. Мы видимъ обыкновенно значительно утолщенную заднюю стѣнку влагалища въ видѣ языкообразнаго лоскута выпячивающагося изъ наружныхъ половыхъ органовъ; матка при этомъ находится въ

незначительной степени опущения, прямая кишка большею частью не участвует въ процессѣ, и rectocele нѣтъ. Вотъ въ этихъ то случаяхъ удаленіе насколько возможно глубоко и возможно большѣй части выпадающей задней стѣнки нижняго отрѣзка влагалища приноситъ несомнѣнную пользу, во-первыхъ, потому, что излѣчиваетъ выпаденіе ея, и, во-вторыхъ, образованный искусственно рубецъ, сужая нижній отрѣзокъ влагалища и смѣщая заднюю стѣнку кпереди, представляетъ уже значительное препятствіе къ дальнѣйшему развитію опущенія матки. Для этой цѣли въ 1881 г. было предложено *Fritsch*'емъ («*Centralbl. f. Gynaek.*», V, стр. 425) резецировать заднюю стѣнку влагалища, оставляя совершенно нетронутой область промежности. Мнѣ самому приходилось уже много разъ производить эту операцію при подобныхъ же измѣненіяхъ, и результаты получались вполнѣ удовлетворительные.

Операція эта—*colporrhaphia posterior*—производится слѣдующимъ образомъ. Приготовленіе больной и необходимые инструменты тѣ же, что и при *colporrhaphia anterior*. Захлороформировавъ и положивъ больную на операционный столъ въ спинно-ягодичномъ положеніи, пулевыми щипцами захватываютъ выпадающую заднюю стѣнку влагалища и низводятъ ее насколько возможно кпереди и внизъ. На вытянутую такимъ образомъ складку накладывается зажимающій пинцетъ *Sims-Hegar*'а или, вообще, какойнибудь зажимающій инструментъ, причемъ пальцемъ изъ прямой кишки наблюдается за тѣмъ, чтобы не захватить и складку послѣдней. Простыми иглами съ шелковыми лигатурами накладывается нѣсколько швовъ тотчасъ подъ зажимающимъ пинцетомъ, опять-таки подъ контролемъ пальца въ rectum, чтобы не захватить ея слизистой оболочки. Скалпелемъ за одинъ разъ отрѣзывается вся складка вплоть до наложеннаго пинцета подъ нимъ; пинцетъ соскакиваетъ, и мы имѣемъ передъ собою весьма обширную и глубокую рану въ задней стѣнкѣ влагалища, на днѣ которой ясно различается передняя стѣнка прямой кишки. Если бы въ верхнемъ углу раны мы замѣтили пораненіе задняго дугласова пространства, то осложненіе это при нашей современной асептической обстановкѣ не должно насъ особенно тревожить, и мы тотчасъ же должны наложить нѣсколько швовъ изъ catgut'a и закрыть это отверстіе въ брюшинѣ; концы наложенныхъ такимъ образомъ швовъ коротко обрѣзываются, и catgut остается въ глубинѣ раны. Произведенная помощью этой резекціи стѣнки рана иногда весьма сильно кровоточитъ и представляетъ нѣсколько брызжущихъ артерій; быстрымъ завязываніемъ уже наложенныхъ глубокихъ швовъ мы также быстро останавливаемъ это кровотеченіе. Завязавъ уже всѣ наложенные швы, обыкновенно около десяти, мы накладываемъ еще соответствующее число поверхностныхъ швовъ, пока не получимъ полнѣйшей остановки даже самаго минимальнаго кровотеченія. Затѣмъ зашитая поверхность

присыпается іодоформомъ, и больная переносится въ постель. Операція длится около 15—20 минутъ. Послѣоперационное теченіе и уходъ за больной тѣ же, что и при солрогнарніа anterior (стр. 81). Величина куска, удаленнаго изъ задней стѣнки, обыкновенно въ спавшемся состояніи послѣ операціи, равняется приблизительно 6,0 см. въ длину и 4,0 см. въ ширину.

При rectocele и разорванной промежности операція эта не достаточна, и тогда мы должны уже производить солрорегінеогнарнію, методъ производства которой будетъ нами изложенъ въ соотвѣтствующей главѣ.

#### IV. Воспаленія влагалища.

Воспалительные процессы влагалища представляются нашему наблюденію локализованными или въ слизистой оболочкѣ (vaginitis s. colpitis), или же въ окружающей его соединительной ткани (paravaginitis s. paracolpitis).

Воспаленія слизистой оболочки влагалища могутъ быть раздѣлены на воспаленія катарральныя, на воспаленія некротизирующие (дифтеритъ) и на воспаленія флегмонозныя (erysipelas). Дѣленіе это представляется, какъ съ точки зрѣнія клинической, такъ и анатомической, самымъ естественнымъ.

За послѣднее время многіе авторы начинаютъ разсматривать слизистую оболочку влагалища не только, какъ образованіе, стоящее по своему строенію ближе всего къ кожѣ, но и совѣмъ, какъ epidermis (*Fritsch. l. c. стр. 117*), и не допускаютъ, принимая во вниманіе отсутствіе железистыхъ образований, никакихъ физиологическихъ выдѣленій ея, объясняя присутствіе жидкихъ составнымъ частей выдѣленія влагалища протекающею здѣсь слизью изъ канала шейки матки. Ежедневный опытъ однако учитъ насъ совершенно другому; мы можемъ преградить доступъ выдѣленіямъ изъ матки во влагалище, помощью хотя бы такъ называемаго пробнаго тампона *Schultze* или простого сухого ватнаго тампона, и при этомъ наблюдать, что и стѣнки влагалища отдѣляютъ сами по себѣ извѣстнаго рода секретъ, состоящій изъ незначительнаго количества жидкихъ составныхъ частей съ громадною примѣсью отслаивающихся эпителиальныхъ клѣтокъ поверхностныхъ слоевъ влагалищнаго эпителія. Это явленіе ни сколько не стоитъ въ противорѣчій съ тѣмъ, что извѣстно, вообще, о всѣхъ слизистыхъ оболочкахъ; мы упомянемъ только о значительной проходимости эпителиальнаго покрова для различнаго рода веществъ, какъ съ поверхности его при всасываніи



(для влагалища, напр., іодистый калий. — *И. Смольскій* — «*О всасываніи іодистаго калия влагалищемъ*», СПб., 1878), такъ и изъ кровяного тока на его поверхность; эти вещества проходятъ отчасти между эпителіальными клѣтками, отчасти же сквозь нихъ самихъ. (*Ziegler. «Lehrbuch der pathologischen Anatomie», III издание, 1884, стр. 216.*) И такъ, имѣя передъ собою выдѣленіе секрета влагалища въ увеличенномъ количествѣ и исключая случаи усиленнаго его выдѣленія при извѣстныхъ физиологическихъ процессахъ (менструальный приливъ, беременность), мы имѣемъ патологическое явленіе, извѣстное подъ именемъ катарра слизистой оболочки.

Съ этой точки зрѣнія, а также и вслѣдствіи того, что полное отсутствіе железъ во влагалищѣ не можетъ еще считаться вполне доказаннымъ, катарральныя формы кольпитовъ имѣютъ полный *raison d'être* фигурировать въ классификаціи воспаленій слизистой оболочки влагалища.

### 1) *Vaginitis catarrhalis.*

Воспаленіе слизистой оболочки влагалища, съ болѣе или менѣе значительно увеличеннымъ въ количествѣ и различно качественно измѣненнымъ выдѣленіемъ его, представляется далеко не рѣдкимъ заболѣваніемъ. Влагалищныя *leucorrhoea*, *blennorrhoea* и *pyorrhoea* суть припадки, съ которыми приходится встрѣчаться чуть не ежедневно. Острая и хроническая форма этихъ вагинитовъ такъ постепенно и въ теченіе иногда столько долгаго времени переходятъ одна въ другую, причѣмъ при хроническомъ теченіи приходится наблюдать анатомическія измѣненія на столько остро выраженными, что строгое дѣленіе ихъ возможно только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, и поэтому нельзя не согласиться съ *Schröder*'омъ (I. с. стр. 490), что при изложеніи этого заболѣванія не слѣдуетъ держаться строгаго дѣленія ихъ на острую и хроническую форму.

**Патологическая анатомія.** Слизистая оболочка воспаленнаго влагалища (*vaginitis simplex*) представляется или повсемѣстно, или же только большими или меньшими участками утолщенною сочною, гиперемированною, окрашенною въ интенсивный красный цвѣтъ. *Columnae rugarum* и нормальныя складки слизистой оболочки также припухли, гребни ихъ закруглены и самыя выступающія ихъ части нерѣдко окрашены въ рѣзкій темнокрасный цвѣтъ; уже простымъ глазомъ въ извѣстныхъ участкахъ влагалища, особенно часто въ его заднемъ сводѣ, видна точечная краснота; эти красныя точки слегка, а иногда и весьма значительно возвышаются надъ поверхностью; при изслѣдованіи пальцемъ онѣ обуславливаютъ большую или меньшую шероховатость поверхности слизистой оболочки; при незначительномъ на-

силіи изслѣдующимъ пальцемъ или введеннымъ зеркаломъ онѣ легко кровоточатъ. Въ болѣе затянувшихся случаяхъ воспаленія, мы находимъ, что стѣнки влагалища еще болѣе утолщаются, дѣлаются дряблыми, легко ложатся въ болѣе грубыя складки; на слизистой оболочкѣ развиваются пигментациі сѣраго или асиднаго цвѣта, болѣе или менѣе разлитыя, или же болѣе ограниченныя, придающія всей поверхности пестрый видъ, сравниваемый съ тигровою кожею («getigert»). Гиперемія ея принимаетъ еще болѣе участковый характеръ; сосочки слизистой оболочки, при весьма интенсивно выраженныхъ вагинитахъ, еще болѣе увеличиваются, прощупываются въ формѣ узелковъ (noduli, granula), достигающихъ величины чечевичнаго зерна (vaginitis granulosa).

При вагинитахъ гонорройнаго происхожденія нерѣдко наблюдается развитіе характерныхъ для этого зараженія острыхъ кондиломъ (vaginitis gonorrhoeica condilomatosa), располагающихся группами, чаще на передней стѣнкѣ влагалища, чѣмъ на задней, и при томъ чаще въ переднемъ сводѣ.

Иногда также уже простымъ глазомъ на воспаленной поверхности слизистой оболочки удается наблюдать развитіе маленькихъ группъ весьма мелкихъ герпетическихъ пузырьковъ (vaginitis herpetica s. vesiculosa), наполненныхъ свѣтлою, прозрачною жидкостью.

При всѣхъ этихъ формахъ слизистая оболочка покрыта обыкновенно слоемъ усиленно продуцируемаго выдѣленія ея, имѣющаго, смотря по большому или меньшему присутствію гнойныхъ элементовъ, то характеръ почти серозной жидкости, то чисто гнойной. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, не смотря на крайне рѣзко выраженную красноту и воспалительныя явленія, слизистая оболочка влагалища представляется почти совершенно сухою (vaginitis sicca).

Микроскопическія изслѣдованія, произведенныя какъ на трупахъ, такъ и на кусочкахъ слизистой оболочки влагалища, вырѣзанныхъ для этой цѣли у больныхъ, разъясняютъ намъ характеръ и детали даннаго заболѣванія. При colpitis simplex обыкновенно находятъ эпителиальный слой въ различныхъ мѣстахъ разнообразно утолщеннымъ, наружная поверхность при этомъ остается гладкою (см. рис. 46). (Ruge. «Ueber die Anatomie der Scheidenentzündung». «Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.», IV, 1879, стр. 143.) На мѣстахъ, гдѣ эпителий менѣе утолщенъ, сосочки представляются увеличенными и подлежащая ткань въ состояніи клѣточковой инфильтраціи. Такая гвѣздная инфильтрація соединительной ткани слизистой оболочки обуславливаетъ мѣстныя увеличенія ея въ объемѣ, вдающіяся въ эпителиальный слой и истончающія его; при этомъ поверхность его остается еще гладкою, и сосочки, увеличенные въ объемѣ и помѣщающіеся на сильно инфильтрированномъ подсосочковомъ слоѣ, подходятъ почти къ са-

мой поверхности, истончая эпителиальный слой, но еще не проминируют надъ нею. Шагъ дальше, при болѣе интенсивномъ воспаленіи, и мы видимъ уже развитіе *colpitis granulosae*. Эпителиальный слой также утолщенъ вслѣдствіе разрастанія клѣтокъ его болѣе глубокихъ слоевъ; сосочки также увеличиваются и мѣстами проникаютъ почти до наружной поверхности эпителия. Подсосочковый слой сильно инфильтрированъ индифферентными клѣтками, сосуды его гиперемированы; инфильтрація располагается преимущественно по сосудамъ и представляетъ мѣстныя, особенно рѣзко выраженные скопленія. Надъ этими скопленіями, лежащими въ подсосочковомъ слоѣ и обуславливающими мѣстныя припуханія, эпителиальный слой приподымается и истончается; сосочки же, сидящіе надъ такого рода припухшимъ мѣстомъ, обыкновенно утолщаются, дѣлаются плоские, эпителиальныя межсосочковыя пространства истончаются все болѣе и болѣе, такъ



Рис. 46.

что, наконецъ, значительно утолщенные и сдѣлавшіеся совершенно плоскими сосочки сливаются другъ съ другомъ, образуя такимъ образомъ вмѣстѣ съ припухшимъ подсосочковымъ участкомъ ткани одно цѣлое (рис. 47).

Итакъ, мы находимъ значительное припуханіе подъ-эпителиальной ткани, довольно рѣзко ограниченное, сильно проминирующее надъ поверхностью слизистой оболочки, покрытое только весьма тонкимъ слоемъ эпителия и содержащее сильно переполненные кровью сосуды, и оттого рѣзко окрашенное; рядомъ съ такимъ кровенеполненіемъ замѣчаются также и мѣстные экстрavasаты. Эта гнѣздная воспалительная припухлость и составляетъ то, что называютъ *granula*, *nodulus*, и, какъ мы видѣли, можетъ развиваться на любомъ мѣстѣ слизистой оболочки, вслѣдствіе мѣстной воспалительной инфильтраціи. Нѣкоторые авторы хотѣли видѣть въ этомъ увеличеніе уже нормально заложенныхъ въ стѣнки влагалища лимфатическихъ фолликуловъ, откуда и названіе этой формы *vaginitis follicularis*.

Но такъ какъ ни для нормальнаго влагалища нельзя еще считать доказаннымъ присутствіе лимфатическихъ фолликуловъ, ни въ патологическихъ случаяхъ еще не опровергнуть чисто воспалительный характеръ этихъ инфильтрацій, то мы и должны считать *vaginitis follicularis* однимъ изъ синонимовъ *vaginitidis granulosae* s. *granularis*. — Эти *granula* при изслѣдованіи простымъ глазомъ, когда они еще не особенно сильно проминируютъ надъ поверхностью, будучи окрашены въ интенсивный красный цвѣтъ и весьма рѣзко отдѣляясь отъ окружающихъ ихъ частей, очень часто давали поводъ признавать существованіе эпителиальныхъ эрозій; но, какъ показываютъ микроскопическія изслѣдованія, они всегда въ этотъ періодъ своего развитія покрыты еще тон-



Рис. 47.

кимъ слоемъ эпителия, и, слѣдовательно, никакой эрозіи, т. е. обнаженія соединительной ткани, вслѣдствіе мѣстной потери эпителия, мы передъ собою не имѣемъ. При извѣстномъ ростѣ и интенсивности процесса, въ этихъ мѣстныхъ клѣточковыхъ инфильтраціяхъ развивается некробіозъ: лежащіе болѣе центрально клѣточные элементы мелкозернисто распадаются, и на такой *granula* мы видимъ образованіе центрального вдавленія (*umbro*); еще шагъ дальше — и некробизировавшееся содержимое извергается наружу, и мы наблюдаемъ уже появленіе отверстія на мѣстѣ центрального вдавленія.

*Vaginitis herpetica* s. *vesiculosa* представляетъ мѣстныя скопленія жидкаго экссудата въ эпителиальномъ слое, или между нимъ и сосочковымъ слоемъ; эти скопленія обусловливаютъ развитіе маленькихъ пузырьковъ, видимымъ простымъ глазомъ.

При инфекціонныхъ формахъ влагалищнаго катарра, развивающихся при зараженіи трипернымъ ядомъ, анатомическая картина заболѣванія совершенно тождественна съ *colpitis simplex et granulosa*. Въ болѣе затянувшихся случаяхъ нерѣдко находятъ также развитіе острыхъ кондиломъ; онѣ представляются состоящими изъ молодой соединительной ткани (рис. 48), поверхность ихъ покрыта эпителиемъ, вѣдряющимся мѣстами глубоко въ ткань и обуславливающимъ образованіе сосочковъ; обыкновенно онѣ весьма богаты растянутыми кровью сосудами, что и придаетъ имъ характерную для нихъ яркочерную окраску и крайнюю кровоточивость даже при легкомъ прикосновеніи. Развитіе *condi-  
lomata acuminata* во влагалищѣ встрѣчается иногда въ весьма



Рис. 48. (Heitzmann)

значительномъ количествѣ, такъ что вся почти слизистая оболочка можетъ быть занята ими, и просвѣтъ влагалища представляется какъ бы выполненнымъ ими. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ онѣ въ какомъ нибудь обособленномъ участкѣ слизистой оболочки могутъ разрастаться до величины значительныхъ опухолей, такъ *Fritsch* удалилъ подобную папиллону, достигавшую величины яблока.

Какъ мы уже видѣли выше, при долгомъ теченіи воспаленія слизистой оболочки влагалища въ ней образуются отложенія пигмента, или въ видѣ пятенъ, или же болѣе диффузно, такъ что она вся принимаетъ аспидный цвѣтъ. Зернышки пигмента наблюдаются помѣщающимися въ клѣткахъ эпителия и притомъ въ его болѣе глубокихъ слояхъ. При пятнистой формѣ, мѣста скопленія пигмента обыкновенно соотвѣтствуютъ бывшимъ *granula*.

Весьма рѣдко при разбираемыхъ нами измѣненіяхъ развиваются язвенныя поверхности, вслѣдствіе того, что эпителий, покрывающій воспаленные участки, мало-по-малу истончаясь, пропадаетъ, наконецъ, совершенно, и воспаленная ткань обнажается. Результатомъ такихъ обнаженій нерѣдко развиваются сращенія между этими обнаженными поверхностями (*vaginitis ulcerosa adhaesiva*). Особенно часто подобный процессъ приходится наблюдать во влагалищѣ старухъ (*vaginitis vetularum*). Извѣстно, что у нихъ въ нормальномъ состояніи слой эпителия представляется уже гораздо тоньше, чѣмъ у женщинъ болѣе

молодыхъ, и нерѣдко толщина его равняется только одной трети нормальной. При воспаленіи, развивающемся по типу *vaginitidis granulosaе*, замѣчаются также разсѣянные участки (рис. 49), но далеко не такого значительнаго объема, какъ при *vaginitis granulosa*; они слегка только проминируютъ надъ поверхностью и весьма часто представляютъ свою поверхность эродированною. Микроскопъ показываетъ тѣ же мѣстныя воспалительныя инфильтраціи, только весьма часто лишеныя на ихъ поверхности эпителія. Результатомъ такихъ язвенныхъ, воспаленныхъ поверхностей, наблюдается нерѣдко у старухъ, какъ мы уже сказали, развитіе сращеній во влагалищѣ и въ особенности въ его сводахъ съ влагалищною частью матки.

**Этіологія.** Причины, обуславливающія развитіе воспаления слизистой оболочки, обыкновенно вводятся во влагалище или изъ



Рис. 49.

внѣшняго міра черезъ *introitus vaginae*, или же проникаютъ изъ сосѣднихъ органовъ. Раздражители эти представляются различныхъ родовъ: они могутъ быть механическими, термическими, химическими и инфекціонными. Такъ различнаго рода инсульты, которымъ подвергается влагалище при различныхъ манипуляціяхъ съ терапевтическою цѣлью, иногда при благопріятныхъ къ тому условіяхъ могутъ вызвать интенсивныя воспаленія; мы укажемъ здѣсь только на присутствіе во влагалищѣ въ теченіе извѣстнаго періода времени различныхъ влагалищныхъ колець и тампоновъ; къ механическимъ причинамъ мы должны отнести также и онанизмъ, производимый различнаго рода инородными тѣлами, а также и *coitus* въ случаяхъ, когда существуетъ извѣстная степень несоразмѣрности въ величинѣ половыхъ органовъ. Подъ вліяніемъ черезъ-чуръ горячихъ или чрезмѣрно холодныхъ влагалищныхъ инъекцій наблюдалось также иногда развитіе *vaginitidis* въ весьма интенсивной формѣ. Точно также, употребляемыя

при этомъ дезинфицирующія вещества, по ошибкѣ взятыя въ большемъ, чѣмъ слѣдуетъ, количествѣ (Ac. carbol.), производя сильныя и обширныя прижиганія, обуславливаютъ воспаленіе слизистой оболочки, сопровождаемое иногда обширными язвенными процессами.

Одною изъ самыхъ частыхъ причинъ, наконецъ, представляется зараженіе трипернымъ ядомъ; обыкновенно развивающееся вслѣдъ за этимъ воспаленіе не бываетъ ограничено только влагалищемъ, но наблюдается также въ наружныхъ половыхъ частяхъ (vulvitis), въ мочеиспускательномъ каналѣ (urethritis) и въ шейкѣ матки. Можетъ-ли само влагалище заболѣвать подъ вліяніемъ этого зараженія первично, или только на него переходитъ воспаленіе изъ матки или съ наружныхъ половыхъ частей, этотъ вопросъ въ настоящее время долженъ еще считаться открытымъ, такъ какъ существуютъ діаметрально противоположныя относительно этого мнѣнія (*Bumm, Martineau*). Мнѣ самому, впрочемъ, приходилось наблюдать случаи гоноройнаго вагинита въ началѣ его развитія, причемъ ни шейка матки, ни слизистая оболочка наружныхъ половыхъ частей и мочеиспускательнаго канала еще не были вовлечены въ процессъ, и только черезъ нѣсколько дней и онѣ представляли ясныя признаки воспаленія.

Общія инфекціонныя формы заболѣваній могутъ также иногда обуславливать развитіе тяжелыхъ формъ вагинита, какъ мы это увидимъ при изложеніи дифтеритическихъ процессовъ слизистой оболочки влагалища. Нельзя также отвергать возможности развитія острыхъ формъ воспаленія влагалища при различнаго рода простудахъ, купаньѣ въ холодной водѣ во время регуль или мѣстномъ значительномъ охлажденіи ногъ въ это же время.

Мы уже видѣли, что гоноройное воспаленіе можетъ распространяться на влагалище или сверху изъ матки, или снизу со входа во влагалище; точно также и всякаго иного рода воспаленіе можетъ идти этими путями. Особенно часто представляется возможность къ распространенію воспаленія со стороны матки: такъ при существованіи различнаго рода опухолей и особенно раковъ въ маткѣ, выдѣленія, обуславливаемые ими, попадаютъ прямо во влагалище и, благодаря своимъ разъѣдающимъ свойствамъ, производятъ значительныя измѣненія на слизистой оболочкѣ влагалища. Гораздо чаще еще мы можемъ наблюдать, какъ выдѣленія изъ матки или менструальная кровь, задерживаясь во влагалищѣ и загнивая, дѣлаются причиною развивающагося вагинита.

Съ сосѣднихъ органовъ, какъ съ прямой кишки, такъ и со стороны мочевого пузыря, также могутъ быть даны условія для развитія воспаленія влагалища; такъ при фистулахъ, какъ кишечно-влагалищныхъ, такъ и пузырно-влагалищныхъ, содержимое прямой кишки или мочевого пузыря обуславливаетъ весьма

часто интенсивныя воспалительныя явленія въ слизистой оболочкѣ влагалища, особенно содержимое прямой кишки. Заходящія иногда чрезъ заднепроходное отверстіе въ introitus vaginae и во влагалище экземплеры oxuris производятъ значительное раздраженіе, сопровождаемое сильнымъ зудомъ, для уничтоженія котораго предпринимаемыя больными манипуляціи въ свою очередь даютъ поводъ къ развитію вагинита.

Содержимое вскрывающихся иногда во влагалище околоматочныхъ нарывовъ или мѣшковъ внѣматочной беременности, если ихъ содержимое находится въ состояніи разложенія, представляютъ также причину упорно длящихся воспаленій влагалища; точно также и производимыя иногда дренажированія полости различнаго рода образованій чрезъ влагалище при извѣстномъ характерѣ ихъ содержимаго играютъ въ этиологіи вагинита не послѣднюю роль. Наконецъ, воспалительные процессы, гнѣздящіяся въ septum recto-vaginale или vesico-vaginale могутъ иногда per contiguitatem вызывать болѣе или менѣе сильное воспаление слизистой оболочки влагалища.

Почти всѣ вышеприведенныя производящія причины сами по себѣ могутъ и не вызывать воспаленія влагалища, и для того, чтобы оно развилось, необходимы обыкновенно еще обстоятельства благоприятствующія. Для примѣра я укажу на различнаго рода травмы, которыя мы наносимъ влагалищу при различнаго рода нашихъ врачебныхъ манипуляціяхъ и операціяхъ; всѣ онѣ остаются безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій, и воспаленія слизистой оболочки мы не наблюдаемъ никогда, потому что производимъ ихъ при строгой антисептикѣ. Тѣ же манипуляціи и операціи, производящіяся безъ извѣстнаго рода предосторожностей, бывали уже не разъ причиной развитія весьма интенсивныхъ формъ различнаго рода вагинитовъ. И такъ, чтобы вредоносная причина, подѣйствовавъ на слизистую оболочку влагалища, вызвала стойкую форму ея воспаленія, необходимо кромѣ того занесеніе еще далеко не вполне извѣстныхъ намъ веществъ. И дѣйствительно, мы видимъ, на примѣръ, какъ различенъ можетъ быть характеръ измѣненій, вызываемыхъ механическою причиною; такъ пессарій, введенный во влагалище, обуславливаетъ иногда разлитой, рѣзко выраженный вагинитъ, сопровождаемый общими бурными явленіями, тогда какъ въ другомъ случаѣ тотъ-же пессарій, раздражая только механически прилежащія ткани, обуславливаетъ разрастаніе ихъ до такой степени, что онъ инкапсулируется ими, не причиняя при этомъ почти никакихъ припадковъ, которые обращали-бы на себя вниманіе больной.

То же самое можно наблюдать и при вагинитахъ, развивающихся вслѣдъ за извѣстной степенью задержки сгустковъ менструальной крови во влагалищѣ; иногда эти сгустки абсолютно



зевредны, другой же разъ быстро развивается воспаленіе слизистой оболочки.

Женщины, обладающія старымъ разрывомъ промежности и имѣющія значительно зіяющую половую щель, даютъ возможность наблюдать, вслѣдствіе болѣе свободнаго доступа воздуха (пыли), чаще развитіе подобнаго рода катарровъ влагалища. Съ другой стороны, для того, чтобы состоялось воспаленіе слизистой оболочки, необходимы также иногда и извѣстныя условія со стороны ея самой. Извѣстно, что однѣ и тѣ же причины, подѣйствовавъ въ одномъ случаѣ, не вызываютъ никакихъ измѣненій, въ другомъ же обуславливаютъ полную картину заболѣванія. Въ этихъ случаяхъ мы должны обращать вниманіе на причины мѣстныя и общія. Къ мѣстнымъ причинамъ мы относимъ измѣненія самой слизистой оболочки, вслѣдствіе или незначительныхъ поврежденій ея эпителиальнаго покрова, или же ранѣе уже бывшихъ заболѣваній, также присутствіе венозныхъ застойныхъ кровопереполненій, вслѣдствіе развитія опухолей въ сосѣднихъ органахъ, въ полости малаго таза, или также вслѣдствіе привычныхъ значительныхъ скопленій кала.

Такого же рода измѣненія въ слизистой оболочкѣ развиваются иногда и подѣ влияніемъ общихъ причинъ, каковы беременность, послѣродовой періодъ и менструальный приливъ; при этомъ мы замѣчаемъ въ совершенно нормальномъ состояніи развивающимися чрезмѣрныя выдѣленія, сохраняющія свой нормальный характеръ и измѣняющіяся только въ количествѣ (*hypersecretio*). Достаточно уже только малѣйшей изъ упомянутыхъ нами этиологическихъ причинъ, чтобы эта гиперсекреція превратилась въ патологическую и дала бы картину катарральнаго воспаленія влагалища. То же самое наблюдается и при болѣзняхъ сердца и печени, когда влагалище представляется въ состояніи иногда весьма рѣзко выраженный пассивной гипереміи. Нѣкоторыя общія заболѣванія, какъ напр. хроническая анемія, *chlorosis*, *scrofulosis*, *diabetes*, *alcoholismus* (*M. Duncan. — «Clinical lectures on the diseases of women», London, 1883, стр. 156*) обуславливаютъ особую восприимчивость, съ которою слизистая оболочка полового канала относится ко всякаго рода раздраженіямъ. Эти раздраженія могутъ быть настолько незначительны, что легко ускользаютъ отъ нашего наблюденія, и вагиниты приобрѣтаютъ характеръ заболѣваній, развивающихся *spontaneo modo*—самопроизвольно. Такъ *Martineau* («*Leçons sur la vaginite non blenorragique*», *Paris, 1884*) считаетъ эти формы за конституціональныя и дѣлитъ ихъ на *vaginite scrofulense*, *arthritique* и *herpétique*.

Слизистая оболочка влагалища по своему анатомическому строенію, какъ извѣстно, болѣе всего подходитъ къ строенію

кожи, и поэтому на ней мы можем встрѣчать иногда формы заболѣванія, присущія этой послѣдней. Такъ при развитіи pemphigus'a на кожѣ *Kleinwächter* (*Pemphigus vaginae*, «*Prag. Med. Wochenschr.*», 1878, № 6) наблюдали въ одномъ случаѣ *vaginitis vesiculosa*, лопнувшіе пузырьки которой представляли большое сходство съ таковыми же на кожѣ. — *Martineau* приводит свое наблюденіе надъ случаемъ *urticariae* у больной, страдавшей приблизительно въ теченіе трехъ лѣтъ, и на слизистой оболочкѣ влагалища которой онъ несомнѣнно могъ видѣть развитіе этой-же сыпи.

**Припадки и объективное изслѣдованіе.** Въ свѣжихъ случаяхъ болѣе интенсивныхъ формъ вагинитовъ больныя обыкновенно жалуются на довольно сильную боль въ нижней части живота и особенно на ощущеніе жженія въ области половыхъ органовъ; при этомъ онѣ ощущаютъ извѣстную степень сухости ихъ, причиняющую значительное безпокойство. Боли эти, усиливаясь, иррадируютъ въ малый тазъ и усиливаются при ходьбѣ; наконецъ, всякая попытка къ движенію можетъ быть весьма тягостна для больной, и она должна покойно лежать въ постели.

Другой главный симптомъ воспаления слизистой оболочки влагалища суть бѣли — влагалищныя выдѣленія. Въ самомъ началѣ воспаленія онѣ обыкновенно безцвѣтны, жидки, а затѣмъ, дѣлаясь все гуще и бѣлѣе, принимаютъ иногда характеръ чисто гнойныхъ отдѣленій, цвѣтъ ихъ становится также желтымъ и иногда зеленоватымъ. Количество бѣлей индивидуально различно. На бѣлѣ онѣ оставляютъ какъ бы накрахмаленныя пятна различнаго цвѣта, смотря по ихъ характеру. Чтобы ближе изслѣдовать эти влагалищныя выдѣленія, необходимо, хорошо вытирая ватю, удалить все скопившееся уже содержимое влагалища и затѣмъ, зажививши отверстіе матки тампономъ, собрать ихъ такимъ образомъ безъ примѣси продуктовъ слизистой оболочки матки и ея шейки.

Влагалищныя бѣли всегда реакціи кислой и интенсивно красятъ синюю лакмусовую бумажку въ красный цвѣтъ. Изслѣдуя ихъ подъ микроскопомъ, находимъ значительное количество плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ влагалища, какъ отслаивающихся съ самыхъ поверхностныхъ слоевъ, такъ иногда и болѣе глубокихъ, болѣе молодыхъ, овальной или поліэдрической формы съ зернистой протоплазмой и хорошо различимымъ пузырькообразнымъ ядромъ; рядомъ съ этими клѣтками иногда въ изобиліи встрѣчаются мигрировавшіе бѣлые кровяные шарики — гнойныя тѣльца; въ весьма рѣзко выраженныхъ воспаленіяхъ нерѣдко встрѣчается и примѣсь красныхъ кровяныхъ шариковъ. Между этими клѣточными элементами въ полѣ микроскопа различаются массы различныхъ кокковъ, бактерій и вибрионовъ; изъ нихъ особенно заслуживаетъ нашего вниманія при разбираемомъ процессѣ

gonococcus, наблюдающийся главнымъ образомъ въѣдрившимся въ гнойныя клѣтки. Какъ мы увидимъ ниже, присутствіе его весьма важно при діагнозѣ гонорройнаго воспаленія влагалища. Весьма скоро и удобно опредѣлить его присутствіе въ бѣляхъ влагалища слѣдующей несложной обработкой. Свѣже полученная капля изъ выдѣленія влагалища иглой или кончикомъ скальпеля только размазывается на объективномъ стеклышкѣ и до-суха высушивается на спиртовой или газовой лампѣ; затѣмъ на это высохшее пятно пускается капля воднаго раствора фуксина или шафрана и черезъ нѣсколько минутъ снова тѣмъ-же порядкомъ высушивается. Приготовивъ и окрасивъ такимъ способомъ препаратъ онъ прямо безъ покровнаго стеклышка изслѣдуется масляною иммерзійною системою. Обработка эта дѣлаетъ возможнымъ вполне ясно видѣть зерна гонококковъ, и притомъ, не требуя много времени, весьма пригодна для опредѣленія ихъ у постели больныхъ. — Въ случаяхъ затянувшихся и особенно у беременныхъ нерѣдко приходится наблюдать въ выдѣляемомъ влагалища *trichomonas vaginalis* (рис. 50), не имѣющаго впрочемъ особаго значенія въ патогенезѣ заболѣванія.



Рис. 50.

Больныя, обращающіяся къ намъ уже съ застарѣлыми формами воспаленія, представляютъ иногда замѣчательное, почти полное отсутствіе жалобъ на боли и бѣли, и только при изслѣдованіи мы находимъ большее или меньшее количество жидкаго, слегка зеленоватаго выдѣленія влагалища; въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко, несмотря на могущую быть точно доказанною анамнезомъ этиологию зараженія триппернымъ ядомъ, мы не находимъ и слѣда гонококковъ.

Больныя, страдающія значительнымъ выдѣленіемъ изъ влагалища, при столь часто встрѣчающемся недостаточномъ уходѣ за собою, представляютъ нерѣдко уже довольно сильную степень разложенія этой жидкости: она начинаетъ издавать сильный sui generis запахъ и сильно раздражаетъ наружные половые органы, такъ что обуславливаетъ развитіе въ большей или меньшей степени воспаленія ихъ (*vulvitis*). Наружныя половыя части при этомъ распухаютъ, дѣлаются красными и весьма болѣзненными. Затрудненіе при ходьбѣ еще болѣе значительно, каждое треніе одной губы о другую вызываетъ сильную боль; больныя едва двигаются, широко разставляя при этомъ ноги. На внутренней поверхности большихъ губъ и на малыхъ нерѣдко наблюдается развитіе группъ пузырьковъ *herpes'a*.

Иногда воспаленіе переходитъ и на мочеиспускательный каналъ, но почти исключительно только при зараженіяхъ трипперомъ. Къ указаннымъ жалобамъ больныхъ присоединяется

еще жалоба на боль при мочеиспускании, и притомъ, если urethra не поражена и имѣется только воспаленіе наружныхъ половыхъ частей, то онѣ жалуются всегда на боль не при самомъ началѣ, не въ моментъ прохожденія мочи по мочеиспускательному каналу, но только тогда, когда моча придетъ въ соприкосновеніе съ воспаленными наружными половыми частями. Въ случаяхъ же gonorrhoeae при urethritis gonorrhoeica боль ощущается уже при самомъ началѣ мочеиспусканія, при прохожденіи мочи по мочеиспускательному каналу. Эта двоякаго рода болѣзненность, ощущаемая больными при мочеиспусканіи, весьма точно ими различается, и при надлежащемъ разспросѣ онѣ обыкновенно весьма точно указываютъ на мѣсто нахождения боли.

Сильно выраженные воспаленія слизистой оболочки могутъ не рѣдко сопровождаться и общими явленіями. Температура тѣла повышается (до 39°), лихорадка длится нѣсколько дней, больные теряютъ аппетитъ.

Абстрагируя измѣненія влагалища при беременности и при различнаго рода осложненіяхъ, и изслѣдуя объективно чистые случаи вагинитовъ, мы обыкновенно находимъ слѣдующую картину заболѣванія. Раздвигая наружные половые органы, всегда уже замѣчается между ними известное скопленіе различнаго вида и качества влагалищныхъ выдѣленій; у больныхъ нечистоплотныхъ части половыхъ органовъ, покрытыя волосами, представляютъ образованіе различной величины корокъ, вслѣдствіе засыханія приставшихъ бѣлей къ этимъ частямъ. Бѣли представляются относительно жидкими, не студенистыми и не тянущимися въ нити. Нупенъ обыкновенно также красенъ, воспаленъ, весьма чувствителенъ при дотрогиваніи. Изслѣдованіе влагалища пальцемъ также болѣзненно, особенно если болѣе сильно пораженъ нижній отрѣзокъ его, такъ что нерѣдко наблюдается спазмъ мышцы входа во влагалище; иногда же эта болѣзненность такъ сильна, что внутреннее изслѣдованіе совершенно невозможно. Влагалище на ощупь горячо, складки и гребни его рѣзко выдаются, мѣстами они какъ-бы посѣяны пескомъ, «шагренированы», вслѣдствіе мѣстныхъ гнѣздныхъ воспалительныхъ фокусовъ; эти возвышенія въ случаѣ colpitis granulosaе бываютъ значительной величины и опредѣляются по преимуществу въ заднемъ сводѣ и болѣе рѣдко въ переднемъ. Стѣнки влагалища иногда утолщены болѣе значительно, вслѣдствіе вовлеченія въ процессъ и соединительной ткани влагалища.

Чтобы хорошо сдѣлать доступными глазу измѣненія слизистой оболочки, необходимо примѣненіе зеркаль. Съ этою цѣлью мы можемъ примѣнить зеркало Фергюсона, зеркало Cusco, или же и ложкообразныя зеркала. Неудобство въ данномъ случаѣ при ихъ примѣненіи — это значительная болѣзненность, вызываемая введе-

ніемъ ихъ. Такъ какъ при извѣстномъ навыкѣ стѣнки влагалища могутъ быть достаточно хорошо видимы при примѣненіи все равно котораго изъ зеркалъ, то мы предпочитаемъ обыкновенно зеркало Cusco, такъ какъ оно, имѣя въ закрытомъ видѣ значительно меньшую величину (рис. 51), при своемъ введеніи причиняетъ гораздо менѣе болѣзненныхъ ощущеній. Осторожно пройдя входъ во влагалище, его слѣдуетъ проводить уже насколько можно болѣе глубоко, затѣмъ, раскрывая его створки, мы обнажаемъ верхнюю часть влагалища, и затѣмъ, постепенно выводя зеркало, что уже причиняетъ гораздо меньшую болѣзненность, мы можемъ видѣть все протяженіе влагалища. Передъ введеніемъ зеркала при такомъ воспаленіи влагалища не слѣдуетъ никогда забывать практическаго совѣта предупредить больную, что по окончаніи



Рис. 51.

ислѣдованія можетъ показаться незначительное истеченіе крови; необходимо это вслѣдствіе могущихъ произойти нарѣканій на врача за его неловкость и грубость при изслѣдованіи, якобы повлекшихъ за собою даже разрывъ во влагалищѣ.

Сдѣлавъ доступнымъ зрѣнію стѣнки влагалища, необходимо тщательно удалить кусочками ваты избыточно ихъ покрывающее, иногда гнойное выдѣленіе; тогда только можно уже ясно различать и болѣе мелкія измѣненія. Краснота влагалища, или сплошная, или чаще участками, бываетъ иногда весьма интенсивно выражена. Особенно рѣзко бросаются въ глаза красныя полосы по верхушкамъ гребней, и на нихъ также

еще можно различать болѣе мелкіе островки болѣе интенсивнаго темнокраснаго окрашиванія. Ощущаемыя при изслѣдованіи пальцемъ *granula* представляются намъ въ формѣ болѣе или менѣе проминирующихъ надъ поверхностью узелковъ, также иногда весьма рѣзко окрашенныхъ въ красный цвѣтъ. Иногда на самой возвышенной ихъ части наблюдаются, какъ мы уже видѣли при изученіи ихъ анатомическаго строенія, незначительныя центральныя вдавленія, дающія съ дальнѣйшимъ теченіемъ времени поводъ къ образованію маленькихъ (см. стр. 87) отверстій, въ которыя иногда удается ввести тонкую щетинку, проходящую при этомъ на нѣсколько миллиметровъ вглубь. Кромѣ весьма интенсивныхъ мѣстныхъ островкообразныхъ гиперемій, замѣчаются и большей или меньшей величины экстравазаты въ слизистой оболочкѣ. Выдвигая мало-по-малу зеркало, нерѣдко приходится наблюдать

незначительныя кровотеченія изъ особенно сильно гиперемированныхъ мѣстъ, происходящія весьма легко подъ влияніемъ травмы зеркала. Весьма скоро, уже во время изслѣдованія, воспаленная поверхность слизистой оболочки снова покрывается слоемъ гноевидной жидкости.

При воспаленіяхъ, гнѣздящихся по преимуществу въ верхнихъ отрѣзкахъ влагалища, *portio vaginalis uteri* обыкновенно также вовлекается въ процессъ, и ея наружная поверхность имѣющая, какъ извѣстно, строеніе, вполнѣ аналогичное слизистой оболочкѣ влагалища, представляетъ совершенно подобныя же измѣненія: мы наблюдаемъ ту же припухлость и ту же красноту, большею частью участковую; *orificium externum* и внутренняя поверхность нижняго отдѣла канала шейки могутъ представляться въ чистыхъ случаяхъ не измѣненными.

Иногда и въ случаяхъ довольно интенсивно выраженныхъ вагинитовъ мы видимъ присутствіе пузырьковъ *herpes'a* на слизистой оболочкѣ влагалища. Пузырьки эти, будучи проколоты иглою, даютъ обыкновенно серозную прозрачную жидкость.

Случаи вагинитовъ, затянувшихся на болѣе долгое время и иногда имѣющихъ весьма длительное теченіе, представляютъ слизистую оболочку влагалища уже гораздо менѣе интенсивно окрашенную, но также сохраняющую свою участковую окраску; мѣстами она аспиднаго или сѣраго цвѣта, вслѣдствіе отложенія пигмента; ткань ея не припухла, но весьма дрябла, и эта дряблость распространяется иногда и на подлежащую клетчатку, такъ что являются уже хорошо выраженными данныя для возможности происхожденія первичныхъ выпаденій влагалища. Воспалительно увеличенные въ объемѣ маленькіе участки слизистой оболочки въ видѣ *granula* наблюдаются также нерѣдко; они иногда еще болѣе значительно проминируютъ, особенно въ сводахъ влагалища; окраска ихъ въ красный цвѣтъ также не столь интенсивна; при триперномъ зараженіи иногда приходится наблюдать развитіе изъ нихъ острыхъ кондиломъ. Бѣли большею частью не чисто гнойнаго характера, но серозно-гнойныя, въ различномъ количествѣ покрываютъ слизистую оболочку. Больныя уже не жалуются на боли, но зато нерѣдко появляются крайне тягостныя ощущенія зуда (*pruritus*), такъ что онѣ иногда значительно расчесываютъ себѣ наружные половые органы; онанизмъ можетъ развиваться, какъ послѣдствіе даннаго заболѣванія.

Въ случаяхъ, развившихся остро и бурно, а также и при обостреніи затянувшихся, особенно при гонорройномъ зараженіи, иногда приходится наблюдать распространеніе процесса по лимфатическимъ путямъ, причемъ поражаются и ближайшія лимфатическія железы. Извѣстно, что лимфатическіе сосуды нижней

четверти влагалища открываются въ паховыя железы, верхнихъ же трехъ четвертей — въ железы, лежащія въ тазовой клетчаткѣ вокругъ влагалища. Лимфангоиты, сопутствуемые распуханіемъ железъ, въ теченіе нѣкоторыхъ случаевъ vaginitidis gonorrhoeicae наблюдаются относительно нерѣдко. Паховыя лимфатическія железы припухаютъ, болятъ, покровы надъ ними краснѣютъ, и дѣло можетъ дойти до образованія нарыва со вскрытіемъ наружу; въ гноѣ вскрышагося такимъ образомъ нарыва уже были находимы гонококки (*Bumm. «Die Microorganismen der gonorrhoeischen Schleimhauterkrankungen», 1885, стр. 49.*

То же самое можетъ происходить и въ перивагинальныхъ лимфатическихъ железахъ. При внутреннемъ изслѣдованіи онѣ прощупываются увеличенными довольно легко; съ теченіемъ времени воспаленіе переходитъ на окружающую ихъ рыхлую соединительную ткань, образуется абсцессъ, нерѣдко вскрывающійся въ прямую кишку или во влагалище, иногда — туда и сюда вмѣстѣ, такъ что образуется fistula recto-vaginalis. Развитие и образованіе этихъ свищей не слѣдуетъ смѣшивать съ фистулами, происходящими при воспаленіи наружныхъ половыхъ частей и Бартолиниевыхъ железъ; въ этихъ случаяхъ фистула будетъ всегда vulvo-rectalis. Абсцессъ, развивающійся и вскрывающійся наружу при зараженіи влагалища трипернымъ ядомъ, заживаетъ обыкновенно хорошо и довольно быстро, если только при этомъ не имѣется зараженія шанкромъ половыхъ частей.

**Теченіе болѣзни** при воспаленіи слизистой оболочки влагалища въ громадномъ большинствѣ случаевъ представляется весьма длительнымъ. Чисто острые случаи относительно весьма рѣдки. Воспаленіе, интенсивно развившееся подъ вліяніемъ какой либо причины, могущей быть всецѣло и скоро устраненной, представляетъ типъ остраго теченія съ быстрымъ исходомъ въ выздоровленіе, а равно случаи, когда цѣлесообразное и энергично проведенное лѣченіе достигаетъ исполнѣ своей цѣли, также кончаются относительно быстро.

Большая и притомъ значительная часть случаевъ представляетъ теченіе крайне длительное, тянущееся мѣсяцами и даже годами. Особенно поучительны съ этой стороны воспаленія, развившіяся подъ вліяніемъ трипернаго зараженія; вначалѣ мѣстные припадки развиваются мало-по-малу и только черезъ недѣлю или двѣ достигаютъ полной интенсивности своего развитія. Если въ это время наше лѣченіе у пользующихся относительно хорошимъ здоровьемъ больныхъ примѣняется правильно, то бленноррагія влагалища излѣчивается примѣрно въ двадцать, тридцать дней. Если же больныя остаются безъ соотвѣтствующаго лѣченія, или если онѣ представляютъ слѣды развитія

общихъ заболѣваній, какъ напр. scrofulosis, chlorosis и т. п., то заболѣваніе затягивается и длится мѣсяцы и годы, принимая характеръ хроническаго страданія. Подъ вліяніемъ беременности, благодаря измѣненіямъ во влагалищѣ, обусловливаемымъ ею, воспаленія весьма легко принимаютъ болѣе интенсивный характеръ: припухлость, гиперемія, выдѣленія, мѣстные гиперплазіи въ stratum papillare представляются выраженными въ гораздо болѣе рѣзкой формѣ. Въ слизистой же оболочкѣ отчасти уже атрофированной, какъ напр. въ старческомъ возрастѣ, воспалительныя измѣненія имѣютъ еще болѣе характеръ гнѣздный, какъ мы уже видѣли при описаніи анатомической картины vaginitidis vetularum.

Длительныя формы воспаленій слизистой оболочки влагалища представляютъ большую склонность къ обостреніямъ; достаточно обыкновенно малѣйшей причины, чтобы снова усилились до весьма большихъ размѣровъ влагалищныя выдѣленія, и гиперемія заболѣвшихъ частей сдѣлалась снова интенсивной. Даже нѣкоторыя чисто фізіологическія состоянія женщины вліяютъ на такое ухудшеніе. Для vaginitis gonorrhoeica уже приходилось наблюдать, что подъ вліяніемъ нормальнаго послѣродоваго періода процессъ обостряется, и количество гонококковъ значительно увеличивается.

Распознаваніе воспалительныхъ процессовъ во влагалищѣ обыкновенно не представляетъ особыхъ затрудненій. Внутреннее изслѣдованіе зеркаломъ для распознаванія вагинита, какъ такового, даетъ совершенно достаточныя данныя. Нѣсколько уже болѣе трудными представляются случаи воспаленія влагалища у женщинъ, вполне сохранившихъ еще свою дѣвственную плеву, и у маленькихъ дѣвочекъ; но и здѣсь точное изслѣдованіе выдѣленій и опредѣленіе ихъ составныхъ частей и наружнаго вида большею частью бываетъ достаточно, чтобы выяснитъ источникъ ихъ происхожденія — влагалище, матку или наружныя половые органы.

Еще болѣе трудно бываетъ иногда точно опредѣлить причину, вызвавшую vaginitis catarrhalis; мы увидимъ тотчасъ еще разъ, что существуютъ случаи несомнѣннаго зараженія трипернымъ ядомъ, когда при извѣстномъ, долгомъ теченіи заболѣванія мы, увидѣвъ въ первый разъ больную, не въ состояніи поставить діагноза съ точностью, требуемою иногда экспертизою.

Дифференціальный діагнозъ въ большинствѣ случаевъ интересуется насъ именно при распознаваніи vaginitidis gonorrhoeicae; если при первомъ же изслѣдованіи, или, вообще, могутъ быть найдены гонококки въ бѣляхъ влагалища, то, конечно, на сколько этотъ вопросъ въ настоящее время уже разъясненъ, этого бываетъ достаточно, чтобы высказаться съ извѣстною положитель-



ностью о заражении триперным ядомъ въ данномъ случаѣ. Но въ тѣхъ довольно не рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ присутствіе гонокковъ почему бы то ни было не можетъ быть доказано, мы должны уже обратиться только къ тому комплексу przypadковъ, который обуславливаетъ vaginitis gonorrhoeica, и на основаніи его только одного дать свое сужденіе, ибо, какъ мы уже видѣли, особой характерной анатомической картины для нея не существуетъ.

Заболѣваніе, вызванное трипернымъ ядомъ, въ силу его заразительности обыкновенно не остается локализованнымъ и переходитъ также путемъ зараженія на сосѣднія слизистыя оболочки; переходъ заболѣванія на наружные половые органы, на уретру, на слизистую оболочку канала шейки, матки и трубъ представляетъ почти постоянное явленіе; только обыкновенно не всѣ упомянутыя слизистыя оболочки поражаются равномерно и вдругъ, — особеннымъ преимуществомъ пользуются мочеиспускательный каналъ и Бартолиныя железы. Гнойный urethritis и капля гноя, выдавливаемая изъ наружнаго отверстія выводного протока Бартолиной железы, при одновременномъ гнойномъ вагинитѣ въ большомъ числѣ случаевъ позволяютъ уже сдѣлать весьма основательнымъ предположеніе о присутствіи въ данномъ случаѣ заразы. Бываютъ, правда, случаи, когда и при не заразительномъ, не триперномъ вагинитѣ можно встрѣтить одновременно и воспаленіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, но случаи эти рѣдки и относятся обыкновенно къ категоріи травматическихъ воспаленій, причемъ травма одновременно подѣйствовала и на влагалище, и на уретру. Въ затянувшихся случаяхъ, какъ мы уже видѣли, при гонорройной формѣ воспаленія нерѣдко можно встрѣчать развитіе острыхъ кондиломъ на слизистой оболочкѣ влагалища.

**Предсказаніе.** Изъ теченія болѣзни намъ уже извѣстно, что случаи воспаленій слизистой оболочки влагалища, но устраненіи причины и при надлежащемъ леченіи, могутъ кончатся полнымъ выздоровленіемъ въ относительно даже довольно скорое время. Но, съ другой стороны, они могутъ затягиваться на весьма продолжительное время, такъ что, не будучи опасны для жизни больной, они, обуславливая потерю значительнаго количества выдѣлений влагалищемъ, сильно ослабляютъ больныхъ и, имѣя иногда склонность распространяться на сосѣдніе органы, могутъ обуславливать весьма серьезные страданія. При зараженіи трипернымъ ядомъ особенно возможны такіа серьезные осложненія; распространяясь, поражая матку и фаллопеевы трубы, гонорройное воспаленіе нерѣдко переходитъ и на брюшину, причемъ при извѣстномъ сочетаніи заболѣваній воспаленіе брюшины можетъ быть на столько распространеннымъ и интенсивнымъ, что можетъ обусловить даже летальный исходъ.

При вопросѣ о длительности заболѣванія прогнозъ долженъ быть крайне сдержаннымъ, особенно, если мы можемъ подозрѣвать у больной какую-нибудь изъ вышеприведенныхъ хроническихъ общихъ формъ заболѣванія. Точно также при постановкѣ прогноза никогда не слѣдуетъ забывать относительно легко появляющихся рецидивовъ катарральныхъ воспаленій слизистой оболочки влагалища.

**Лѣчение** вагинитовъ распадается главнымъ образомъ на три главныхъ отдѣла; во-первыхъ, слѣдуетъ удалить причину, вызывающую воспаленіе, и позаботиться о профилактикѣ рецидивовъ, во-вторыхъ — лѣчить вагинитъ, какъ таковой, и въ третьихъ — стараться исправить общее состояніе больной, особенно, если окажется одно изъ общихъ заболѣваній, предрасполагающихъ въ развитіе vaginitidis catarrhalis или поддерживающихъ его длительное теченіе.

Устранить причину, вызывающую страданіе, мы можемъ, конечно, далеко не всегда, но за то встрѣчаются случаи, въ которыхъ это вполне выполнимо, каковы, напр., острые воспаленія вслѣдствіе инородныхъ тѣлъ во влагалищѣ (пессаріи, тампоны, охуніс и др.), или же вслѣдствіе задержки разлагающихся кровяныхъ сгустковъ. Новообразования матки (ракъ, полипы и др.), дающія поводъ къ значительнымъ, крайне раздражающимъ выдѣленіямъ, также нерѣдко могутъ быть устранены оперативнымъ путемъ, равно какъ и фистулы между влагалищемъ и мочевымъ пузыремъ или прямою кишкою.

Обращая достодолжное вниманіе больныхъ на гигиену половыхъ органовъ, мы можемъ часто уже выполнить главныя требованія профилактики возвратовъ болѣзни. На первомъ планѣ находится устраненіе различнаго рода раздраженій влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ. Чистота въ этомъ направленіи играетъ выдающуюся роль; правильныя обмыванія наружныхъ частей или же и вымыванія влагалища инъекціями изъ простой воды комнатной температуры должны быть назначаемы одинъ или два раза въ день. Работа на ножной швейной машинѣ, употребленіе влагалищныхъ пессаріевъ (особенно такъ называемыхъ презервативовъ) должны быть строго запрещены.

Періодъ менструаціи долженъ обращать на себя особое вниманіе со стороны больной: всѣ усиленныя тѣлодвиженія, особенно танцы, не должны быть допускаемы, равно какъ довольно распространенный обычай вызывать, помощью горячихъ ножныхъ ваннъ и т. п. средствъ, преждевременное появленіе менструальнаго кровотеченія, иногда только для того, чтобы въ известное, неудобное для больной время не имѣть регуль. Во время самаго кровотеченія, особенно если есть подозрѣніе на образованіе и задержку кровяныхъ свертковъ, можно разрѣшить дѣлать влагалищныя инъекціи изъ тепловатой воды (22—25°R.).

Насколько возможно, мы должны противодействовать столь распространенному обычаю тотчас послѣ свадьбы отправляться на нѣкоторое время въ путешествіе. Усиленная половая жизнь молодой четы, долгіе переѣзды, утомительныя прогулки, жизнь въ гостиницахъ и недостаточная возможность подчасъ позаботиться о необходимой чистотѣ — обусловливаютъ иногда не только рецидивы бывшихъ катарровъ, но и даютъ поводъ къ развитію ихъ вновь; нерѣдко приходится наблюдать при этомъ также, что только что забеременѣвшая матка крайне легко получаетъ импульсъ къ изверженію наружу своего содержимаго; выкидышъ, происшедшій въ дорогѣ, представляетъ уже самъ по себѣ весьма значительный этиологическій моментъ для развитія иногда цѣлаго комплекса заболѣваній полового аппарата женщины.

Беременность и послѣродовой періодъ требуютъ также вниманія съ профилактической точки зрѣнія. Во время беременности необходимо зорко слѣдить за тѣмъ, чтобы выдѣленія влагалища, иногда столь обильныя въ это время, не застаивались и удалялись во-время назначаемыми съ этою цѣлью влагалищными инъекціями. Гигіена послѣродоваго періода, проведенная точно, уже заключаетъ въ себѣ между прочимъ и удаленіе скопляющихся массъ во влагалищѣ.

На одежду больной должно быть также обращено вниманіе; ноги ея должны быть одѣты болѣе тепло, чтобы быстрыя охлажденія не могли вредно отозваться на обостреніи уже бывшихъ страданій ея полового канала. Привычные запоры, обусловливающіе нерѣдко значительную гиперемію органовъ малаго таза, должны быть также устраняемы.

Лѣченіе воспалительныхъ измѣненій влагалища дѣлится на мѣстное и общее. Въ этиологіи даннаго заболѣванія мы уже видѣли, что не всегда бываетъ достаточно удалить, такъ сказать, видимую, бросающуюся въ глаза, обусловливающую причину: остаются еще невидимые простымъ глазомъ и еще не для всѣхъ случаевъ хорошо намъ извѣстные возбудители воспаленія, въ формѣ различнаго рода кокковъ и бактерій. Для уничтоженія и удаленія этихъ микроорганизмовъ, имѣющихся почти въ каждомъ случаѣ, терапия наша должна имѣть своимъ основаніемъ правила обеззараживающаго метода лѣченія. Затѣмъ уже, когда можно предполагать, что нами почти все удалено, мы приступаемъ къ лѣченію вяжущими веществами, стараясь дѣйствовать на сосудистую систему, измѣняя условія кровообращенія и тѣмъ мѣняя условія почвы, способствовавшихъ успѣшной культурѣ микроорганизмовъ. Въ нѣкоторыхъ, правда, довольно рѣдкихъ, весьма интенсивныхъ случаяхъ воспаленія, прежде чѣмъ приступить къ дезинфицирующему методу лѣченія, мы должны, вслѣдствіе сильной чувствительности заболѣвшихъ частей, назначить на нѣкоторое время болеутоляющее и смяг-

чающее лѣчение; для этой цѣли назначаются спринцованія во влагалище изъ различныхъ слизистыхъ веществъ съ прибавленіемъ наркотическихъ. Отваръ льняного сѣмени, головокъ мака, *rad. Altheae*, молоко входятъ главною составною частью этихъ инъекцій, назначаемыхъ 2—4 раза въ день; температура ихъ должна быть 24—27° R, а при сильной болѣзненности къ нимъ прибавляютъ чайную ложку *Tinct. opii simpl.* Такое лѣченіе бываетъ обыкновенно достаточно въ теченіе двухъ—трехъ дней, затѣмъ уже мы можемъ перейти къ назначенію дезинфицирующихъ веществъ.

Каждая дезинфекція требуетъ достаточно сильной концентрации употребляемаго раствора, обширности и тщательности обмыванія имъ всей заболѣвшей поверхности и хорошаго и удобнаго стока подлежащихъ обеззараженію массъ. Для достиженія этого въ данномъ случаѣ необходимо весьма тщательно омыть всю поверхность влагалища и всѣ углубленія ея между складками, чего мы и достигаемъ, если значительнымъ количествомъ жидкости, помощью ирригатора съ обыкновеннымъ наконечникомъ, промываемъ влагалище, доставляя доступъ дезинфицирующей жидкости во всѣ его части помощью введеннаго рядомъ съ наконечникомъ пальца. Лучшими дезинфицирующими веществами, вполне удовлетворяющими нашей цѣли, будутъ сулема и карболовая кислота, въ особенности первая. Ея растворъ 1:1000—2000 дезинфицируетъ вполне достаточно. Карболовая кислота для этой цѣли, по крайней мѣрѣ при первыхъ инъекціяхъ, должна быть въ 5% растворѣ. При дальнѣйшихъ инъекціяхъ растворы могутъ быть уже слабѣе, и для сулемы достаточно 1:5000, а для *Ac. carbol.* 2% или 1%.

Обмывъ такимъ образомъ всю заболѣвшую поверхность и удаливъ все количество покрывавшихъ ее выдѣлений, слѣдуетъ позаботиться о возможности болѣе удобнаго стока и удаленія вновь накапливающихся выдѣлений. Лучшею для этой цѣли можетъ считаться такъ называемая сухая перевязка влагалища, состоящая въ томъ, что влагалище выполняется йодоформированною марлею, наръзанною полосками. Благодаря присутствію въ ней йодоформа и ея способности легко всасывать жидкости, она можетъ довольно долго лежать во влагалищѣ, не раздражая его.

Если бы, почему бы то ни было, такой способъ дезинфицированія влагалища путемъ только промывки оказался не совершенно удовлетворительнымъ, тогда мы можемъ привести воспаленныя стѣнки въ непосредственное соприкосновеніе съ болѣе сильными обеззараживающими растворами помощью вливаній ихъ черезъ зеркало. — Вводится зеркало Фергюсона, и по мѣрѣ его введенія, когда складки влагалища раздвигаются имъ постепенно одна за другою, необходимо тщательно вытирать и очищать ихъ отъ приставшихъ къ нимъ бѣлей, помощью кусочковъ гигроско-

пической ваты. Затѣмъ, когда зеркало дойдетъ до влагалищной части матки и будетъ уже все очищено отъ бывшихъ въ немъ массъ выдѣленія, въ него вливается растворъ жидкости (сулема 1:1000., Ac. carbol 5%—10%, Arg. nitr. 2%—4%, или Acetum pyrolignosum). Зеркало постепенно выводится, и обнажающіяся такимъ образомъ стѣнки влагалища приходятъ въ соприкосновение съ введенною жидкостью. Не выводя вполне зеркала, жидкость изъ него выливается, влагалище промывается еще разъ болѣе индифферентнымъ растворомъ, и вкладывается тампонъ изъ полосокъ іодоформированной марли. Такія усиленныя прижигающія дезинфицированія слизистой оболочки влагалища должны производиться черезъ извѣстные только промежутки времени, одинъ или два раза въ недѣлю; въ остальное же время больная получаетъ влагалищныя инъекціи болѣе слабыхъ растворовъ (сулемы 1:5000, Ac. carbol 1%—2%), и, смотря по интенсивности процесса, тампонъ продолжаютъ вкладывать въ теченіе извѣстнаго болѣе или менѣе долгаго времени. — Когда уже мѣстныя явленія и особенно интенсивная краснота пройдутъ, и выдѣленія будутъ менѣе обильны, вкладываніе тампона прекращается, и больная остается только съ одними инъекціями. Въ случаяхъ острыхъ формъ зараженія трипернымъ ядомъ вышеприведенная терапия весьма часто бываетъ уже достаточна, чтобы въ теченіе трехъ, четырехъ недѣль излѣчить данное заболѣваніе. Случаи, имѣющіе другую этиологію, поддаются ей еще легче въ теченіе гораздо болѣе короткаго времени.

Въ амбулаторной практикѣ мы нѣсколько измѣняемъ вышеприведенное лѣченіе и примѣняемъ его слѣдующимъ образомъ. Больной назначается являться ежедневно, и влагалище ей также промывается растворомъ сулемы, и затѣмъ вкладывается тампонъ изъ гигроскопической ваты, смоченный обильно чистымъ глицериномъ. При не гонорройныхъ вагинитахъ эта терапия оказывается весьма удовлетворительной, и заболѣваніе проходитъ, только не такъ скоро, какъ при болѣе частой дезинфекціи влагалища. При зараженіи триперомъ, какъ только болѣзненность болѣе или менѣе исчезла, такъ что введеніе зеркала возможно, мы примѣняемъ также амбулаторно тампонъ, смоченный глицериномъ съ бурою (Acidi borici  $\mathfrak{Z}\beta$ , Glycerini puri  $\mathfrak{Z}\text{vi}$ ), и дезинфицирующія инъекціи изъ сулемы; кромѣ того два раза въ недѣлю ~~болѣе воспаленныя мѣста~~ влагалища смазываются черезъ зеркало растворомъ сулемы (1:1000) или Arg. nitrici (2%). Терапія эта оказывается также весьма удовлетворительною, но также требуетъ болѣе долгаго времени для полнаго излѣченія.

Затянувшіеся случаи вагинитовъ послѣ извѣстно долгаго употребленія обеззараживающихъ растворовъ требуютъ назначенія вяжущихъ веществъ; назначаются они также обыкновенно въ видѣ влагалищныхъ спринцованій; сюда относятся Plumbum aceticum

(чайную ложку на бутылку воды), *Cuprum sulfuricum* (8—10 gr. на бутылку воды), *Ferrum sulfuricum*, *Tanninum*, *Zincum sulfuricum*, квасцы (по полъ-или по чайной ложкѣ на бутылку воды), *Decoct. cort. quercus* ( $\mathfrak{z}\beta$  ad  $\mathfrak{z}\text{vi}$ ) и т. п. Эти вяжущія инъекціи больныя употребляютъ обыкновенно довольно долгое время, и рядомъ съ ними при весьма упорныхъ формахъ вагинитовъ время отъ времени должны быть примѣняемы также прижиганія (*Arg. nitr.*, *Tinct. jodi*) черезъ зеркало болѣе значительно измѣненныхъ участковъ слизистой оболочки влагалища, особенно при *vaginitis granulosa*.

Одною изъ главныхъ задачъ лѣченія вагинитовъ представляется достиженіе того, чтобы воспаленныя поверхности слизистой оболочки не прилегали другъ къ другу и не образовывали такимъ образомъ много складокъ и углубленій между ними, въ которыхъ могли-бы застаиваться выдѣленія; съ этою цѣлью, какъ уже сказано, мы примѣняемъ лѣченіе тампонами изъ марли или гигроскопической ваты, легко всасывающими всѣ выдѣляющіяся жидкости. Къ лѣченію тампонами нерѣдко прибавляютъ еще и вяжущія вещества, напиткивая ихъ растворами тампонъ, или намазывая на его поверхность мази, приготовленныя изъ нихъ съ вазелиномъ или глицериномъ (*Extr. Ratanhiae*  $\mathfrak{z}\text{i}$  на *Vaselin. \mathfrak{z}\text{i}; *Tannini*  $\mathfrak{z}\text{i}$ — $\mathfrak{z}\beta$  на *Glycerini*  $\mathfrak{z}\beta$ ). Съ этою же цѣлью иногда весьма удобно примѣняются порошкообразныя вещества, вдвухаемыя во влагалище помощью особыхъ маленькихъ порошкодробителей. Iодоформъ, иодоформъ съ танниномъ въ равныхъ частяхъ, порошокъ салициловой кислоты, чистый или съ крахмаломъ, приходя въ соприкосновение со всей поверхностью слизистой оболочки и образуя довольно толстый слой, могутъ безъ вреда довольно долго находиться во влагалищѣ, дѣйствуя отчасти, какъ лѣкарственный тампонъ. Вводимые во влагалище *suppositoria* и *globuli* при лѣченіи вагинитовъ далеко не удовлетворяютъ своей цѣли и могутъ быть еще развѣ примѣняемы въ случаяхъ, когда *humen* представляетъ препятствіе надлежащему лѣченію, какъ напр. у дѣтей. Въ этихъ случаяхъ лѣкарственные бужи изъ иодоформа (gr. 2—3 на  $\mathfrak{z}\beta$  *Gummi tragacanth.* или *Gummi arab.*) приносятъ иногда несомнѣнную пользу. Значительная вялость тканей стѣнокъ влагалища, вызванная долго существовавшимъ воспаленіемъ ихъ, служитъ показаніемъ къ примѣненію горячихъ (37°—40° R.) влагалищныхъ душей, назначаемыхъ по одному или по два раза въ день, въ теченіе шести или восьми недѣль.*

Во время лѣченія вагинитовъ необходимо назначать также и общее лѣченіе. Во-первыхъ, въ острыхъ случаяхъ — покой; больная лежитъ недѣлю или болѣе въ постели, получаетъ при этомъ ежедневно или черезъ день общую или полуванну для соблюденія необходимой чистоты половыхъ органовъ; съ ваннами

|| —  
K<sub>1</sub>  
T<sub>1</sub>  
C<sub>1</sub>  
P<sub>1</sub>

стараятся иногда соединить еще и промыванія влагалища, вводя въ него, такъ называемое, зеркало для ваннъ (рис. 52), представляющее собою цилиндрическое зеркало съ продыравленными стѣнками; примѣненіе этого зеркала крайне неудобно для больныхъ и не достигаетъ своей цѣли, такъ какъ все-таки не можетъ замѣнить методическихъ промываній влагалища помощью инъекцій, и поэтому пользованіе имъ весьма ограничено. Въ теченіе всего лѣченія необходимо предписать легкую, удобоваримую пищу и заботиться о правильномъ опорожненіи кишечнаго канала; въ первые дни легкія слабительныя (среднія соли) совершенно умѣстны.



Рис. 52.

Общее лѣченіе въ хроническихъ, надолго затянувшихся случаяхъ обыкновенно совпадаетъ съ задачею лѣченія общихъ заболѣваній, такъ или иначе поддерживающихъ воспаленіе влагалища, или обусловливающихъ рецидивы его; на первомъ планѣ здѣсь стоятъ scrophulosis и хроническія анэмическія состоянія. Рыбій жиръ, мышьякъ, желѣзо, хина и т. п. должны быть назначаемы *larga manu*, смотря по показаніямъ со стороны конституціональной формы заболѣванія. Эти же страданія, равно какъ и diabetes, могутъ дать поводъ къ назначенію лѣченія минеральными источниками: Carlsbad, Ems, Schwalbach, Желѣзноводскъ, Ессентуки, Друскевики, Старая Русса и др. приносятъ, какъ извѣстно, видимыя улучшенія больнымъ, страдающимъ хроническими вагинитами на почвѣ конституціональныхъ формъ заболѣваній. При alcoholismus chronicus должно быть полное воздержаніе отъ вина. *M. Duncan* («*Clinical lectures on the diseases of women*», 1885, стр. 156), сравнивая вагинитъ при алкоголизмѣ съ conjunctivitis при хлорализмѣ, считаетъ успѣшнымъ лѣченіемъ—только удаленіе причины: *Sublata causa tollitur effectus*.

## 2) Vaginitis emphysematosa s. Colpo-hyperplasia cystica.

Иногда у женщинъ не беременных, но гораздо чаще у беременных, наблюдается на слизистой оболочкѣ влагалища развитіе значительнаго числа маленькихъ кистъ, наполненныхъ газомъ. Такъ какъ это встрѣчается всегда рядомъ съ значительною припухlostью слизистой оболочки, сильнымъ ея кровенаполненіемъ, усиленнымъ выдѣленіемъ ея поверхности, и такъ какъ при анатомическомъ изсѣдованіи находится постоянно бѣль-

шая или меньшая клеточковая инфильтрация соединительной ткани слизистой оболочки, то мнѣ кажется, что заболѣваніе это должно быть отнесено къ воспаленіямъ влагалища, пока дальнѣйшія изслѣдованія не выяснятъ намъ еще больше его характеръ.

При изслѣдованіи зеркаломъ больныхъ или беременныхъ, по какому бы то ни было показанію, мы иногда неожиданно открываемъ слѣдующую картину заболѣванія. Слизистая оболочка влагалища рыхла, утолщена, ложится въ грубыя складки, иногда слегка отечна, цвѣтъ ея темно-синій, поверхность покрыта довольно значительнымъ количествомъ бѣловатаго выдѣленія, смѣшаннаго съ бѣлымъ или меньшимъ количествомъ газовыхъ пузырьковъ различной величины. Вытирая ватой и удаляя это выдѣленіе, мы находимъ поверхность слизистой оболочки гладкою, блестящею, сочною; мѣстами замѣчаются различной величины экстрavasаты, имѣющіе въ діаметрѣ иногда до 0,5 см. Въ толщѣ слизистой оболочки, проминируя надъ ея поверхностью, особенно въ верхней части влагалища, встрѣчаются въ значительномъ числѣ разсѣянныя маленькія кистовидныя образованія величиною отъ просяного зерна до горошины; выдающаяся ихъ часть прозрачна, и они нерѣдко окружены болѣе значительно гиперемированнымъ пояскомъ ткани. Прокалывая тонкою иглою эти кисты, мы видимъ, что изъ нихъ съ силою выходитъ газообразное содержимое и иногда маленькая капля прозрачной, серозной жидкости. Это газообразное содержимое легко можетъ быть изолировано и весьма наглядно демонстрировано: стодитъ только въ введенное зеркало налить до извѣстнаго уровня воды и произвести проколъ подъ водою, чтобы получить рядъ пузырьковъ газа, поднимающихся на поверхность; такимъ образомъ газъ этотъ можетъ быть собранъ. Изслѣдованія этого газообразнаго содержимаго до сихъ поръ дали разнообразныя результаты; такъ одни утверждаютъ, что это атмосферный воздухъ, другіе видятъ въ немъ Trimethylamin (*Zweifel*, «*Arch. f. Gyn.*» XXXI, 1887, стр. 363), находящійся также, какъ извѣстно, въ выдѣляемомъ влагалища и обуславливающій отчасти его специфической запахъ селечнаго разсода, и, наконецъ, третьи, не опредѣляя болѣе точно его химическаго характера, считаютъ его только за какой то газъ, но никакъ не за атмосферный воздухъ.

Для изслѣдованія анатомическаго строенія приходится обыкновенно употреблять вырѣзанные кусочки слизистой оболочки у больныхъ, такъ какъ заболѣваніе это только рѣдко, случайно можетъ быть наблюдаемо на секціонномъ столѣ. — Микроскопическіе препараты изъ такихъ кусочковъ показываютъ намъ обыкновенно, что нередъ нами ткань въ значительной степени гипереміи, сосуды переполнены кровью, растянуты, нѣкоторые — затромбированы; въ ткани много экстрavasатовъ, помѣщающихся



по преимуществу въ болѣе поверхностныхъ частяхъ, въ сосочковомъ слое слизистой оболочки и иногда непосредственно подъ эпителиемъ; мѣстами встрѣчается значительная инфильтрація индифферентными клѣтками, особенно по сосѣдству кистъ. — Полости кистъ, представляющіяся подъ микроскопомъ пустыми, помѣщаются въ соединительной ткани, на различной глубинѣ, и имѣютъ различную величину и форму (рис. 53). Большія изъ нихъ помѣщаются обыкновенно подъ эпителиемъ, такъ что три четверти поверхности ихъ разрѣза покрыты эпителиемъ влагалища, и одна четверть только состоитъ изъ подлежащей соединительной ткани слизистой оболочки (А. И. Лебедевъ. «*Archiv f. Gynaekologie*», Bd. XVIII, 1881). Собственной, имъ присущей



Рис. 53. Colpitis emphysematosa по С. Ruge.

стѣнки онѣ не имѣютъ, а помѣщаются непосредственно въ ткани. Chiari (цит. у Breisky'аго l. c., стр. 692) находилъ на стѣнкахъ ихъ гигантскія клѣтки, производимыя имъ отъ эндотелія лимфатическихъ сосудовъ, измѣнившіяся подъ вліяніемъ воспалительнаго процесса, и считаетъ возможнымъ доказать этимъ, что полости кистъ суть эктазированные лимфатическіе сосуды и ходы слизистой оболочки, — мнѣніе, уже не разъ высказываемое и раньше. Присутствіе гигантскихъ клѣтокъ на стѣнкѣ кисты, состоящей изъ соединительной ткани, если она не имѣетъ своей собственной, явленіе, какъ извѣстно, необходимое, такъ какъ всюду, гдѣ соединительная ткань приходитъ въ соприкосновеніе съ какимъ бы то ни было образованіемъ (Д. Вильскій, «*О распространеніи ложнаго эпителія въ организмъ позвоночныхъ животныхъ*», дисс. СПб. 1868), всегда развивается эндотелій, могущій, конечно, при извѣсныхъ условіяхъ дать гигантскую клѣтку.

О происхожденіи газа въ ткани и скопленія его въ формѣ кистовидныхъ образованій существуетъ также нѣсколько предположеній, — думаютъ видѣть его заключеннымъ въ предполагаемыя железы влагалища, считаютъ возможнымъ объяснить вѣдреніе его механическимъ путемъ изъ влагалища въ сли-

зистую оболочку и производить чистую травматическую эмфизему влагалища, и, наконец, предполагают, что онъ развивается на мѣстѣ. Анатомическія изслѣдованія указываютъ дѣйствительно, что развитіе накопленія газа можетъ быть прослѣжено постепенно. Въ извѣстномъ мѣстѣ образуется экстравазатъ, кровь свертывается, видны рѣзко различимыя волокна фибрина; затѣмъ элементы крови мелкозернисто распадаются, и въ то же время наблюдается уже присутствіе маленькаго пространства, наполненнаго газомъ, мало-по-малу увеличивающагося и находящагося подъ такимъ давленіемъ, что ткани съ силою раздвигаются, киста мало-по-малу приближается къ периферіи, истончается эпителий и прорывается. — Подъ вліяніемъ какихъ причинъ и процессовъ развивается газъ на мѣстѣ распадающихся экстравазатовъ въ слизистой оболочкѣ влагалища, до сихъ поръ точно не доказано, но существуетъ предположеніе (*Klebs*), что онъ развивается въ ткани подъ вліяніемъ развитія и жизни микроорганизмовъ. Дальнѣйшія изслѣдованія мелкозернистой массы, въ которую распадаются элементы крови, но всей вѣроятности, разъяснятъ намъ эту еще весьма темную сторону развитія газовыхъ кистъ влагалища. — Такимъ образомъ мы думаемъ, что присутствіе газовыхъ кистъ слѣдуетъ разсматривать въ разбираемой нами картинѣ заболѣванія, какъ явленіе вторичное, присоединяющееся къ извѣстнаго рода геморрагическому воспаленію слизистой оболочки влагалища.

Какъ мы уже сказали, *vaginitis emphysematosa* или, вѣрнѣе, *vaginitis haemorrhagica emphysematosa* встрѣчается большею частью *sub graviditate*; но ее приходится также относительно нерѣдко наблюдать и у женщинъ не беременных; мнѣ самому пришлось ее видѣть у больной 50 лѣтъ при значительной величины опухоли брюшной полости (*cysto-carcinoma ovarii*, случай, описанный *А. И. Лебедевымъ* l. c.) и рѣзко выраженной пассивной гипереміи влагалища; также сообщены случаи, наблюдавшіеся при болѣзняхъ сердца, при *retroflexio uteri* и т. п.

Изъ жалобъ больныхъ существуетъ почти всегда только одна, именно — усиленное выдѣленіе, иногда весьма беспокоящее больную. Эти бѣли, какъ симптомъ вагинита, въ данномъ случаѣ иногда представляютъ ту особенность, что къ нимъ бываетъ примѣшано болѣе или менѣе значительное количество пузырьковъ газа; можно думать, что это есть не что иное, какъ примѣсь газообразнаго содержамаго кистъ, лопающихся произвольно.

Теченіе болѣзни представляется довольно разнообразнымъ; такъ, при наступающихъ родахъ, если большая часть кистъ достаточно велика и лежитъ поверхностно, онѣ могутъ быть раздавлены проходящею головкою ребенка и въ послѣродовомъ періодѣ представлять только еще нѣкоторыя уцѣлѣвшія кисты. Иногда же вслѣдъ за родами, въ теченіе первыхъ недѣль раз-

витіе ихъ наблюдается еще въ большей степени, но въ концѣ концовъ, самое долгое, какъ видно изъ извѣстныхъ до сихъ поръ случаевъ, черезъ 1½ мѣсяца онѣ исчезаютъ безслѣдно.

Лѣчение этихъ кистъ, какъ самихъ по себѣ не дающихъ болѣзненныхъ припадковъ, не должно быть предпринимаемо; но лежащее въ основѣ ихъ заболѣваніе слизистой оболочки, связанное съ болѣе или менѣе значительнымъ выдѣленіемъ бѣлей, требуетъ иногда настоятельно нашей помощи. Обыкновенно лѣчение методическими влагалищными инъекціями изъ сулемы, acid. carbolicum или сиргум sulfuricum черезъ извѣстный промежутокъ времени даетъ вполнѣ удовлетворительные результаты.

### 3) Vaginitis s. colpitis exfoliativa.

Мы видѣли уже, что въ теченіи воспаленій слизистой оболочки влагалища происходитъ болѣе или менѣе значительная отслойка эпителія поверхностныхъ слоевъ. Отслойка эта происходитъ такъ, что клѣтки примѣшиваются къ выдѣляемому или одиночно, или же небольшими группами. Въ теченіе хроническихъ воспаленій приходится наблюдать эту отслойку, происходящую на большихъ пространствахъ, и при томъ такъ, что сдѣленіе между клѣтками не нарушается, и онѣ отслаиваются въ нѣсколько слоевъ сразу, такъ что получаютъ большей или меньшей величины лоскутообразные клочья ткани, отдѣляющейся или самопроизвольно, или же легко могушей быть снятой пальцами или пинцетомъ съ поверхности слизистой оболочки влагалища, причемъ не замѣчается ни капли потери крови. Такое произвольное отхожденіе лоскутообразныхъ оболочекъ, состоящихъ только изъ эпителія слизистой оболочки влагалища, иногда съ незначительною примѣсью свернушагося фибрина, и описывается подъ именемъ vaginitis epithelialis (Tylor Smith, Guyenot.) или vaginitis exfoliativa.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобная отстойка можетъ быть вызвана искусственно, дѣйствіемъ на поверхность слизистой оболочки различнаго рода вяжущихъ, слегка прижигающихъ веществъ, каковы oleum tartis, квасцы и сиргум sulfuricum. Зная эту возможность, мы должны быть каждый разъ весьма осторожны въ признавіи за вышедшей изъ влагалища оболочкой патологическаго воспалительнаго характера, и только, устраняя всякую возможность искусственнаго ея происхожденія, мы можемъ говорить о vaginitis exfoliativa.

Произвольное отхожденіе клочьевъ слизистой оболочки влагалища наблюдается или самостоятельно, или же большею частью въ связи съ отхожденіемъ части слизистой оболочки матки при dysmennorrhoea membranacea или, вѣрнѣе, endo-

metritis exfoliativa. Оно наблюдается, какъ во время менструальнаго періода, такъ и внѣ его, и бываетъ или связано съ различнаго рода болями, или же и совершенно безболѣзненно. Какъ уже при нѣкоторыхъ формахъ вагинитовъ мы видѣли, что въ этиологіи ихъ играютъ большую роль общія формы заболѣваній, такъ особенно при vaginitis exfoliativa авторы (*Cohnstein*, «*Arch. f. Gyn.*», XVII, 1881, стр. 78) указываютъ на hysteriasis, какъ на выдающійся этиологическій моментъ. Вслѣдствіе этого и предлагаемое лѣченіе главнымъ образомъ заботится объ устраненіи нервныхъ истерическихъ явленій. Большія дозы kalii bromati примѣнялись уже многими при этой формѣ заболѣванія. Мѣстное лѣченіе ограничивается поддержаніемъ чистоты и удаленіемъ выдѣленій влагалища помощью болѣе или менѣе индифферентныхъ влагалищныхъ спринцованій. Время отъ времени, разъ или два раза въ недѣлю, вводятся во влагалище ватные тампоны, напитанные глицериномъ съ kalium iodatum и bromatum (Rp. Kalii iodati, Kalii bromati aa ℥i, Glycerini puri ℥vi).

Нельзя не согласиться съ *Cohnstein*'омъ, что къ этой же формѣ заболѣванія влагалища слѣдуетъ отнести и описанную *Winckel*'емъ особую форму воспаленія подъ именемъ colpitis gummosa (*Winckel*, i. c. стр. 195). Въ данномъ случаѣ наблюдается весьма явственно процессъ отслаиванія большихъ или меньшихъ кусочковъ эпителия; влагалищная слизистая оболочка въ своей соединительно-тканной части и подслизистой соединительной ткани были утолщены и представляли значительное развитіе волокнистой ткани съ мѣстными инфильтраціями мелкими клѣтками. Это измѣненіе соединительной ткани было похоже на сифилитическое: Больная была подъ наблюденіемъ *Winckel*'я около 5 лѣтъ, явныхъ признаковъ сифилиса не имѣла, и примѣненное специфическое, антисифилитическое лѣченіе не дало никакихъ результатовъ. Мнѣ кажется, что мы вправѣ разсматривать этотъ случай, какъ хроническій вагинитъ съ постоянною отслойкою, въ видѣ хлопьевъ, эпителиальнаго покрова слизистой оболочки и съ значительнымъ воспалительнымъ утолщеніемъ подлежащей соединительной ткани, какъ мы это нерѣдко встрѣчаемъ и на другихъ слизистыхъ оболочкахъ при ихъ хроническихъ воспалительныхъ состояніяхъ.

#### 4) Vaginitis mycotica.

На слизистой оболочкѣ влагалища, подобно тому, какъ и на по строенію ей аналогичной слизистой оболочкѣ полости рта, наблюдаются растущими *leptothrix* и *oidium albicans*. Здѣсь, какъ и тамъ, они могутъ вызывать припадки, требующіе врачебной помощи. Особенно часто *mycosis vaginae* наблюдается *sub graviditate*, тогда какъ въ небеременномъ состояніи онъ встрѣ-

чается довольно рѣдко. У беременных удавалось (*Hausmann*, «*Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane*», 1870, стр. 54 и 109) находить *leptothrix* въ 14% и *oidium* въ 11% случаяхъ, у небеременныхъ же первый въ 10% и второй только въ 1—2%. Прививки, вѣрнѣ пересадки отъ беременныхъ къ беременнымъ удавались, къ небеременнымъ же давали всегда отрицательный результатъ. На основаніи появленія вагинита послѣ удавшейся прививки *oidium albicans* съ незначительно повышенной температурой, *Hausmann* видитъ при *vaginitis mycotica* въ развитіи грибка явленіе первичное, обуславливающее воспаление.

**Этіологія.** Развитіе грибковъ на слизистой оболочкѣ влагалища можетъ, какъ мы видимъ, быть вызвано искусственно, и, слѣдовательно, въ этиологии *vaginitidis mycoticae* переносъ грибковъ или ихъ споръ долженъ играть выдающуюся роль. У маленькихъ дѣтей, страдающихъ соог, были уже находимы нити *oidii albicans* и во влагалищѣ; неряшливость нянекъ или мамокъ можетъ быть, конечно, тому причиною, или же, какъ допускаютъ, они могутъ попасть во влагалище также и черезъ кишечный каналъ *per anum*. Точно также и роженицы, имѣющія грибки во влагалищѣ, могутъ передать ихъ своимъ рождающимся дѣтямъ. *Hausmann* послѣ изслѣдованія женщинъ съ микозомъ влагалища находилъ весьма легко на изслѣдовавшемъ пальцѣ подъ ногтемъ нити и споры *oidii*, такъ что непосредственный переносъ врачевнымъ персоналомъ не можетъ подлежать сомнѣнію. Извѣстны случаи прикосновенія къ половымъ органамъ женщины руками, вымаранными въ мукѣ (мельники, булочники), какъ источниками предполагаемой заразы. Развивающіеся при *diabetes* грибки въ мочѣ больныхъ женщинъ, а у мужчинъ кромѣ того на *glans penis* подъ *praeputium*, обвиняются также въ возможности быть источниками развитія *vaginitidis mycoticae*. До сихъ поръ не выясненное вполне совпаденіе развитія микотического вагинита съ грязными, сырыми помѣщеніями больныхъ, на стѣнкахъ которыхъ были найдены колоніи *penicillium*, и съ присутствіемъ у больныхъ на кожѣ *microsporon furfur* должно быть разсматриваемо по всей вѣроятности, какъ простое совпаденіе; такъ опыты съ прививкою этихъ грибковъ на влагалище женщинъ были вполне отрицательны.

**Объективное изслѣдованіе и припадки.** На стѣнкахъ влагалища, иногда только его нижняго отрѣзка, иногда же на всемъ его протяженіи, находятся разсѣянными бѣлыя или сѣроватая бляшки различной величины, обыкновенно не превышающія 1,0 смъ въ діаметрѣ; онѣ слегка проминируютъ надъ поверхностью и могутъ быть легко удалены — соскоблены ногтемъ или черенкомъ скальпеля. — Въ болѣе интенсивныхъ случаяхъ слизистая оболочка влагалища представляетъ всѣ явленія острого воспаления. Обыкновенно же воспалительныя

явленія выражены весьма слабо; соскобливъ одну изъ бляшекъ, мы убѣждаемся, что подлежащая ткань представляется насыщенно красною, но кровоточить только весьма рѣдко. Подобное образованіе бляшекъ можетъ распространиться и на наружныя половыя части, занимая малыя губы и область наружнаго отверстія уретры. Къ верху же оно достигаетъ только до наружнаго отверстія матки и за него никогда не заходитъ. Въ выдѣленіяхъ влагалища встрѣчаются нерѣдко маленькіе, бѣлаго цвѣта комки, какъ отломки отъ сказанныхъ бляшекъ.

Развитіе только одного *leptothrix vaginalis* обыкновенно не обуславливаетъ никакихъ симптомовъ; при развитіи же *oidium albicans* больныя жалуются на чувство жженія въ половыхъ органахъ и иногда на боль. По временамъ вдругъ появляется довольно сильный зудъ, будящій иногда больныхъ; хожденіе затруднено, вслѣдствіе присоединяющагося *vulvitis*; мочеиспусканіе при этомъ дѣлается также болѣзненнымъ. Къ *vulvitis mycotica* нерѣдко присоединяются еще незначительныя поврежденія — расчесы, вызываемые сильнымъ зудомъ. Больныя при этомъ иногда лихорадятъ незначительно, не выше 38°. Моча, вслѣдствіе того, что къ ней примѣшиваются иногда въ довольно значительномъ количествѣ нити грибовъ и ихъ споры, весьма уже скоро представляетъ на своей поверхности образованіе пленки — *kystein'a*.

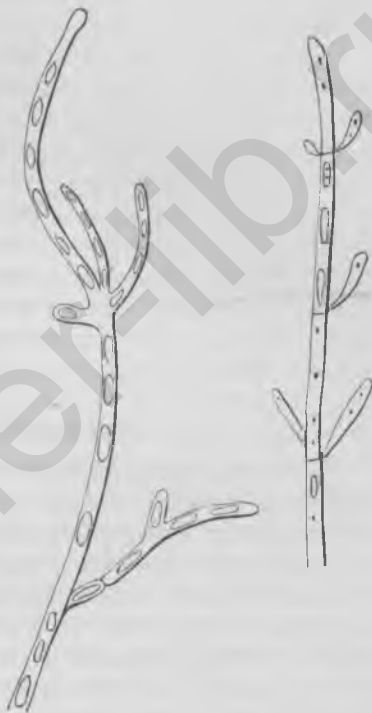


Рис. 54.

Теченіе болѣзни обычно не продолжительно; острая картина воспаления черезъ 5—6 дней переходитъ въ хроническую, которая можетъ представить произвольное излѣченіе черезъ 2 или 3 недѣли. Наблюдались, впрочемъ, случаи, когда больныя являлись на первое изслѣдованіе, а анамнезъ ихъ указывалъ, что онѣ уже болыны три, четыре мѣсяца. Послѣ наступающаго излѣченія нерѣдко приходится наблюдать появленіе рецидивовъ. — Какъ на симптомы, такъ и на теченіе болѣзни, конечно, сильно вліяютъ различныя осложненія, изъ которыхъ мы укажемъ только на нерѣдкое гонорройное воспаленіе влагалища.

Распознаваніе *vaginitidis mycoticae* дѣлается несомнѣннымъ

послѣ изслѣдованія вышеописанныхъ бляшекъ подѣ микроскопомъ. Рядомъ съ многочисленными клѣтками эпителія влагалища встрѣчаются цѣлыя сплетенія нитей *oidium albicans* (рис. 54) и *leptothrix vaginalis* (рис. 55).

**Предсказаніе**, вообще, благоприятно, такъ какъ наблюдаются даже излѣченія самопроизвольныя. — При предпринимаемомъ нами лѣченіи выздоровленіе наступаетъ въ двухъ-недѣльный срокъ, иногда еще ранѣе.



Рис. 55.

**Лѣченіе.** Главною задачею является удаленіе разросшихся грибковъ, что весьма хорошо достигается дезинфицирующими инъекціями во влагалище изъ сулемы (1:2000), *Ac. carbol.* (2%—3%), *Surg. sulphur.* и др., устраненіе воспалительныхъ явленій, покой или полуванны, легкія слабительныя. Такъ какъ *vaginitis mycetica* встрѣчается преимущественно у беременныхъ, то мы считаемъ нужнымъ оговориться, что беременность нисколько не противопоказуетъ приведеннаго лѣченія.

### 5) *Vaginitis tuberculosa.*

Большого клиническаго интереса она не представляетъ и встрѣчается только, какъ осложненіе, при общемъ туберкулозѣ и туберкулозѣ органовъ малаго таза или брюшной области. Всѣ тѣ немногіе случаи, въ которыхъ было произведено гистологическое изслѣдованіе, даютъ намъ несомнѣнную картину присутствія милиарныхъ бугорковъ съ ихъ гигантскими клѣтками и бациллами *Koch*'а. Туберкулезныя язвы представляютъ обыкновенно развитіе бугорковъ не только въ толщѣ своего дна, но и далеко по периферіи въ толщѣ еще неразрушенной слизистой оболочки (*H. Chiari. «Ueber den Befund ausgedehnter tuberculoſer Ulcerationen in der Vulva und Vagina. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis».* 1886, стр. 341). При жизни у больныхъ въ отдѣляемомъ подобныхъ язвъ за послѣднее время (*Ménétrier, «Progrès médical»*, 1886, № 46), примѣняя способъ *Erllich*'а, также доказано присутствіе бугорковыхъ бациллъ.

### 6) Некротизирующія воспаленія слизистой оболочки влагалища. Дифтеритъ и гангрена.

Воспалительный процессъ слизистой оболочки, при которомъ въ самыхъ тканяхъ происходитъ свертываніе, и онѣ превращаются такимъ образомъ въ мертвую, свернувшуюся массу, какъ

извѣстно, называютъ дифтеритическимъ; причемъ различаютъ *dyptheritis superficialis*, когда некрозъ и свертываніе ограничиваются только однимъ эпителиемъ поверхности, и *dyptheritis profunda sive parenchymatosa*, причемъ и воспалительно инфильтрированные глубже лежащія части слизистой оболочки также свертываются въ мертвую массу. Для слизистыхъ оболочекъ, вообще, *E. Ziegler* («*Lehrbuch der pathologischen Anatomie etc.*», 3-е издание, 1884, стр. 230) считаетъ самую частую обуславливающую дифтеритъ причину—дѣйствіе специфическихъ ядовъ, но допускаетъ также возможность его происхожденія и при вліяніи химически-дѣйствующихъ веществъ, какъ, напр., при терапевтическомъ примѣненіи химическихъ прижигателей. Струпъ отъ прижиганія и дифтеритическая пленка при общей инфекціонной формѣ заболѣванія съ точки зрѣнія патолого-анатома не представляютъ, слѣдовательно, никакой разницы. Клинически же она громадна. Вотъ почему, руководствуясь чисто практической цѣлью, я считаю необходимымъ строго различать двѣ формы дифтеритическихъ пораженій слизистой оболочки влагалища, хотя по сути мѣстныхъ анатомическихъ измѣненій онѣ не отличаются другъ отъ друга. Форму, происходящую подъ вліяніемъ причинъ, дѣйствующихъ мѣстно, я считаю возможнымъ не называть дифтеритомъ, а лучше просто воспалительнымъ некрозомъ (*vaginitis necrotica*), а названіе дифтеритъ оставить за случаями инфекціоннаго характера, дающими рѣзко выраженные общіе симптомы. Такимъ образомъ я буду называть разными именами хотя одно и то же анатомическое измѣненіе, но представляющее въ одномъ рядѣ случаевъ совершенно доброкачественную картину болѣзни, въ другомъ же—вызывающее бурные общіе припадки.

а) *Vaginitis necrotica*. На слизистой оболочкѣ влагалища, представляющагося только мѣстами въ извѣстной степени воспаленнымъ, встрѣчаются бѣловатые или сѣроватые пленки незначительной величины. Пленки эти могутъ быть отдѣлены отъ подлежащей ткани или весьма легко, или же онѣ проникаютъ довольно глубоко и отдѣляются только съ трудомъ, оставляя послѣ себя кровоточащую поверхность. Такія отдѣльно сидящія пленки встрѣчаются обыкновенно тогда, когда влагалище приходитъ въ соприкосновеніе съ различнаго рода весьма ѣдкими жидкостями, какъ, напр., съ ихорозными выдѣленіями матки при ракѣ ея, или съ жидкостями, получающимися при ихорозномъ распаденіи фиброміомъ или полиповъ матки. Тѣ же явленія на слизистой оболочкѣ влагалища производитъ иногда разлагающаяся моча при пузырно-влагалищныхъ фистулахъ и скопленіе каловыхъ массъ при образованіи клоаки или *fistula recto-vaginalis*. Различныя механическія раздраженія травматическаго характера при выпаденіяхъ влагалища могутъ иногда вызвать развитіе подобныхъ же пленокъ, не только на язвенныхъ поверхностяхъ выпавшаго



влагалища, но и на его еще хорошо сохраненной и слегка только воспаленной слизистой оболочкѣ.

Симптомы, вызываемые vaginitis necrotica, сводятся на припадки, обусловливаемые тою степенью воспаления, которую представляет въ данный моментъ слизистая оболочка; образование же пленокъ не сопутствуется никакими общими явлениями и не даетъ никакихъ ему только свойственныхъ припадковъ.

Течение болѣзни находится прямо въ связи съ количествомъ и качествомъ ихорозныхъ жидкостей, омывающихъ влагалище, и съ продолжительностью ихъ дѣйствія, такъ что и прогнозъ заболѣванія вполне зависитъ отъ этихъ же условий.

Задачей лѣченія такимъ образомъ является, насколько возможно, воспрепятствовать, какъ образованию сказанныхъ жидкостей, такъ и проникновенію ихъ во влагалище. Устраненіе причинъ ихъ вызывающихъ, слѣдовательно, есть главное показаніе лѣченія этихъ случаевъ. Операция фистуль и удаление опухолей будутъ радикальнымъ лѣченіемъ и для vaginitis necrotica. По удаленіи причины воспаление влагалища обыкновенно подъ вліяніемъ только поддержанія чистоты проходитъ весьма быстро: пленки отваливаются сами собою, оставляя послѣ себя различно глубокія язвенныя поверхности, легко заживающія и обыкновенно не дающія значительнаго развитія рубцовой ткани.

б) Vaginitis dyphteritica наблюдается иногда, какъ осложненіе, при трудныхъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (корь, скарлатина, оспа, холера, тифъ). Кромѣ дифтерита ранъ слизистой оболочки влагалища, при послѣродовой септицеміи, встрѣчаются нерѣдко также и пораженія нераненой поверхности съ образованіемъ дифтеритическихъ пленокъ (vaginitis septica). При старыхъ разрывахъ промежности или, вообще, при короткой промежности и зіяніи половой щели слизистая оболочка слегка выпадающаго влагалища легко приходитъ въ соприкосновеніе съ жидкими каловыми массами, и при пораженіи прямой кишки дизентеріей нерѣдко мы находимъ также и дифтеритическое воспаление влагалища (vaginitis dysenterica). Vaginitis dyphteritica, не принимая въ расчетъ послѣродовыхъ заболѣваній, встрѣчается относительно довольно рѣдко.

**Патологическая анатомія.** Слизистая оболочка влагалища представляется въ состояніи интенсивно выраженнаго воспаления, она значительно утолщена, студенисто отечна. При изслѣдованіи влагалище горячо, иногда стѣнки его такъ распухли, что палецъ проходитъ только съ трудомъ; поверхность слизистой оболочки красна, мѣстами гинеремія выражена еще болѣе рѣзко, нерѣдко различимы различной величины кровоподтеки. На верхушкахъ гребней — налетъ, и на поверхности слизистой оболочки — образование пленокъ бѣловатаго и грязно-зеленоватаго цвѣта разнообразной формы и величины; эти

пленки обыкновенно слегка выдаются надъ поверхностью и только съ трудомъ иногда отскабливаются отъ подлежащей ткани; въ большинствѣ случаевъ при этомъ послѣдняя слегка кровоточитъ. Препараты, полученные съ трупа, показываютъ, что въ этихъ случаяхъ имѣется всегда некрозъ ткани, болѣе поверхностный, ограничивающійся иногда только эпителиемъ, или же и глубокой, проникающій весьма глубоко въ подлежащія ткани; иногда онъ распространяется и на мышечную оболочку влагалища. Характеръ наблюдающихся пленокъ никогда не бываетъ крупозный: всегда существуетъ некрозъ тканей; свернувшаяся экссудативная масса, въ формѣ поверхностной пленки крупознаго характера, наблюдается во влагалищѣ только на язвенныхъ поверхностяхъ.

Рядомъ съ свернушеюся, сѣтчатую массу и кое-гдѣ уцѣлѣвшими эпителиальными клѣтками, въ дифтеритическихъ пленкахъ обыкновенно можетъ быть доказано присутствіе микроорганизмовъ; при дифтеритическихъ воспаленияхъ влагалища виды кокковъ и бактерій еще недостаточно изучены, такъ что мы должны ограничиться только упоминаніемъ о присутствіи ихъ.

Дифтеритическіе струпья, съ теченіемъ болѣзни размягчаясь и иногда расплываясь, опадаютъ и оставляютъ послѣ себя болѣе или менѣе значительной величины язвы, проникающія иногда весьма глубоко. Отпаденіе струпьевъ рѣдко представляется повсюду одновременнымъ, и порою мы находимъ свѣже образованные струпья рядомъ съ уже рѣзко выраженными язвами. Влагалищная часть матки также иногда принимаетъ участіе въ процессѣ; она сильно распухаетъ и представляется весьма дряблою; на ея наружной поверхности можетъ также наблюдаться развитіе дифтеритическихъ пленокъ. Выдѣленія влагалища въ значительномъ, иногда громадномъ количествѣ, грязно-желтаго цвѣта, отвратительнаго, рѣзкаго запаха.

**Припадки.** Больныя лихорадятъ, типъ лихорадки различенъ, смотря по общей формѣ заболѣванія. Жалуются главнымъ образомъ на сильныя, вонючія, ѣдкія бѣли и на боли въ области таза. Внутреннее гинекологическое изслѣдованіе весьма болѣзненно; при немъ иногда замѣчаются рѣзкія сокращенія мышцъ тазового дна и входа во влагалище.

**Распознаваніе.** При тяжелыхъ формахъ общихъ инфекціонныхъ заболѣваній, при появленіи хотя бы и незначительнаго выдѣленія изъ влагалища никогда не слѣдуетъ пренебрегать гинекологическимъ изслѣдованіемъ. Весьма нерѣдко, благодаря отсутствію изслѣдованія, заболѣваніе влагалища просматривается, и только спустя болѣе или менѣе долгое время, по явленіямъ послѣдствій дифтеритическаго вагинита приходится опредѣлять бывшее страданіе. Диагнозъ vaginitidis dyphteriticae обыкновенно не труденъ: при изслѣдованіи зеркаломъ легко открываются

дифтеритическія пленки и сильная воспалительная припухлость влагалища.

**Течение болѣзни и исходы.** Заболѣваніе влагалища дѣлаетъ большею частью и безъ того уже тяжелыя формы общихъ инфекціонныхъ болѣзней еще болѣе опасными. Смертельный исходъ наблюдается далеко не рѣдко. Случаи, кончающіеся выздоровленіемъ, имѣютъ весьма длительное теченіе; разрушенія влагалища бываютъ иногда весьма значительны, заживленіе язвенныхъ поверхностей идетъ медленно. Образующіеся при этомъ рубцы нерѣдко обуславливаютъ значительныя суженія влагалища; въ другихъ же случаяхъ суженія эти происходятъ также вслѣдствіе сращеній обширныхъ язвенныхъ поверхностей между собою. Какъ осложненія, при *vaginitis dyphteritica* могутъ встрѣчаться развитіе тромбозовъ въ венозныхъ сплетеніяхъ малого таза и значительныя флегмонозныя воспаленія клѣтчатки, присутствіе которыхъ можетъ затянуть еще на весьма долгое время періодъ выздоровленія или же при значительномъ и очень распространенномъ своемъ развитіи обусловитъ летальный исходъ. На основаніи всего этого и прогнозъ нашъ долженъ быть всегда сдержаннымъ, такъ какъ только на основаніи болѣе долгаго наблюденія случая мы можемъ высказаться за его исходъ. При отсутствіи осложненій и надлежащемъ уходѣ за больною, исходъ нерѣдко можетъ быть вполне благоприятнымъ.

**Лѣченіе.** Задачею лѣченія является дезинфекція какъ всего влагалища, такъ и особенно отдѣльныхъ его частей, превратившихся въ дифтеритическія струпья. Для мѣстнаго измѣненія характера пленокъ съ большимъ успѣхомъ могутъ быть примѣняемы *Tinct. jodi* и растворъ полуторохлористаго желѣза (25%). Мы производимъ эту манипуляцію слѣдующимъ образомъ: влагалище хорошо вымывается растворомъ сулемы (1:2000), и при введенномъ зеркалѣ кисточкою мы смазываемъ дифтеритическія пленки однимъ изъ сказанныхъ веществъ; затѣмъ все влагалище густо обсыпается порошкомъ іодоформа. Присыпку іодоформомъ въ случаяхъ весьма значительныхъ выдѣленій можно производить два раза въ сутки, или же второй разъ она можетъ быть замѣнена введеніемъ іодоформенной палочки. Въ періодѣ заживленія язвъ, при значительной величинѣ ихъ поверхности и наклонности ихъ срастаться другъ съ другомъ, вполне умѣстно методическое введеніе ватныхъ тампоновъ, обсыпанныхъ порошкомъ іодоформа, или же тампонація полосками іодоформированной марли.

в) *Gangraena vaginae* нерѣдко встрѣчается, какъ осложненіе, при *vaginitis dyphteritica* и при развитіи болѣе или менѣе значительныхъ тромбозовъ въ развѣтвленіяхъ влагалищныхъ венъ. Гангрена влагалища развивается также первично, и притомъ мѣстно или сразу на всемъ протяженіи слизистой оболочки. Въ

первомъ случаѣ она присоединяется обыкновенно къ помя щеки или наружныхъ половыхъ частей, причемъ *Klebs* наблюдалъ въ свѣжихъ случаяхъ еще передъ наступленіемъ гангренознаго распада развитіе микрококковъ въ воспаленныхъ тканяхъ. Во второмъ же случаѣ, встрѣчаясь какъ первичная диффузная гангрена (*Klebs*), она представляется еще до сихъ поръ въ этиологическомъ отношеніи совершенно неразъясненною. Поражающую отдѣльные участки слизистой оболочки гангрену также нерѣдко приходилось встрѣчать при септическихъ формахъ послѣродовыхъ заболѣваній. Въ послѣродовомъ же періодѣ она можетъ представиться нашему наблюденію происходящею вслѣдствіе давленія подлежащею частью плода, при образованіи различного рода влагалищныхъ фистулъ. Долго остающіеся во влагалищѣ пессаріи, особенно у старыхъ женщинъ съ атрофирующимся влагалищемъ, могутъ вызвать также мѣстные омертвѣнія вслѣдствіе давленія.

При изслѣдованіи слизистая оболочка влагалища мягка, грязнобѣлаго, иногда чернаго цвѣта на пораженныхъ мѣстахъ. Весьма скоро наблюдается отдѣленіе этихъ омертвѣвшихъ участковъ, въ формѣ различной величины кусковъ, причемъ можетъ появиться весьма сильное, даже смертельное кровотеченіе. Это отдѣленіе сопровождается обыкновенно выдѣленіемъ значительнаго количества грязныхъ, сильно пахучихъ бѣлей. Нерѣдко больныя при этомъ лихорадятъ, и притомъ температура подымается весьма значительно. — На мѣстѣ отдѣлившихся кусковъ, какъ и при *vaginitis dyphteritica*, остаются большей или меньшей величины язвенныя поверхности, заживленіе которыхъ, какъ мы уже видѣли, ведетъ весьма часто къ развитію стенозовъ влагалища. — Задача мѣстнаго лѣченія состоитъ въ поддержаніи чистоты во влагалищѣ и обеззараживаніи выдѣленій, что и достигается средствами, только что упомянутыми при лѣченіи *vaginitidis dyphteriticae*.

## 7) Флегмонозные воспаленія влагалища.

Смотря по мѣсту локализаціи процесса, мы различаемъ двѣ формы: воспаленіе слизистой оболочки и воспаленіе клѣтчатки, окружающей влагалище.

а) *Vaginitis erysipelatos* s. *Erysipelas vaginae*. Разлитое рожистое воспаленіе слизистой оболочки влагалища приходится наблюдать относительно нерѣдко въ послѣродовомъ періодѣ, при состоявшейся инфекціи свѣжихъ надрывовъ слизистой оболочки. Описаніе подобныхъ случаевъ относится всецѣло къ патологіи послѣродового періода, и поэтому здѣсь мы укажемъ только на *vaginitis erysipelatos*, встрѣчающуюся внѣ этого періода.

До сихъ поръ болѣе подробно описанъ только одинъ случай (*Eppinger*) у женщины 35 лѣтъ, умершей отъ *erysipelas* на 12-й день болѣзни. Рожистый процессъ, начавшійся съ покрововъ головы, на 10-й день занималъ уже область лѣваго бедра и лѣвой ягодицы. При вскрытіи влагалище оказалось пораженнымъ рожистымъ процессомъ съ образованіемъ на поверхности маленькихъ пузырьковъ; жидкость этихъ пузырьковъ содержала колоніи микро-организмовъ; сосочковый слой слизистой оболочки, особенно на мѣстахъ, лишенныхъ эпителія, представлялъ весьма рѣзко выраженную клѣточковую инфильтрацію, мѣстами эта инфильтрація достигала до мышечнаго слоя.

б) **Paravaginitis.** Какъ мы уже видѣли, воспаленіе клѣтчатки вокругъ влагалища можетъ иногда осложнять интензивныя формы вагинитовъ; мы имѣемъ при этомъ или воспаленіе болѣе крупныхъ лимфатическихъ сосудовъ (*lymphangoitis*) съ опуханіемъ лимфатическихъ железъ, или же воспаленіе распространяется болѣе равномерно по всей рыхлой тазовой клѣтчкѣ. Въ первомъ случаѣ можетъ нерѣдко развиваться нагноеніе въ лимфатической железѣ; во второмъ же — слѣдствіемъ воспаленія остается иногда значительное равномерное утолщеніе стѣнокъ влагалища. Клиническая картина этихъ формъ *paravaginitis* будетъ нами изложена въ главѣ о *parametritis*.

в) **Paravaginitis phlegmonosa dissecans.** (*Маркнетъ.*) Подъ именемъ *paravaginitis phlegmonosa dissecans* описано нѣсколько случаевъ, по преимуществу нашими соотечественниками, но количество наблюдений пока еще не вполне достаточно, чтобы составила полная картина заболѣванія, такъ что еще даже и сущность процесса остается не вполне выясненною. Характерной чертой заболѣванія представляется воспаленіе клѣтчатки вокругъ влагалища, причемъ вся слизистая оболочка, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и мышечная оболочка, омертвѣваютъ и извергаются наружу, сохраняя форму трубки влагалища. — Является ли въ этихъ случаяхъ первичнымъ явленіемъ *paravaginitis phlegmonosa*, или же *gangraena vaginae*, за которую уже развивается реактивное, диссецирующее воспаленіе клѣтчатки, — до сихъ поръ остается еще далеко не разъясненнымъ, что отчасти объясняется позднимъ періодомъ болѣзни, съ котораго начинались наблюденія. — Многіе изъ описанныхъ случаевъ развились въ теченіе тифа; ближе же этиологія ихъ еще совершенно неизвѣстна. — Во всѣхъ случаяхъ больныя лихорадили, жаловались на сильныя боли въ области малаго таза; выдѣленія изъ влагалища ихорозныя, иногда — незначительныя кровотеченія. Слизистая оболочка влагалища утолщена, блѣдна, гангренифицирована, выдѣляется произвольно и иногда даже неосожиданно. Заболѣваніе само по себѣ не смертельно; больныя относительно легко выздоравливаютъ. При изслѣдованіи влагалища, тотчасъ

по отхожденіи его слизистой оболочки, оно представляется все сплошь изъязвленнымъ, исключая обыкновенно только незначительнаго пространства нижняго отрѣзка, переходящаго въ наружные половые органы. Вся язвенная поверхность мало по малу заживаетъ, оставляя послѣ себя значительныя суженія влагалища.

Лѣчение — какъ при гангренѣ влагалища. Долго незаживающія обширныя язвенныя поверхности во влагалищѣ могутъ потребовать примѣненія метода *Reverdin'a* — пересадки маленькихъ кусочковъ кожи. *Beigel* («*Hegar u. Kaltenbach, Operative Gynaekologie*», III изд., стр. 786) примѣнилъ этотъ методъ въ двухъ случаяхъ трудно заживающихъ язвъ влагалища, — получился полный успѣхъ. Онъ совѣтуетъ покрывать привитые кусочки маленькимъ кускомъ полотна, смоченнымъ въ глицеринѣ, и все это удерживать помощью ватнаго тампона (лучше іодоформированною марлею). перевязка не должна быть смѣнена ранѣе 5-ти или 6-ти дней, чтобы не нарушить начавшагося приращенія.

Для избѣжанія обширныхъ рубцевыхъ сокращеній и образованія стенозовъ влагалища послѣ изверженія всей слизистой оболочки, при *paracolpitis phlegmonosa dissecans* вполне заслуживаютъ вниманія и примѣненія, въ нѣсколько измѣненномъ видѣ, описанные уже нами въ главѣ о порокахъ развитія влагалища (стр. 40) методы образованія кожныхъ лоскутовъ и перемѣщенія ихъ на стѣнки влагалища.

## V. Опухоли и новообразованія влагалища.

### 1) Кровяная опухоль влагалища. (*Haematoma vaginae*.)

Кровяная опухоль влагалища (*haematoma s. thrombus vaginae*) встрѣчается еще рѣже, чѣмъ таковая наружныхъ половыхъ частей; въ большей части случаевъ она осложняется этою послѣдней. Благодаря происшедшему разрыву кровеноснаго сосуда, обыкновенно вены, кровь изливается въ околослагалищную клетчатку, образуя колоссальныхъ размѣровъ интритканевой экстривазатъ. Слизистая оболочка влагалища рѣзко выпячивается въ просвѣтъ послѣдняго, образуя покровъ большей или меньшей величины опухоли; она значительно истончается, сильно напряжена, такъ что содержимое гематомы иногда ясно просвѣчиваетъ черезъ нее, придавая всей опухоли темно-сине-красную окраску. Контуръ опухоли не рѣзки; величина ея отъ лѣснаго орѣха до головки доношеннаго ребенка.

Гематомы маленькой величины могут встрѣчаться также, какъ образованія полипозныя. Интерстиціальныя экстравазаты выдающихся гребней *columnae rugarum* или экстравазаты въ свободныхъ концахъ разорвавшихся бывшихъ частичныхъ перегородокъ и перемычекъ во влагалищѣ, достигая извѣстной величины и представляя свои основанія не занятыя кровоизліяніемъ, представляютъ иногда рѣзко выраженные полипозныя образованія (haematoma polyposum vaginae).

Кровяныя опухоли встрѣчаются во влагалищѣ занимающими чаще всего заднюю стѣнку и затѣмъ боковыя; на передней же онѣ наблюдаются крайне рѣдко. Развиваясь на задней стѣнкѣ, онѣ могутъ достигать до величины головки ребенка и значительно смѣщать органы малаго таза. Матка и мочевоу пузырь оттѣсняются весьма значительно кверху и кпереди, такъ что *portio vaginalis* едва достигается подъ *symphysis ossium pubis*. Прямая кишка прижата къ передней поверхности крестца. (Случай *Н. В. Ястребова*, см. *М. Г. Сазонова. Къ ученію о гематомѣ наружныхъ половыхъ частей и влагалища. «Русская медицина»*. 1884, №№ 37 и 38.) Достигая такихъ значительныхъ размѣровъ, кровяная опухоль обуславливаетъ растяженіе слизистой оболочки влагалища, покрывающей массу излившейся крови, до такой степени, что она не выдерживаетъ, лопается, и все содержимое изливается наружу. Разрывъ влагалища при этомъ можетъ достигать весьма значительныхъ размѣровъ. При такомъ самопроизвольномъ опороженіи опухоли, если кровоточащій сосудъ еще не затромбировался, скопленіе крови можетъ состояться вновь; но при этомъ опухоль уже не достигаетъ снова своей прежней величины, такъ какъ изліяніе крови наружу происходитъ теперь безпрепятственно. Кровотеченія при этомъ, какъ и въ случаяхъ *haematoma vulvae*, могутъ быть настолько значительны, что больной можетъ угрожать летальный исходъ.

Кровяныя опухоли небольшихъ размѣровъ, представляя всѣ степени регрессивныхъ измѣненій кровяного сгустка, всасываются весьма легко и проходятъ безслѣдно. При существованіи видимаго сообщенія съ просвѣтомъ влагалища, а въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ и безъ него, содержимое гематомы весьма легко подвергается гнилому разложенію, вызывая значительное ихорозное вагноеніе въ полости и давая картину общаго септического зараженія. Въ случаяхъ развитія абсцессовъ иногда наблюдается развитіе *fistulae recto-vaginalis*.

Этіологія гематомъ влагалища сводится вся на травму. Въ преобладающемъ большинствѣ онѣ наблюдаются развивающимися въ связи съ актомъ родовъ у первородящихъ. Большую роль, въ качествѣ производящей причины, играютъ при этомъ быстрыя и значительныя смѣщенія стѣнокъ влагалища, причемъ въ около-влагалищной рыхлой клѣтчаткѣ легко происходятъ разрывы, и,

если въ область разрыва попадаетъ кровеносный сосудъ, мы имѣемъ передъ собою развитіе кровяной опухоли; если — нѣтъ, то дѣло ограничивается мѣстными паравагинальными воспаленіями. Особенно легко и относительно часто подобные разрывы наблюдаются при родоразрѣшеніяхъ, потребовавшихъ инструментальной помощи.

Болѣе частое мѣстонахожденіе кровяной опухоли на задней стѣнкѣ влагалища можно поставить въ связь съ болѣе значительнымъ растяженіемъ и истонченіемъ ея при родовыхъ сокращеніяхъ матки, находящейся въ положеніи рѣзко выраженной антеверсии. Чрезмѣрное растяженіе тканей, входящихъ въ составъ задней стѣнки, влечетъ за собою мѣстные надрывы клѣтчатки и стволонъ большихъ венозныхъ сплетеній, здѣсь помѣщающихся. Образование опухоли въ этихъ случаяхъ наблюдается обыкновенно по окончаніи родового акта, когда растяженіе тканей начинается изглаживаться. (*J. H. Croom. Edinburgh medic. Journal*. 1886, стр. 1001.)

Въ небеременномъ состояніи гематомы влагалища развиваются всегда только послѣ значительныхъ механическихъ инсультовъ и встрѣчаются рядомъ съ поврежденіями слизистой оболочки. Какъ на предрасположеніе къ образованію кровяной опухоли, указываютъ на иногда существующее варикозное состояніе сосудовъ. Для большинства случаевъ пока можно только предположить (такъ какъ изслѣдованій въ этомъ направленіи еще совсѣмъ нѣтъ) заболѣваніе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ, обуславливающее ихъ болѣе легкую ранимость (*Сазонова* 1. с.).

**Припадки.** Кровяная опухоль влагалища развивается обыкновенно быстро, вдругъ. У беременныхъ развитіе ея наблюдалось иногда вслѣдъ за сильнымъ напряженіемъ мышцъ брюшного пресса (жиленье, кашель и т. п.); только весьма рѣдко гематома образуется во время родового акта до рожденія ребенка; обыкновенно же она появляется вслѣдъ за его рожденіемъ, или спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ этого. Развитіе ея сопровождается ощущеніемъ довольно интензивной боли въ тазу, и, смотря по величинѣ опухоли, интензивность различна, такъ при большихъ опухоляхъ боль нестерпима и значительно превосходитъ страданія во время родовъ. Кровь, накопляясь въ тканяхъ septi recto-vaginalis, вызываетъ обыкновенно мучительные позывы къ испражненію. Въ большей части случаевъ опухоль, достигая извѣстныхъ размѣровъ, становится видимой уже снаружи. Раздвигая большія губы, мы находимъ заднюю стѣнку влагалища выпятившеюся, напряженною, темно-сине-краснаго цвѣта. При весьма значительной величинѣ опухоли, или при повторномъ ея образованіи, нерѣдко развиваются признаки обшлаго остраго малокровія.

**Распознаваніе.** Быстро развившаяся опухоль темно-сине-крас-



наго цвѣта на стѣнкѣхъ влагалища, связанная съ значительными болевыми ощущеніями, указываетъ намъ уже на то, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Иногда въ моментъ изслѣдованія она представляется уже вскрывшешюся, и изъ получившагося такимъ образомъ отверстія сочится кровь, или оно закупорено плотными кровяными сгустками.

**Предсказаніе** зависитъ главнымъ образомъ отъ интенсивности кровотечения и возможности инфекции; въ большей части случаевъ оно благоприятно.

**Лѣченіе.** Такъ какъ гематомы, не вскрывшіяся произвольно, подвергаются весьма хорошо обратному метаморфозу и исчезаютъ безслѣдно, то для лѣченія искусственное вскрытіе и опорожненіе ихъ не представляется необходимымъ. Вскрывать разрывомъ кровяныя опухоли мы должны только въ случаяхъ крайности, при существованіи строгихъ показаній, такъ, напр., для уменьшенія объема опухоли, развившейся до рожденія ребенка и представляющей извѣстное препятствіе дальнѣйшему ходу родовъ.— Въ случаяхъ же произвольнаго вскрытія, если отверстіе представляется малымъ, расширеніе его разрывомъ вполне показано, такъ какъ этимъ достигается возможность болѣе свободныхъ манипуляцій въ полости кровяного мѣшка. — Чѣмъ раньше вскрывается гематома искусственно или произвольно, тѣмъ болѣе опасность кровотечения. Произведя достаточное расширеніе отверстія опухоли и имѣя возможность видѣть ея внутреннюю поверхность, мы будемъ иногда въ состояніи непосредственно видѣть источникъ кровотечения и остановить его, обкалывая или перевязывая кровоточащее мѣсто. Если этимъ путемъ не удастся остановить кровотечения, то мы прибѣгаемъ къ давленію; лучше всего производить его, туго выполняя полость опухоли кусками іодоформированной марли, или ватными тампонами, смоченными въ растворѣ сулемы или Ас. carbol. — Въ дальнѣйшемъ теченіи, при явленіяхъ нагноенія въ полости, главною задачею является устраненіе возможности скопленія выдѣленій; съ этою цѣлью умѣстны частыя промыванія дезинфицирующими растворами и дренажированіе полости помощью введенныхъ полосокъ іодоформированной марли или дренажныхъ трубокъ.

## 2) Кисты влагалища.

Еще недавно кисты влагалища считались весьма рѣдкимъ явленіемъ, но съ тѣхъ поръ, какъ гинекологія начала обладать возможностью дѣлать доступнымъ зрѣнію всю поверхность влагалища, кисты стали наблюдаться все чаще и чаще; и дѣйствительно, въ настоящее время онѣ должны быть отнесены къ явленіямъ зауряднымъ. Кисты небольшой величины, ускальзываютъ

щія иногда весьма легко отъ изслѣдованія осязаніемъ, нерѣдко при точномъ осмотрѣ влагалища помощью ложкообразныхъ зеркаль, предпринимаемомъ для другихъ цѣлей, бываютъ находимы совершенно случайно.

**Анатомія.** Кисты влагалища, смотря по мѣсту своего положенія и по своему развитію, представляютъ двѣ рѣзко отличающіяся другъ отъ друга группы. Однѣ развиваются въ слизистой оболочкѣ влагалища и лежатъ поверхностно, другія же, развиваясь подъ нею, лежатъ глубоко и большею частью представляются отдѣленными отъ просвѣта влагалища всею толщею слизистой оболочки.

Кисты поверхностныя встрѣчаются нѣсколько чаще на передней стѣнкѣ влагалища, чѣмъ на его задней, на боковыхъ стѣнкахъ еще рѣже. Величина ихъ различна — отъ чечевичнаго зерна до куринаго яйца; большею частью онѣ одиночны, иногда только ихъ двѣ или три, въ большемъ же числѣ онѣ обыкновенно не встрѣчаются. Развиваясь въ толщѣ слизистой оболочки, онѣ значительно истончаютъ покрывающій ихъ слой ея, значительно проминируютъ надъ поверхностью, и, вслѣдствіе истонченія этого слоя, содержимое ихъ просвѣчиваетъ, такъ что онѣ представляютъ наружный видъ, напоминающій мѣшки hydrocystis.

Содержимое ихъ, что касается плотности, цвѣта и морфологическихъ составныхъ частей, весьма различно; довольно часто жидкость представляется серозною, совершенно прозрачною, безцвѣтною или слегка желтоватою, похожею на содержимое при hydrocele; иногда же, вслѣдствіе большей или меньшей примѣси крови, она красна, коричнева, болѣе густа, напоминающая слегка кофейную гущу; содержитъ бѣлокъ, иногда муцинъ. Подъ микроскопомъ: клѣтки эпителия, зернистые шары, бѣлые и красные кровяные шарики, мелкозернистая масса и иногда — кристаллы холестеарина.

Своей собственной стѣнки часто кисты не имѣютъ, или же она весьма тонка и состоитъ изъ волоконъ окружающей соединительной ткани, располагающихся только нѣсколько гуще, тѣснѣе вокругъ полости кисты. Вся полость выстлана обыкновенно короткоцилиндрическимъ эпителиемъ, иногда же плоскимъ однослойнымъ или и многослойнымъ. Въ одномъ изъ случаевъ, наблюдавшихся въ нашей клиникѣ и описанномъ *А. И. Лебедевымъ* («*Zeitschr. f. Geb. u. G.*», *Bd. XII, стр. 327*), имъ было найдено совмѣстное присутствіе всѣхъ сказанныхъ трехъ видовъ эпителия, причемъ. могло быть наглядно доказано, какъ короткоцилиндрической эпителий переходитъ въ плоскій: переходъ, встрѣчающійся обыкновенно при развитіи кистъ почечныхъ кавадьцевъ. Въ гораздо болѣе рѣдкихъ случаяхъ внутренняя поверхность кистъ представляется выстланною эндотелиемъ, или же иногда

авторы совершенно не находили ни эпителия, ни эндотелия. Этот вполне отрицательный результат, впрочем, основан на недостаточно точном методѣ изслѣдованія помощью разрывовъ уплотненной ткани, такъ какъ при немъ весьма рѣдко тонкій слой эндотелия можетъ представляться какъ бы не существующимъ.

На основаніи приведеннаго гистологическаго строенія кистъ, становится несомнѣннымъ, что онѣ представляются кистами ретенционными. Мы уже видѣли, что обыкновенно въ слизистой оболочкѣ влагалища железъ не находятъ, и только иногда, въ исключительныхъ случаяхъ онѣ могутъ быть найдены. Эти иногда имѣющіяся железы и составляютъ источникъ развитія кистъ, высланныхъ короткоцилиндрическимъ (рис. 56) или плоскимъ эпителиемъ. Кисты же, имѣющія на внутренней поверхности своей стѣнки эндотелиальный покровъ, представляютъ, по всей вѣроятности, источникомъ своего развитія расширенныя лимфатическіе сосуды (*Klebs*).



Рис. 56.

Кисты, развивающіяся подъ слизистой оболочкою, встрѣчаются большею частью одиночно, но въ исключительныхъ случаяхъ число ихъ можетъ достигать до шести и болѣе. Помѣщаются онѣ болѣе на протяженіи верхнихъ двухъ третей влагалища и только рѣдко въ нижнемъ отдѣлѣ; преимущественно занимаютъ одну изъ боковыхъ стѣнокъ, рѣже переднюю. Въ случаѣ, гдѣ ихъ наблюдалось шесть, онѣ располагались по спиральной линіи вдоль влагалища. Величина кистъ довольно значительна, начиная отъ гусиного яйца (*Н. В. Ястребовъ*, «*Журналъ для норм. и пат. гистологіи*», Руднева, 1877) и до дѣтской головки (*Veit. Zeitschr. f. Geb. u. G., Bd. VIII, стр. 471*) и занимаютъ все протяженіе боковой стѣнки влагалища. Благодаря своей величинѣ, онѣ обуславливаютъ значительныя смѣщенія и выпаденія влагалища, иногда довольно сильно сужая его просвѣтъ. Поверхность

покрывающей ихъ слизистой оболочки влагалища относительно нормальна, содержимое ихъ не просвѣчиваетъ.

Кисты этого рода обыкновенно имѣютъ стѣнку значительно развитую, довольно толстую, состоящую изъ соединительной ткани и слоевъ мышечныхъ волоконъ; киста легко можетъ быть вылучена цѣликомъ изъ окружающей ткани. Внутренняя поверхность покрыта эпителиемъ короткоцилиндрическимъ или плоскимъ, нерѣдко многослойнымъ; подъ-эпителиальный слой представляетъ развитие сосочковъ, имѣющихъ иногда полное сходство съ таковыми слизистой оболочки влагалища. Содержимое ихъ весьма разнообразно: иногда — густая, клейкая жидкость, иногда же чисто гнойная, при большомъ содержаніи крови — подобная кофейной гущѣ; иногда жидкость весьма похожа на содержимое атероматовныхъ кистъ. Микроскопъ показываетъ присутствие значительнаго количества форменныхъ элементовъ: различнаго рода эпителиальныя клѣтки, безцвѣтные и красные кровяные шарики, зернистые шары и мелкозернистая масса, нерѣдко съ довольно крупными каплями жира.

Источникомъ развитія кистъ, имѣющихъ сказанное строеніе, являются рудименты Мюллера хода или Вольфова протока (Гартнеровъ ходъ). Мы видѣли уже при изученіи пороковъ развитія влагалища, что при *vagina unilateralis*, развившейся только изъ одного Мюллера хода, можетъ образоваться рядомъ съ нею изъ другаго недоразвитаго хода *haemato-* или *ruocolpos unilateralis*. Въ случаяхъ, когда этотъ второй недоразвитый Мюллеровъ ходъ только на ограниченныхъ мѣстахъ снабженъ эпителиемъ и просвѣтомъ, то эти мѣста и могутъ послужить съ теченіемъ времени къ развитію разбираемыхъ нами кистъ. Кисты, развивающіяся изъ остатковъ Вольфова протока, гистологически по своему строенію еще не могутъ быть вполне точно отличаемы отъ развивающихся изъ Мюллера хода, и пока мы должны довольствоваться отличіемъ по мѣсту ихъ нахождения: кисты Мюллера хода никогда не заходятъ за мѣсто прикрѣпленія сводовъ влагалища и достигаютъ только до корня *ligamenti lati*; тогда какъ кисты Вольфова протока могутъ заходить между листками широкой связки и кончатся недалеко отъ области яичника (*Breisky l. c. стр. 727*).

Къ кистамъ влагалища, помѣщающимся также подъ слизистой оболочкою, слѣдуетъ отнести кисты травматическаго происхожденія, развивающіяся нерѣдко послѣ бывшихъ тканевыхъ экстрavasатовъ, изъ такъ называемыхъ тромбовъ влагалища (*haematoma vaginae*). Сюда же должны быть отнесены рѣдкіе случаи *hygroma vaginae*, происходящіе въ слѣдствіе развитія синовиальныхъ сумокъ въ рыхлой клѣтчаткѣ между такими подвижными органами, какъ влагалище и прямая кишка, въ *septum recto-vaginae*.

Кисты, развивающіяся на передней стѣнкѣ влагалища, по сосѣдству съ мочеиспускательнымъ каналомъ, могутъ имѣть своимъ источникомъ или бывшую urethrocele, обособившуюся въ кисту, вслѣдствіе зарощенія отверстія, сообщавшагося съ мочеиспускательнымъ каналомъ, или же одна изъ гроздовидныхъ железокъ (*Littre*) этого послѣдняго можетъ служить мѣстомъ развитія кисты (*Preuschen*). Наконецъ, упомянутыя уже нами (стр. 27) мѣстныя вдавленія, впячиванія стѣнокъ влагалища при благоприятныхъ обстоятельствахъ могутъ также дать поводъ къ развитію кистовиднаго образованія.



Рис. 57.

**Этіологія.** Кисты влагалища были уже наблюдаемы врожденно у новорожденныхъ дѣвочекъ и относятся въ этихъ случаяхъ по всей вѣроятности къ кистамъ Мюллера хода (*hydrocolpos unilateralis*). Этіологическимъ моментомъ развитія кистъ ретенціоннымъ путемъ изъ железъ влагалища служатъ обыкновенно воспаленія слизистой оболочки (*vaginitis*). Различнаго рода травмы, и въ особенности родовыя, стоятъ нерѣдко въ связи съ развитіемъ кистъ геморрагическаго характера и началомъ скопленія жидкости въ недоразвившемся Мюллеровомъ ходѣ или остаткахъ Вольфовыхъ протоковъ.

**Припадки.** Кисты небольшихъ размѣровъ не даютъ никакихъ припадковъ, и присутствіе ихъ констатируется иногда совершенно случайно. При кистахъ большей величины уже нерѣдко приходится наблюдать значительныя влагалищныя бѣли, какъ результатъ поддерживаемаго присутствіемъ кисты хроническаго вагинита; удаляя оперативнымъ путемъ кисту, мы наблюдаемъ, какъ легко проходитъ безъ всякаго лѣченія сопутствовавшій ей вагинитъ. Кисты еще большей величины вызываютъ уже весьма тягостныя для больныхъ припадки, свойственныя смѣщеніямъ и выпаденіямъ влагалища, обусловливаемымъ кистами. Рисунокъ 57 представляетъ наглядно такого рода выпаденіе задней стѣнки влагалища, подъ влияніемъ развившейся въ ней кисты (*L. Fürst*).

Больныя жалуются обыкновенно на чувство давленія на низъ, тяжесть внизу живота, частые позывы къ мочеиспусканію,

извѣстную неловкость при ходьбѣ и невозможность половых сношеній. При появленіи менструальнаго прилива, всѣ эти припадки обыкновенно бываютъ выражены въ болѣе значительной степени. Кисты этой величины могутъ уже представлять также извѣстное препятствіе во время родового акта при прохожденіи подлежащей части (головки), что въ свою очередь можетъ вызвать гангрену стѣнки кисты.

**Распознаваніе** обыкновенно представляется довольно легкимъ. Опухоль, сидящая въ стѣнкѣ влагалища, проминирующая въ его просвѣтъ, иногда просвѣчивающая, значительно напряженная, порою даже флюктуирующая, съ рѣзко очерченными контурами, безъ всякихъ слѣдовъ воспаленія по своей периферіи, не можетъ быть принята ни за абсцессъ, ни за haematoma vaginae. Болѣе тщательное изслѣдованіе per rectum и катетеромъ черезъ мочевой пузырь не позволитъ также смѣшать кисту съ cystocele, rectocele и hydrocolprocele, особенно, если и по вправленіи существующаго смѣщенія или выпаденія влагалищныхъ стѣнокъ опухоль, вправляясь, не исчезаетъ и сохраняетъ тотъ же объемъ, тѣ же контуры и ту же консистенцію. Еслибы, почему бы то ни было, діагнозъ все еще оставался сомнительнымъ, то пробаторная пункція уже всегда дастъ положительный отвѣтъ, причемъ изслѣдованіе выпущенной жидкости дастъ намъ также возможность выключить присутствіе эхинококка, могущаго, какъ исключительное явленіе, быть встрѣченнымъ также и въ области влагалища.

**Предсказаніе** при надлежащемъ лѣченіи — благопріятное. Кисты небольшія, не вызывающія никакихъ припадковъ, растутъ весьма медленно и поэтому не требуютъ нашего вмѣшательства. Развиваясь въ слизистой оболочкѣ, онѣ нерѣдко истончаютъ настолько покрывающую ихъ часть ея, что легко происходитъ самопроизвольный разрывъ и иногда полное излѣченіе. Съ другой стороны, достигая извѣстной величины, онѣ вызываютъ явленія выпаденія влагалища, тягостные припадки котораго и обуславливаютъ показанія къ нашему вмѣшательству.

**Лѣченіе** — только оперативное. Прежде довольствовались пункціею, надрѣзомъ стѣнки или проведеніемъ дренажа, причемъ примѣнялись различныя прижиганія вскрытой такимъ образомъ внутренней поверхности кисты. Методы эти, во-первыхъ, не всегда давали полное излѣченіе, такъ какъ при зараженіи искусственно сдѣланнаго отверстія жидкость скоплялась вновь, и, во-вторыхъ, были далеко не совершенно безопасны: нерѣдко появлялись весьма тяжелыя формы воспаленій тазовой клѣтчатки, и больной угрожала серьезная опасность. (*Чудовскій, «Медицинскій Вѣстникъ» 1879. №№ 1 и 2*). Въ настоящее время, при соблюденіи принциповъ антисептики, полное или частичное удаленіе кисты представляются операціями, совершенно без-

вредными и вполне радикально излѣчивающими данное заболѣваніе.

Полное удаленіе кисты въ большей части случаевъ удается довольно легко, не смотря на то, что, благодаря тонкости стѣнокъ, онѣ легко разрываются, и приходится продолжать вылущеніе опухоли уже въ спавшемся видѣ. Лучше дѣлать сразу два разрѣза слизистой оболочки такимъ образомъ, чтобы они, соединенные своими верхними и нижними концами, образовали эллипсоидный лоскутъ ея, приходящійся на самой проминирующей части кисты и, слѣдовательно, захватывающій самую истонченную ея часть. Само вылущеніе можетъ быть производимо тупыми инструментами, и только мѣстами могутъ встрѣчаться болѣе плотныя перемычки, требующія разрѣза ножницами или скальпелемъ. Иногда встрѣчаются довольно значительные брызжущіе артеріальные стволы; на время операціи они захватываются въ кровоостанавливающіе пинцеты.

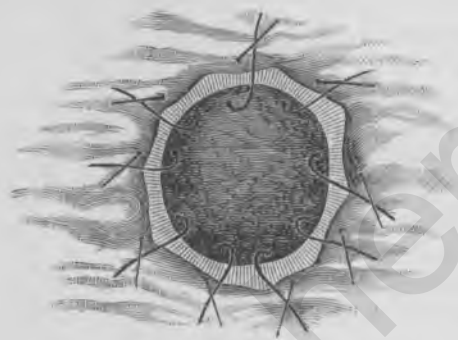


Рис. 58.

По удаленіи кисты, получается довольно обширная раневая поверхность, такъ что, когда площадь ея особенно велика, то глубокій шовъ à fil perdu изъ катгута оказывается вполне уместнымъ. Катгутъ можетъ быть въ данномъ случаѣ также примененъ и для непрерывнаго многояруснаго шва. Пока мы предпочитаемъ накладывать глубокій непрерывный катгутовый шовъ, а края слизистой оболочки зашиваемъ шелковымъ узловатымъ, поверхностнымъ швомъ. Кровоточація артеріи обыкновенно не требуютъ отдѣльной перевязки, и всякое кровотеченіе вполне удовлетворительно останавливается при завязываніи наложенныхъ швовъ. Для перевязки послѣ операціи вполне достаточно присыпки порошкомъ іодоформа.

Весьма удобнымъ и дающимъ меньшую травму представляется методъ *Schræder'a* («*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*», Bd. III, 1878, стр. 424) частичнаго удаленія кисты. Онъ заключается въ томъ, что скальпелемъ или ножницами отрѣзывается вся выдающаяся надъ внутреннею поверхностью влагалища часть кисты вмѣстѣ съ покрывающею ее слизистою оболочкою; такимъ образомъ остается *in situ* дно кисты; между перерѣзанными ея стѣнками и слизистою оболочкою влагалища получается циркулярная, весьма не широкая рана (рис. 58). Швы накладываются такъ, что края внутренней поверхности кисты пришиваются къ

внутренней поверхности влагалища.

влагалищу, и оставшаяся часть ея входитъ такимъ образомъ въ составъ поверхности влагалища. Весьма скоро, недѣли черезъ 2 или 3, поверхность кисты теряетъ свой характеръ, и, если она была выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ, то на его мѣстѣ развивается многослойный плоскій эпителий, такъ что черезъ извѣстное количество времени уже нельзя бываетъ отличить даже мѣсто, на которомъ была киста. Методъ этотъ, какъ мы видимъ, даетъ вполнѣ радикальное излѣченіе и заслуживаетъ преимущества, особенно въ случаяхъ глубокаго развитія кистъ, при которыхъ, при полномъ вылученіи, могла бы грозить опасность вскрытія брюшины или полыхъ сосѣднихъ органовъ (*Veit, «Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.»*, Bd. VIII, стр. 475); сморщиваніе и обратное развитіе оставляемаго, иногда весьма значительнаго сегмента кисты происходитъ при этомъ вполнѣ удовлетворительно и относительно быстро.

### 3) Фибромы, фиброміомы и міомы стѣнокъ влагалища.

Доброкачественныя новообразованія типа вполнѣ развитой, волокнистой соединительной ткани, въ видѣ фибромъ, или же и въ соединеніи съ одновременнымъ разрастаніемъ мышечной ткани (фибро-міома), представляются весьма рѣдкими явленіями въ стѣнкахъ влагалища; еще рѣже встрѣчаются чистыя міомы изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, и до сихъ поръ только какъ рѣдкости извѣстны (*Кашеварова-Руднева, Докт. Диссертация, 1876*) опухоли, въ составъ которыхъ входили и мышцы поперечно исчерченныя (*Rhabdomyoma*). Точныя статистическія данныя относительно большей или меньшей частоты фибромъ, фиброміомъ и міомъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ до сихъ поръ еще даны быть не могутъ, такъ какъ, изъ извѣстныхъ въ литературѣ около 60 случаевъ, только въ извѣстномъ числѣ ихъ приведены точныя указанія на гистологическій характеръ новообразованій, въ остальныхъ же употребляется терминъ фиброидъ, обозначающій безразлично всѣ сказанные три рода опухолей. Такъ какъ съ клинической точки зрѣнія въ огромномъ большинствѣ случаевъ это различіе представляется также не особенно важнымъ, то мы и будемъ разбирать ихъ въ одной общей группѣ новообразованій.

**Анатомія.** Опухоли—довольно плотной консистенціи; поверхность разрѣза блеститъ, бѣловатаго цвѣта, соку не даетъ; уже простымъ глазомъ различимы идущіе въ различныхъ направленіяхъ и перекрещивающіеся другъ съ другомъ пучки, болѣе или менѣе рѣзко выраженные; одни изъ нихъ, болѣе бѣлаго цвѣта и болѣе плотной консистенціи, принадлежатъ старой соединительной ткани, другіе же, болѣе матовые, сѣроватаго цвѣта и болѣе



мягкіе.—мышечной ткани. Въ большинствѣ случаевъ обѣ эти ткани представляются расположенными относительно другъ друга безъ всякаго порядка. Кровеносные и лимфатическіе сосуды встрѣчаются довольно часто въ изобиліи; кавернозные же формы пока не наблюдались. Съ одной стороны на извѣстномъ пространствѣ опухоль обыкновенно покрыта слизистой оболочкой влагалища; ткань опухоли переходитъ непосредственно въ папиллярный слой, такъ что сосочки слизистой оболочки представляются какъ бы продолженіемъ соединительной ткани опухоли. Эпителій, покрывающій ихъ, неизмѣненъ, и иногда только слой его нѣсколько истонченъ.

„Влагалище на всемъ своемъ протяженіи можетъ представляться мѣстомъ нахождения фиброміомъ, но гораздо чаще онѣ встрѣчаются на передней его стѣнкѣ, затѣмъ на задней и относительно уже рѣдко на одной изъ боковыхъ. Обыкновенно онѣ встрѣчаются одиночными. Опухоли эти только рѣдко начинаютъ развиваться въ самыхъ поверхностныхъ слояхъ слизистой оболочки и притомъ такъ, что тотчасъ же начинаютъ получать форму полипа; обыкновенно же, начиная развиваться въ болѣе глубокихъ слояхъ или въ подслизистой ткани, онѣ растутъ сначала кнаружи и только впоследствии смѣщаются во влагалище и могутъ мало-по-

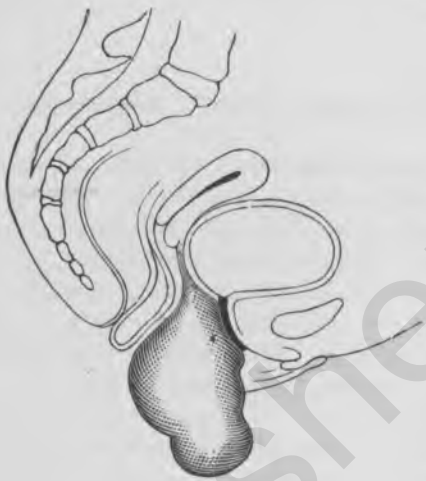


Рис. 59.

малу также получать полипозную форму, причемъ ножка ихъ представляется гораздо болѣе толстою, чѣмъ въ первомъ случаѣ. Производя смѣщеніе влагалища, съ одной стороны, опухоль обуславливаетъ иногда также и смѣщеніе рядомъ лежащихъ полыхъ органовъ, давая поводъ къ образованію cystocele, urethrocele и rectocele. Весьма часто однако опухоли не принимаютъ формы полипа, и тогда онѣ представляются сидящими на широкомъ основаніи безъ слѣда всякой ножки, причемъ могутъ занимать значительное протяженіе на одной изъ стѣнокъ влагалища. Въ большей части случаевъ, опухоли имѣютъ величину отъ горошины и до куриного яйца и рѣдко достигаютъ величины дѣтской головки. Принимая болѣе или менѣе форму полипа и помѣщаясь сначала во влагалищѣ, онѣ представляютъ какъ бы цилиндрической или колбообразный видъ;

при незначительной величинѣ introitus vaginae, въ случаяхъ, когда часть опухоли была долго ущемлена въ этомъ мѣстѣ, на ней находятъ болѣе или менѣе глубокую перетяжку — борозду. Ростъ опухолей весьма медленный, тянется многие годы; maximum мы находимъ въ случаѣ *Heigebauera* (*Варш. Univ. Извѣст., 1876 г., № 2*); больная замѣтила присутствие опухоли 22 года тому назадъ и обратилась за помощью только, когда она выросла до извѣстныхъ, болѣе значительныхъ размѣровъ (рис. 59).

Изъ измѣненій, которымъ подвергаются растущія опухоли, были наблюдаемы чаще всего отеки, причѣмъ опухоль получаетъ своеобразную консистенцію и даетъ явленіе ложной флюктуации; по разрѣзѣ такія опухоли представляютъ значительное выдѣленіе жидкости на поверхности разрѣза. Благодаря обилію кровеносныхъ сосудовъ, наблюдаются также различной величины паренхиматозные экстравазаты. Въ случаяхъ, когда опухоль помѣщается между наружными половыми частями, при ея выпаденіи, вслѣдствіе механическихъ раздраженій, развиваются на ея поверхности изъязвленія различной величины; какъ болѣе рѣдкія измѣненія, наблюдались гангрена, частичное миксоматозное перерожденіе и обызвествленіе.

**Этіологія.** Причины, обусловливающія развитіе фиброміомъ влагалища, до сихъ поръ совершенно еще не выяснены. Встрѣчаются опухоли чаще всего между 30 и 50 годами жизни, но наблюдались также у маленькихъ дѣвочекъ и даже у новорожденныхъ. Иногда источникомъ ихъ развитія, какъ и кистъ, могутъ служить остатки Вольфова протока и Мюллера хода при vagina unilateralis.

**Припадки.** Опухоли незначительной величины, отъ горошины до миндального орѣха, бывають констатированы обыкновенно случайно, такъ какъ онѣ не обусловливають никакихъ припадковъ. Съ дальнѣйшимъ ростомъ, хотя фиброміома сама по себѣ припадковъ не даетъ, но вызываемыя ею смѣщенія обусловливають присущіе имъ симптомы. Появляется хроническій вагинитъ, чувство тяжести и иногда значительныя боли въ случаяхъ насильственнаго прохожденія опухоли черезъ introitus vaginae подъ вліяніемъ сокращеній брюшнаго пресса и мускулатуры влагалища. Извѣстны случаи, въ которыхъ при подобныхъ «родахъ» опухоли происходилъ разрывъ промежности. Если опухоль болѣе значительна, то развиваются припадки ущемленія, какъ со стороны прямой кишки, такъ и мочевого пузыря.

На типъ менструаціи и ея характеръ развитіе опухоли особаго вліянія не оказываетъ. Если она не обусловливаетъ препятствія совокупленію, то и забеременѣваніе представляется также не затрудненнымъ. Во время родового акта, при незначительной величинѣ и особенно болѣе значительной подвиж-

ности опухоли, можетъ не встрѣтиться никакихъ осложненій; въ другихъ же случаяхъ опухоль представляетъ такое значительное механическое препятствіе прохожденію плода, что роды силами природы не могутъ быть окончены, и требуется вмѣшательство акушерской помощи.

**Распознаваніе.** Характерны для фиброміомъ ихъ ограниченность довольно рѣзкими контурами, эластичная плотность, гладкая поверхность и долгій ростъ, а также возможность свести всѣ припадки на механическія причины. Необходимо въ каждомъ случаѣ точно опредѣлить отношеніе опухоли къ окружающимъ частямъ; особенно, если имѣется въ виду оперативная помощь, отношеніе матки, прямой кишки, мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала должны быть точно выяснены. Весьма легко возможно смѣшать фиброміомы съ кистами влагалища, и уже были наблюдаемы случаи, въ которыхъ только пробаторная пункція разрѣшала вопросъ о томъ, съ чѣмъ имѣется дѣло. Отличіе отъ саркомъ влагалища, если быстрый ростъ этихъ послѣднихъ не рѣзко выраженъ, представляется иногда невозможнымъ, такъ что пробное вырѣзываніе частичекъ опухоли для микроскопическаго изслѣдованія является вполне показаннымъ.

**Предсказаніе**, вообще, благопріятно; излѣченіе возможно и иногда довольно легко. Въ частности, наше предсказаніе зависитъ отъ мѣстоположенія опухоли, обширности протяженія, занимаемаго ея основаніемъ, ея подвижности, величины и богатства сосудами. Благопріятное сочетаніе этихъ условій обуславливаетъ легкую возможность удаленія опухоли оперативнымъ путемъ, тогда какъ въ противоположномъ случаѣ операція можетъ быть весьма трудной и связанной съ значительною опасностью даже для жизни больной. Прогнозъ относительно возможности родовъ обуславливается степенью суженія полости таза вслѣдствіе присутствія опухоли на протяженіи влагалища, ея подвижностью, смѣщаемостью и, наконецъ, возможностью ея легкаго удаленія.

**Лѣченіе** — только оперативное: слѣдуетъ удалить опухоль. Опухоли весьма незначительной величины совершенно не требуютъ нашего вмѣшательства. Достигая же извѣстнаго размѣра, величины болѣе миндальнаго орѣха, и начиная обуславливать припадки смѣщенія влагалища, онѣ должны быть удаляемы, во-первыхъ, для устраненія припадковъ и, во-вторыхъ, потому, что въ это время операція сама по себѣ весьма легка и безопасна; съ дальнѣйшимъ же ростомъ опухоли, особенно сидящей на широкомъ основаніи, прогнозъ операціи ухудшается.

Опухоли, сидяція на ножкѣ, имѣющія, слѣдовательно, форму полиповъ, удаляются лучше всего при примѣненіи лигатуры. Если ножка тонка, то иногда бываетъ достаточно наложить лигатуру изъ толстаго шелка и отрѣзать опухоль ниже ея.

При болѣе толстой ножкѣ лигатура должна быть эластическая и наложена въ два пучка, раздѣляя ножку на двѣ части. Опухоль отрѣзается, а оставшаяся ея незначительная часть у лигатуры, будучи хорошо обсыпана іодоформомъ, черезъ нѣсколько дней отваливается вмѣстѣ съ лигатурой. Этотъ способъ лигатуры, старый и оставленный было за послѣднее время, со введеніемъ антисептики вполне заслуживаетъ вниманія, какъ вѣрный и безвредный методъ удаленія стебельчатыхъ новообразованій. Удаленіе опухоли просто отрѣзываніемъ ножницами или скальпелемъ для фиброміомъ влагалища представляется болѣе рискованнымъ, такъ какъ уже не разъ наблюдалось весьма значительное кровотеченіе изъ ножки, вслѣдствіе зинія многочисленныхъ сосудовъ. Въ данномъ случаѣ мы не можемъ проводить параллели съ операциею удаленія стебельчатыхъ фиброміомъ матки помощью отрѣзыванія; условія для произвольной остановки кровотеченія въ обоихъ случаяхъ весьма различны: такъ подлежащая ткань въ одномъ случаѣ легко сокращается, благодаря своему мышечному строенію, тогда какъ въ другомъ — такого сокращенія не происходитъ. Удаленіе опухоли эккразеромъ или гальвано-каустическою петлею представляетъ также свои большія невыгоды, благодаря особенностямъ дѣйствія этихъ инструментовъ. Накладывая лигатуру на ножку опухоли, мы всегда должны точно ориентироваться, чтобы не захватить въ нее участка сосѣднихъ органовъ, ибо, какъ мы уже видѣли, послѣдніе вовлекаются иногда въ процессъ опущенія, особенно прямая кишка даетъ иногда весьма длинный и тонкій слѣпой мѣшокъ — rectocele.

Опухоли, сидящія на широкомъ основаніи, удаляются помощью вылуценія (enucleatio). Для этой цѣли разрѣзъ слизистой оболочки лучше всего проводить вокругъ основанія опухоли и уже, начиная съ этого мѣста, производить вылуценіе глубоко лежащаго отрѣзка опухоли. Вылуценіе производится или черенкомъ скальпеля, или же просто пальцами, и обыкновенно это удается довольно легко; болѣе толстыя перемиčky ткани перерѣзываются ножницами. По удаленіи опухоли, получается иногда весьма значительная раненая поверхность съ нѣсколькими сильно кровоточащими мѣстами. Артеріи, могущія быть довольно значительнаго калибра, лучше перевязать кѣтгутомъ, во избѣжаніе могущаго быть послѣдовательнаго кровотеченія. Если рана очень обширна, то необходимо наложить глубокой, непрерывный шовъ изъ кѣтгута и затѣмъ уже закрыть оставшуюся часть раны глубокими и поверхностными узловатыми швами изъ крѣпкой шелковой лигатуры. При точномъ соблюденіи правилъ антисептики, случаи операціи проходятъ гладко, безлихорадочно. При удаленіи фиброміомъ слѣдуетъ лучше всего удалять опухоль, не оставляя ни малѣйшаго ея сегмента; иначе, какъ это было въ случаѣ *Нейгебауера* (l. c.), весьма скоро можетъ появиться значительное

разростаніе оставленной части опухоли, и больная должна быть подвергнута вторичной операціи.

Операція удаленія фибриомы влагалища можетъ быть производима и *sub graviditate*. Извѣстны случаи полного удаленія опухоли въ это время безъ всякаго дурного послѣдствія для беременности: больная родила въ срокъ. Наша помощь во время родового акта должна также заключаться въ удаленіи опухоли; иногда это удается легко. Еслибы опухоль обладала значительной подвижностью и помѣщалась въ нижнемъ отрѣзкѣ влагалища, то для успѣшнаго хода родовъ бываетъ достаточно уже только извѣстнаго ея смѣщенія. Акушерская инструментальная помощь должна быть примѣняема крайне осмотрительно. Желая во чтобы-то ни стало кончить роды *per vias naturales*, мы можемъ нанести весьма серьезныя травматическія поврежденія. Къ болѣе благопріятнымъ уже наблюдавшимся поврежденіямъ слѣдуетъ отнести отрывъ подлежащей опухоли при щипцахъ, наложенныхъ на головку; къ болѣе же труднымъ — случай разрыва влагалища и перелома висходящей вѣтви лонной кости съ послѣдовательнымъ летальнымъ исходомъ. При невозможности удаленія опухоли *sub partu* и значительномъ суженіи размѣровъ таза, обусловленномъ опухолью, должно считаться вполне показаннымъ кесарское сѣченіе.

#### 4) Ракъ влагалища.

Въ большинствѣ случаевъ ракъ влагалища наблюдается развивающимся вторично, переходя съ сосѣднихъ органовъ, какъ то: матки, прямой кишки, наружныхъ половыхъ частей, мочеиспускательнаго канала, иногда и съ мочевого пузыря; кромѣ того встрѣчаются также и узлы метастатическаго происхожденія при первичномъ пораженіи болѣе отдаленныхъ органовъ.

Первичное развитіе раковыхъ новообразованій въ стѣнкѣ влагалища встрѣчается относительно рѣдко; приблизительно на 1000 гинекологическихъ больныхъ первичный ракъ влагалища наблюдается одинъ разъ. При этомъ онъ можетъ встрѣчаться или какъ папиллярный, или какъ плоскій канкроидъ, или же какъ карцинома. Папиллярный эпителиальный ракъ, образуя большей или меньшей величины опухоль, имѣющую видъ цвѣтной капусты и представляющуюся весьма ломкой, чаще всего развивается на задней стѣнкѣ влагалища. Плоскій канкроидъ и карцинома представляютъ сплошныя инфильтраціи слизистой оболочки на извѣстномъ пространствѣ, причемъ, распадаясь, весьма скоро даютъ характерныя язвенныя поверхности съ утолщенными краями. Весь участокъ слизистой оболочки, занятый новообразованиемъ, проминируетъ болѣе или менѣе надъ поверхностью

(*ulcus elevatum*). Нерѣдко раковая инфильтрація стѣнки влагалища, занимая все большее и большее пространство, принимаетъ циркулярное, кольцеобразное расположеніе, сужая при этомъ до извѣстной степени просвѣтъ его.

**Этіологія.** Самый ранній возрастъ, при которомъ наблюдалось развитіе первичнаго рака влагалища, — 9 лѣтъ отъ роду (*D-r Johannowsky, см. у Breisky'аго, l. c., стр. 747*), обыкновенно же онъ встрѣчается между 30 и 50 годами. Случаи рака, описанные у новорожденныхъ и дѣтей первыхъ лѣтъ жизни, по всей вѣроятности, относятся къ саркомамъ, такъ какъ точныхъ анатомическихъ изслѣдованій произведено не было.

Этіологія первичнаго рака влагалища пока еще представляется совершенно не выясненною. Существуютъ три случая, въ которыхъ она можетъ быть поставлена отчасти въ зависимость отъ механическаго раздраженія. *Hegar (Hegar и Kaltenbach — «Die operative Gynaekologie», III изд., стр. 783)* оперировалъ два раковыхъ узла, появившихся какъ разъ на тѣхъ мѣстахъ, на которыя давилъ лежавшій во влагалищѣ пессарій *Hodge'а*, прижимая стѣнку влагалища къ нисходящимъ вѣтвямъ лонныхъ костей. *Kaltenbach (l. c.)* вырѣзалъ карциному изъ задняго свода у молодой женщины, носившей также пессарій *Hodge'а*; мѣсто развитія новообразованія также соотвѣтствовало мѣстоположенію задней дужки пессарія. *Winckel (l. c. стр. 175)* видѣлъ развитіе первичнаго рака влагалища у пожилой женщины, носившей пессарій *Zwanck'а*. Даетъ-ли толчекъ къ развитію или росту рака во влагалищѣ наступающая беременность, — вслѣдствіе незначительнаго числа наблюденій также выяснено быть не можетъ.

**Припадки.** Въ началѣ своего развитія раковыя новообразованія влагалища не обуславливаютъ никакихъ припадковъ, и только съ наступленіемъ ихъ распадения они вызываютъ кровотеченія и значительныя, иногда ихорозныя выдѣленія изъ влагалища. Боли присоединяются обыкновенно только уже подъ конецъ болѣзни. Кромѣ того наблюдаются еще припадки, обусловленные присутствіемъ во влагалищѣ болѣе значительной величины опухоли и суженіемъ просвѣта влагалища. Первые кровотеченія большею частью наблюдаются появляющимися послѣ какихъ нибудь инсультовъ, какъ, напр., при coitus, или при дефекаціи, въ послѣднемъ случаѣ особенно — при раковой опухоли, помѣщающейся въ *septum recto-vaginale*. При значительномъ распространеніи новообразованія на сосѣдніе органы и его распадении развиваются припадки вслѣдствіе образованія сообщеній съ прямою кишкою или мочевымъ пузыремъ (*fistulae vesico-vaginales et recto-vaginales*).

**Распознаваніе** въ большинствѣ случаевъ не трудно. Характерный видъ раковой язвы, инфильтрація ткани вокругъ нея,

иногда значительно выраженная ломкость новообразованія, кровотеченія и сильно пахучія ихорозныя выдѣленія—сразу укажутъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Припуханіе лимфатическихъ железъ, какъ паховыхъ, такъ и лежащихъ въ полости малого таза, могутъ служить однимъ изъ точныхъ признаковъ, указывающихъ на то, какъ далеко распространился уже процессъ. — Точное изслѣдованіе матки, прямой кишки и мочевого пузыря выяснитъ также, имѣемъ-ли мы передъ собою первичное или вторичное заболѣваніе. Случаи перехода раковаго новообразованія съ влагалища на влагалищную часть матки, чтѣ наблюдается относительно рѣдко, могутъ представить почти неразрѣшимое затрудненіе при вопросѣ: развился-ли ракъ первично на маткѣ или во влагалищѣ. — Дифференціальный діагнозъ раковыхъ опухолей отъ таковыхъ же саркоматозныхъ можетъ быть иногда поставленъ только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія вырѣзанныхъ для этой цѣли кусочковъ.

**Предсказаніе**, какъ, вообще, при ракѣ, весьма неблагоприятно; несмотря на весьма раннія операціи и полное удаленіе всего новообразованнаго узла, рецидивы не наблюдаются только въ исключительныхъ случаяхъ (*Федоровъ. «Журналъ Акуш. и Женск. бол.» 1888, Февраль*).

**Лѣченіе.** Случаи болѣе свѣжіе, когда все новообразование можетъ быть удалено, требуютъ безусловно радикальной операціи — удаленія всего раковаго узла, такъ чтобы разрѣзъ шелъ въ здоровой ткани. Операція производится слѣдующимъ образомъ. Строгая дезинфекція всего поля операціи. Новообразование, захваченное пулевыми щипцами или крючками, низводится насколько возможно наружу; при этомъ нерѣдко встрѣчаются значительныя препятствія со стороны мѣстныхъ, перепончатыхъ суженій влагалища или весьма узкаго входа во влагалище; суженія должны быть перерѣзаны и входъ во влагалище расширенъ разрѣзомъ по *garhe regineі*. Затѣмъ на нижней границѣ опухоли дѣлается разрѣзъ слизистой оболочки влагалища, нѣсколько отступя, такъ чтобы онъ пришелся въ совершенно здоровой ткани. Разрѣзъ этотъ продолжается на нѣкоторое пространство на боковыя границы и совершенно окружаетъ всю опухоль уже въ теченіе операціи ея вылущенія. Подойдя подъ слизистую оболочку тупыми инструментами, начинается вылущеніе опухоли и при томъ, если возможно, всей однимъ кускомъ; по мѣрѣ отдѣленія опухоли отъ подлежащей рыхлой соединительной ткани, разрѣзъ слизистой оболочки продолжается все дальше и дальше, пока, наконецъ, не окружитъ всей опухоли. Удаливъ такимъ образомъ опухоль, мы получаемъ весьма обширную рану. Кровотеченіе обыкновенно весьма значительно. Артеріи перевязываются отдѣльно кэтгутомъ, иногда даже и во время производства вылущенія, такъ какъ калибръ ихъ бываетъ

иногда весьма значителенъ. Вся рана зашивается глубоко захватывающими швами. Наложение швовъ можетъ быть еще начато и во время удаленія опухоли на начинающую образовываться раненую поверхность. Такое наложение швовъ и частичное закрытие раны *sub operatione* представляется иногда весьма выгоднымъ для устранения излишней потери крови, какъ это показываетъ случай *Граммитикати*, оперированный въ нашей клиникѣ («*Centralblatt f. Gynaek.*», 1885, стр. 244). Направление, въ которомъ приходится накладывать швы, обуславливается формою получившейся раненой поверхности. Пространствомъ, на которомъ приходится отдѣлять опухоль отъ подлежащей ткани, не слѣдуетъ стѣсняться; извѣстенъ случай (*Schröder*), въ которомъ все влагалище и влагалищная часть матки были отдѣлены въ формѣ пальца перчатки. Точно также при удаленіи опухоли, если бы пришлось поранить сосѣдніе органы, не слѣдуетъ передъ этимъ останавливаться, такъ какъ, въ виду важности радикальнаго удаленія всего новообразования, пораненія сосѣднихъ полыхъ органовъ могутъ быть допущены, тѣмъ болѣе, что они вполне заживаютъ при непосредственномъ наложеніи шва; такъ *Schröder* при подобныхъ обстоятельствахъ вскрылъ безнаказанно брюшину въ заднемъ сводѣ, а *Fritsch* поранилъ мочеиспускательный каналъ, удаляя саркому передней стѣнки влагалища. — Перевязка раны іодоформомъ и, въ случаѣ невозможности полного ея соединенія швами, дренажъ или выполнение всей раны іодоформированною марлею заканчиваютъ операцію.

Удаление раковыхъ опухолей стѣнокъ влагалища путемъ ихъ вырѣзыванія и вылученія вполне заслуживаетъ преимущества передъ другими методами, такъ какъ вся операція производится на виду, и каждое маломальски серьезное кровотечение можетъ быть тотчасъ же остановлено, а, слѣдовательно, едва ли можетъ произойти смерть отъ кровотечения, какъ это наблюдалось, напр., при гальванокаустикѣ. Въ этомъ отношеніи крайне поучителенъ случай д-ра *Грюневальда* (Петербургъ). Черезъ шесть мѣсяцевъ послѣ ампутаціи влагалищной части матки, пораженной ракомъ, появился рецидивъ на задней стѣнкѣ влагалища, верхнимъ своимъ краемъ достигавшій до задняго края рубца, оставшагося послѣ первой операціи; удаленіе рецидива помощью гальванокаустической петли; во время послѣдняго поворота винта — сильное кровотечение, принятое сначала за паренхиматозное; ледяные души безъ успѣха; прежде еще чѣмъ удалось опредѣлить источникъ кровотечения, развился коллапсъ, и быстро наступила смерть, минутъ черезъ 5—6 послѣ начала кровотечения. На вскрытіи было найдено, что *ramus anterior arteriae hypogastricae* былъ толщиною въ воробье перо и при отнятій опухоли былъ косо перерѣзанъ («*Arch. f. Gynaekologie*» XI, 1877, стр. 508).

Въ случаяхъ чрезмѣрно глубокаго и обширнаго пораженія,



когда удаление всей опухоли представляется не выполнимымъ, задачей терапіи является устраненіе, хотя на время, ихорозныхъ истеченій изъ влагалища и кровотеченій. Лучше всего это достигается частичнымъ удаленіемъ опухоли помощью выскабливанія острою ложечкою и прижиганія раскаленнымъ желѣзомъ. Послѣ выполненія этихъ операцій больныя въ теченіе болѣе или менѣе значительнаго времени почти совершенно избавляются отъ изнурявшихъ ихъ кровотеченій и ихорозныхъ бѣлей. При соблюденіи затѣмъ извѣстной чистоты, поддерживаемой влагалищными дезинфицирующими инъекціями (Ac. carb., Kali. hypermangan., сулема и др.), можно достигать на довольно долгое время значительнаго облегченія.

Представляетъ-ли терапія во время родовъ при ракъ влагалища какія либо особенности, сравнительно съ таковою же при ракъ матки, не можетъ быть еще достаточно выяснено, такъ какъ подобные случаи наблюдались до сихъ поръ еще крайне рѣдко.

### 3) Саркома влагалища.

Констатированіе первичныхъ саркомъ влагалища есть результатъ изслѣдованій новѣйшаго времени. Первый описанный докторомъ В. Кашеваровою («Virchow's Archiv», 1872, Bd. 54) случай былъ наблюдаемъ въ нашей Академіи и изслѣдованъ въ Патолого-Анатомическомъ Институтѣ подъ руководствомъ проф. М. М. Руднева. Съ этого времени, въ особенности въ Германіи, появился цѣлый рядъ наблюденій, позволяющій уже выдѣлить первичную саркому влагалища въ отдѣльную клиническую форму заболѣванія.

Эти изслѣдованія указываютъ намъ, что саркома встрѣчается во влагалищѣ, или какъ опухоль рѣзко ограниченная, имѣющая значительную толщину и напоминающая при гинекологическомъ изслѣдованіи мягкія фиброміомы влагалища, или же развивается болѣе диффузно, обусловливая рѣзко ограниченныя незначительныя утолщенія слизистой оболочки, и напоминая при этомъ распространеніе извѣстныхъ формъ первичныхъ раковъ влагалища. Рѣзко выраженная полипозная форма саркомы была также наблюдаема и имѣла видъ, весьма напоминающій *sarcoma papillare hydropticum* влагалищной части матки. Гистологически саркома влагалища была находима, какъ мелко-круглоклѣтчатковая, такъ и веретенообразная; иногда она заключала въ себѣ также много волоконъ соединительной ткани, такъ что представлялась, какъ фибросаркома. Въ одномъ случаѣ было констатировано также присутствіе и вновь развивающихся длинныхъ поперечно-исчерченныхъ веретенообразныхъ клѣтокъ рядомъ съ молодыми волокнами поперечно исчерченныхъ мышць

(Hauser, «Virchow's Archiv», 1882, Bd. 88), подобно тому, какъ онѣ были уже разъ найдены при развитіи миксомы влагалища (rhabdomyома мухоматодес *Кашеваровой*). При дальнѣйшемъ ростѣ саркомы влагалища весьма легко распадаются и даютъ поводъ къ образованію значительныхъ изъязвленій.

У постели больной, съ точки зрѣнія гинеколога-практика, опухоли, состоящія изъ слизистой ткани (мухома), по своему теченію и злокачественности не могутъ быть отличаемы отъ саркомъ безъ предварительнаго анатомическаго (микроскопическаго) изслѣдованія. Къ ряду такихъ миксомъ должна быть отнесена rhabdomyома мухоматодес, описанная *В. П. Крыловымъ* («Руководство къ патологической анатоміи» *Birch-Hirschfeld'a*, русскій переводъ 1877, стр. 143), развившаяся во влагалищѣ 5-лѣтней дѣвочки въ видѣ дольчатой, гроздевидной опухоли, напминавшей собою *mola hydatidosa*.

Этіологія представляется еще совершенно невыясненной, и замѣчательно только то обстоятельство, что саркомы развиваются во влагалищѣ первично особенно часто въ дѣтскомъ возрастѣ. Число описанныхъ случаевъ у дѣтей весьма велико относительно случаевъ у взрослыхъ.

Въ началѣ своего развитія саркомы, какъ и, вообще, всѣ новообразованія влагалища, особыхъ симптомовъ не вызываютъ, и только или величина опухоли, или начавшееся ея распадѣніе обусловливаютъ тѣ или другіе припадки, свойственные этимъ обстоятельствамъ.

Опредѣляя при клиническомъ изслѣдованіи опухоль влагалища, представляющую сходство съ фиброміомой, и замѣчая ея усиленный и быстрый ростъ, является показаніе къ вырѣзыванію маленькой частички ея для діагностическаго микроскопическаго изслѣдованія, которое уже и устанавливаетъ точно діагнозъ. Различіе между плоско распространяющимися по поверхности, диффузно растущими саркомами и таковыми же раковыми новообразованіями рѣшается также только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія.

Предсказаніе представляется весьма неблагоприятнымъ, такимъ же, какъ при ракѣ. Особенно въ дѣтскомъ возрастѣ удаленныя саркоматозныя опухоли рецидивируютъ крайне легко и весьма быстро. Fibrosarcoma даетъ нѣсколько лучшей прогнозъ; рецидивы появляются иногда только черезъ относительно весьма долгое время.

Терапія заключается въ удаленіи новообразованія. Методы и принципы операціи тѣ же, какъ и при удаленіи фиброміомъ и раковыхъ новообразованій влагалища.

Изъ другихъ новообразованій влагалища описываются еще случаи, въ которыхъ наблюдались значительной величины *lipom'ы* и *papillom'ы*; но ни въ одномъ изъ нихъ нѣтъ достаточно точно произведеннаго анатоми-гистологическаго изслѣдованія, такъ что возможность присутствія фибромы, фиброміомы, саркомы или рака не можетъ быть вполне исключена въ этихъ случаяхъ. О *papillom'ахъ* при зараженіи трипервымъ ядомъ мы уже упоминали въ главѣ о *vaginitis*.

## VI) Инородныя тѣла во влагалищѣ.

Въ практикѣ чаще всего врачу приходится встрѣчать, какъ инородное тѣло во влагалищѣ, забытые тамъ и оставленные безъ всякаго вниманія маточныя кольца и влагалищныя пессаріи. Съ другой стороны, эти же пессаріи при извѣстномъ уходѣ за ними научаютъ насъ, какъ долго и насколько безвредно могутъ они находиться во влагалищѣ: проходятъ годы, и пессарій, лежащій во влагалищѣ, не вызываетъ никакихъ дурныхъ послѣдствій, какъ инородное, раздражающее стѣнки влагалища тѣло. Инородныя тѣла, не имѣющія только чрезмѣрно большого размѣра и обладающія гладкою, не скоро измѣняющеюся поверхностью, могутъ также оставаться во влагалищѣ весьма долгое время, не обусловливая никакихъ воспалительныхъ явленій. Съ теченіемъ времени, однако, выдѣленія влагалища, застаиваясь, мало-помалу, обволакиваютъ инородное тѣло; оно покрывается густымъ слоемъ влагалищной слизи. Весьма уже скоро затѣмъ въ этой слизи начинаютъ осѣдать соли извести и трипльфосфатовъ, такъ что поверхность инороднаго тѣла дѣлается довольно грубо-шероховатою. Подобныя инкрустаціи занимаютъ или всю поверхность инороднаго тѣла довольно равномерно, или же встрѣчаются расположенными островками. Образующій ими слой можетъ достигать весьма значительной величины, такъ что небольшихъ размѣровъ предметы могутъ служить ядромъ для развитія довольно объемистыхъ конкрементовъ — *влагалищныя камни*.

Инородное тѣло, пріобрѣтая такимъ образомъ поверхность шероховатую, раздражаетъ уже чисто механически въ гораздо большей степени слизистую оболочку влагалища, получаютъ мѣстныя нагноенія, образованіе язвенныхъ поверхностей, и при присоединеніи, вслѣдствіе доступа воздуха, процессовъ гніенія развиваются весьма сильныя бѣли отвратительнаго запаха, состоящія преимущественно изъ гнойной жидкости. Смотря по характеру и интензивности процесса, присоединяется воспаленіе клѣтчатки, окружающей влагалище (*paravaginitis*); флегмонозный процессъ распространяется дальше, захватываетъ брюшину (*peritonitis*

pelvica); въ тазовой клѣтчаткѣ развиваются абсцессы, и больнымъ можетъ угрожать летальный исходъ, какъ со стороны воспаления брюшины, такъ и развивающихся септическихъ явленій.

Если введенное во влагалище инородное тѣло представляется относительно великимъ и обуславливаетъ значительное прижатіе стѣнки влагалища, особенно къ нисходящимъ вѣтвямъ лонныхъ костей, то развивается пролежень. Большею частью мы наблюдаемъ это при пессаріяхъ. Пессарій одною своею частью мало-помалу врѣзывается въ ткань стѣнки влагалища, образуя иногда весьма глубокую язву, достигающую даже до тазовыхъ костей, или же иногда проникающую въ мочевой пузырь или прямую кишку (фистулы).

Съ боковъ этой язвенной поверхности мало-помалу начинаютъ разрастаться грануляціонныя образованія, легко кровоточащія, и весьма скоро окружающія инородное тѣло, инкапсулируя его, такъ что оно представляется приращеннымъ. При возможности произвольныхъ смѣщеній инороднаго тѣла такихъ язвенныхъ поверхностей развивается нѣсколько, и онѣ, въ свою очередь, обуславливаютъ мѣстныя сращенія во влагалищѣ,

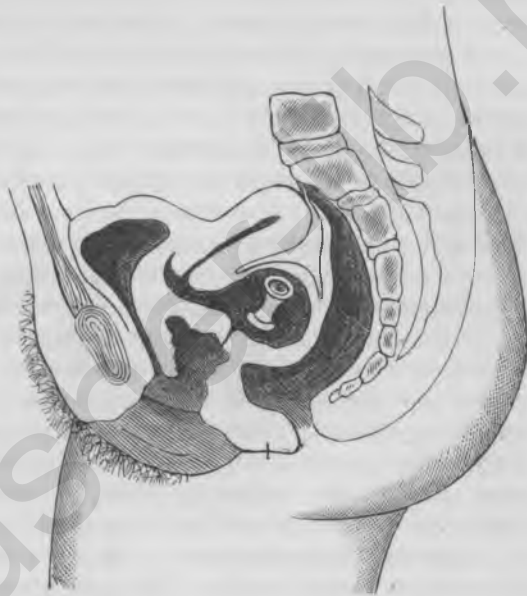


Рис. 60. Катюшка во влагалищѣ. Breisky.

уменьшая иногда весьма значительно его просвѣтъ, — получаютъ стенозы. Съ другой стороны, суженія развиваются также и вслѣдствіе образованія значительныхъ рубцовъ при заживленіи глубоко проникающихъ язвъ, вызванныхъ давленіемъ инороднаго тѣла. Въ результатъ можетъ получиться болѣе или менѣе полная облитерація влагалища, и инородное тѣло, помѣщаясь выше мѣста сращенія, только съ трудомъ можетъ быть распознано (рис. 60).

Присутствіе инороднаго тѣла во влагалищѣ въ теченіе болѣе продолжительнаго времени значительно изнуряетъ больныхъ, вслѣдствіе обильныхъ гнойныхъ бѣлей и нерѣдко также присоединяющихся кровотеченій. Типъ менструаціи измѣняется

Больныя теряютъ аппетитъ, плохо спятъ и представляютъ различныя истерическія явленія. Болевыя ощущенія иногда весьма значительны; нерѣдко развиваются весьма болѣзненные спазмы мышцъ влагалища, частые и болѣзненные позывы къ мочеиспусканію.

Инородныя тѣла, находимыя во влагалищѣ, представляются весьма различнаго характера, а равно путь и причины, вслѣдствіе которыхъ они туда попали, также крайне разнообразны. Такъ, различнаго рода медицинскія манипуляціи въ неопытныхъ рукахъ даютъ относительно нерѣдко возможность находенію во влагалищѣ инородныхъ тѣлъ. О забытыхъ и неправильно вложенныхъ пессаріяхъ мы уже упоминали. Тампоны весьма часто забываются, вслѣдствіе небрежности, во влагалищѣ, и только при появленіи обильныхъ, пахучихъ бѣлей, связанныхъ иногда съ повышенной температурой больной (38°—38,5°) ихъ приходится находить. Нерѣдко подобная забывчивость встрѣчается у женщинъ, примѣняющихъ ихъ собственными руками — съ цѣлью воспрепятствовать проникновенію спермы въ шейку матки; употребляемые съ этою же цѣлью различнаго вида презервативы и губки не разъ уже извлекались, какъ инородныя тѣла, вызывавшія извѣстные припадки. Отломленная верхняя часть стекляннаго влагалищнаго зеркала и часть стеклянной обыкновенной шприцовки были также уже находимы во влагалищѣ.

Инородныя тѣла, вводимыя съ цѣлью онанизма и выскользнувшія изъ рукъ, представляются крайне разнообразными; сюда относятся уже бывшіе найденными во влагалищѣ самые различныя предметы, какъ то: шпильки для косъ, крючки, употребляемые при различныхъ рукодѣліяхъ, игольники, карандаши, катушки, морковь, рѣдиска, еловые шишки, перечницы, помадныя банки различныхъ величинъ, и даже стаканы.

При введеніи инородныхъ тѣлъ во влагалище иногда играютъ роль преступныя цѣли. При производствѣ незаконнаго выкидыша находили куски сломанныхъ шпилекъ, деревянныхъ и каучуковыхъ зондовъ. Монеты и даже кошелекъ съ деньгами вводились во влагалище съ цѣлью спрятать похищенное. Мнѣ самому пришлось изслѣдовать и оказать соотвѣтственное пособіе въ одномъ случаѣ, въ которомъ, съ цѣлью мести, была введена во влагалище надѣтою на penis скорлупа куринаго яйца и оставлена тамъ.

Затѣмъ инородныя тѣла могутъ попадать во влагалище или случайно, или же при различныхъ патологическихъ явленіяхъ переходить изъ сосѣднихъ органовъ; сюда относятся: *oxyuris vermicularis*, *ascaris*, *lumbricus communis*, майскій жукъ, блоха. При вскрытіи во влагалище нѣкоторыхъ дермоидныхъ кистъ встрѣчаются волосы, зубы и кости; эти послѣднія — также изъ мѣшковъ внѣматочной беременности. При вскрывшихся мѣшкахъ

эхинококка, вторичные его пузыри были находимы и во влагалищѢ. Каловыя массы нерѣдко встрѣчаются при кишечно-влагалищныхъ фистулахъ и при глубокихъ разрывахъ промежности. При паденіяхъ на различные предметы осколки ихъ могутъ также оказаться во влагалищѢ и, спустя болѣе или менѣе долгое время, быть извлекаемы оттуда.

**Распознаваніе.** Смотря по характеру инороднаго тѣла и по измѣненіямъ, вызваннымъ имъ во влагалищѢ, распознаваніе представляется или весьма легкимъ, или иногда крайне затруднительнымъ. Внутреннее гинекологическое изслѣдованіе въ большинствѢ случаевъ уже вполне разъясняетъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Очевидно, что въ большемъ числѣ случаевъ анамнестическія данныя не могутъ намъ дать никакихъ указаній, такъ какъ болыныя тщательно скрываютъ характеръ своихъ манипуляцій. Для болѣе точнаго опредѣленія приращеній необходимо введеніе ложкообразныхъ зеркалъ. При присутствіи значительныхъ стенозовъ влагалища изслѣдованіе *per rectum* и черезъ мочевоу пузырь дѣлается иногда необходимымъ. Въ свѣжихъ случаяхъ слѣдуетъ точно опредѣлять и нотировать встрѣчающіяся поврежденія, наносимыя болѣе острыми предметами, такъ какъ въ послѣдствіи, при возникновеніи судебно-медицинскаго изслѣдованія, они пріобрѣтаютъ болѣе или менѣе важное значеніе.

**Лѣченіе** должно заключаться въ извлеченіи инороднаго тѣла изъ влагалища. Иногда достаточно бываетъ для этого самыхъ простыхъ манипуляцій, не рѣдко же оно представляется весьма труднымъ. Общаго правила для этого существовать не можетъ, и слѣдуетъ всегда строго держаться особенностей даннаго случая.

Въ большинствѢ случаевъ для удаленія бываетъ вполне достаточно или просто пальца, или струи воды, или же примѣненія пинцета и полипныхъ щипцовъ; какъ о рѣдкости, слѣдуетъ упомянуть о наложеніи акушерскихъ щипцовъ при извлеченіи стакана изъ влагалища. Предметы, обладающіе острыми краями, требуютъ большой осторожности, такъ какъ, извлекая ихъ, мы можемъ поранить, какъ больную, такъ и самихъ себя; вслѣдствіе этого извлеченіе подобнаго рода необходимо производить при примѣненіи точной дезинфекціи и, по возможности, на виду помощью ложкообразныхъ зеркалъ и подъемниковъ. Особенное затрудненіе представляетъ удаленіе предметовъ относительно большой величины, требующихъ уменьшенія въ объемѣ; такъ напр. для раздѣленія на части различныхъ пессаріевъ приходится примѣнять костные щипцы и пилы различныхъ образцовъ. Въ случаяхъ приращеній и сращеній влагалища и при стенозахъ препятствія со стороны ихъ цѣлесообразнѣе всего устранять ножомъ, и по удаленіи инороднаго тѣла лѣчить нанесенныя нами поврежденія по общимъ правиламъ. Всѣ болѣе трудныя извлеченія необходимо производить подъ хлороформомъ, такъ какъ

манипуляціи наши при этомъ порою бывають крайне болѣзненны.

Остающіяся язвы и воспалительные процессы во влагалищѣ послѣ удаленія инородныхъ тѣлъ обыкновенно, при поддержаніи извѣстной чистоты, помощью влагалищныхъ дезинфицирующихъ инъекцій, заживають весьма скоро и вполне удовлетворительно. При могущихъ развиваться рубцевыхъ суженіяхъ должны быть примѣняемы уже указанные нами въ соответствующей главѣ средства.

## VI. Раны и разрывы влагалища.

**Этіологія.** Раны и разрывы влагалища могутъ представляться нашему наблюденію или какъ поврежденія, нарушающія цѣлость влагалищной стѣнки не глубоко, или же, поражая глубже, они дѣлаются сквозными, проникающими въ сосѣдніе полые органы (мочевой пузырь, прямая кишка и т. п.). Наносятся они или силою, дѣйствующею извнѣ, или же подѣ влияніемъ условий, развивающихся въ самомъ организмѣ: влагалище до такой степени растягивается или такъ сильно смѣщается, что ткани его не выдерживають, и происходитъ разрывъ ихъ. Практически важно различать двѣ большія группы поврежденій влагалища, — происходящія во время родовъ и наносимыя внѣ этого времени.

Раны и разрывы влагалища, не связанные съ родовымъ актомъ, представляются относительно рѣдкимъ явленіемъ. Большею частью пораненія эти наносятся тупыми предметами, такъ что и раны только рѣдко имѣють характеръ порѣзанныхъ, всегда же почти это суть большей или меньшей длины и глубины разрывы тканей. Наблюдались уже весьма различныя причины, ихъ обусловливающія; такъ приводятся паденія на острые предметы, напр. вилы металлическія или деревянные, при чемъ одинъ изъ зубцовъ, попадая во влагалище, причинилъ весьма глубокой разрывъ, прободавшій задній сводъ; удары рогомъ коровы или козы въ область половыхъ органовъ; случайный выстрѣлъ изъ револьвера, пуля котораго, пройдя изъ влагалища въ мочевой пузырь и брюшину, дала поводъ къ образованію пузырно-влагалищной фистулы, оперированной съ успѣхомъ *Emmet'*омъ (*Vesico-vaginal fistula from parturition and other causes, New-York, 1868, стр. 221*); введеніе во влагалище различнаго рода постороннихъ предметовъ съ цѣлью противоестественнаго удовлетворенія похоти; такъ *Бартель* («*Врачъ*», 1885, стр. 325) описываетъ случай разрыва влагалища, обусловленнаго введеніемъ палки во влагалище пьянымъ мужемъ; совершенно подобный же случай

мы наблюдали въ клиникѣ: старухѣ нищенкѣ кто-то, съ какою цѣлью неизвѣстно, ввелъ деревянный коль во влагалище и причинилъ разрывъ задняго свода, обусловившій летальный исходъ.

Больныя, представляющія разрывы влагалища, почти всегда упорно скрываютъ причину, ихъ обуславливающую; однимъ изъ первыхъ объясненій онѣ даютъ рассказъ о бывшемъ coitus'ѣ, стараясь объяснить имъ происхожденіе поврежденія, и только послѣ долгихъ разспросовъ или даже только передъ смертью, какъ это было въ нашемъ случаѣ, онѣ чистосердечно рассказываютъ обстоятельства дѣла. Изъ этого уже видно, насколько осторожно мы должны принимать дѣйствительно одинъ coitus, какъ причину поврежденія. Только излишнее довѣріе къ словамъ больныхъ можетъ заставить иногда дать чрезмѣрно поспѣшное заключеніе (*Масалитиновъ. Совокупленіе, какъ причина разрыва промежности и пузырьно-рукавного свища, «Врачъ», 1885, № 13; см. второй случай, стр. 200*). Съ другой стороны, могутъ представиться случаи, какъ напр. описанный *Zeiss'омъ («Cnbl. f. Gyn.» 1885, № 8)*, предполагаемаго поврежденія въ послѣродовомъ періодѣ вслѣдствіе бывшаго coitus'a въ положеніи à la vache, и при болѣе точномъ разборѣ (*Еськовъ, «Русская Медицина», 1885, № 23*) оказывающагося поврежденіемъ, полученнымъ sub partu, и только подъ вліяніемъ coitus'a давшаго незначительное кровотеченіе и такимъ образомъ обратившаго на себя вниманіе.

Вообще, насколько могутъ считаться достовѣрными случаи поврежденій промежности и introitus vaginae sub coitu, настолько же еще должны считаться недоказанными поврежденія въ средней трети и въ сводахъ, особенно при совершенно нормальномъ влагалищѣ. Патологическія же состоянія, какъ напр. нѣкоторые виды стриктуръ и старческая инволюція влагалища, при извѣстныхъ условіяхъ, подъ вліяніемъ coitus'a, могутъ представить ббльшія или меньшія поврежденія. *Breisky* приводитъ случаи видѣннаго имъ поврежденія при подобныхъ обстоятельствахъ.

При выпаденіяхъ влагалища мы уже видѣли (см. стр. 71), что вправленіе въ застарѣлыхъ случаяхъ, особенно неопытною рукою самой больной (*Fehling*), можетъ дать поводъ къ разрыву стѣнки влагалища. Значительно увеличенная беременная матка въ состояніи перегиба назадъ и ущемленія въ полости малаго таза можетъ также обусловить происхожденіе разрыва задняго свода. Напи гинекологическія операціи служатъ иногда также источникомъ болѣе или менѣ сильныхъ разрывовъ; сюда относятся извлеченія большихъ размѣровъ опухолей матки черезъ влагалище, равно какъ и грубыя манипуляціи рукою, введенною во влагалище. Вскрывающіяся гематомы влагалища, послѣ опорожненія своего содержимаго, представляютъ иногда весьма обширныя нарушенія цѣлости стѣнки влагалища.



Повреждения влагалища во время родового акта большею частью происходят под влиянием чрезмѣрнаго растяженія его стѣнокъ или значительнаго ихъ смѣщенія, проходящею по родовому каналу головкою плода, или же подъ влияниемъ растяженія верхняго отрѣзка влагалища при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ, подобно тому, какъ это наблюдается и на шейкѣ и нижнемъ сегментѣ матки. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ поврежденія наносятся акушерскими инструментами при той или иной операціи, или же рукою во время поворота при чрезмѣрно уже растянутомъ влагалищѣ.

Во время родовъ женщинъ перворождающихъ, обладающихъ нормальнымъ тазомъ и нормальнымъ влагалищемъ, разрывы наблюдаются рѣдко, и только въ средней трети или еще чаще въ нижней, при болѣе точномъ осмотрѣ, встрѣчаются небольшія поверхностныя трещины, располагающіяся въ складкахъ, граничащихъ съ *columna rugarum*. Съ болѣе постоянствомъ и большею правильностью встрѣчается разрывъ влагалища *sub partu* у женщинъ, представляющихъ уменьшеніе всѣхъ вообще размѣровъ своего тѣла и обладающихъ узкимъ влагалищемъ и равномѣрно малымъ тазомъ. Эти случаи представляютъ какъ бы шему разрывовъ влагалища подъ влияниемъ прохожденія головки черезъ родовой каналъ. Разрывъ этотъ обыкновенно начинается въ заднемъ, рѣжѣ въ переднемъ сводѣ и имѣетъ здѣсь видъ зіяющаго косога разрыва, идущаго болѣе въ сторону, направо или налѣво, и опускающагося затѣмъ по соотвѣтствующей заднебоковой стѣнкѣ влагалища внизъ; въ этомъ мѣстѣ онъ имѣетъ видъ непрерывной продольной раны съ рѣзкими не зіяющими краями, какъ бы произведенной какимъ-либо рѣжущимъ инструментомъ; этою ранюю *columna rugarum posterior* представляется отдѣленной отъ боковой стѣнки влагалища; продолжаясь еще далѣе книзу, разрывъ огибаетъ самую нижнюю часть *columnae rugarum posterioris*, или въ видѣ языкообразнаго лоскута продолжаясь, но уже не такъ глубоко, кверху по другой ея сторонѣ на извѣстное пространство, или же, огибая ее только съ одной стороны, онъ продолжается въ разрывъ промежности. Разрывъ передней стѣнки встрѣчается при этихъ же обстоятельствахъ гораздо рѣже, но, встрѣчаясь, также локализуется между *columna rugarum anterior* и прилежащими боковыми стѣнками. Отклоненія отъ этого типичнаго направленія разрыва и мѣста его нахождения обуславливаются измѣненіями стѣнокъ самого влагалища, какъ вслѣдствіе присутствія рубцевыхъ участковъ послѣ бывшихъ воспалительныхъ процессовъ или операцій, такъ и значительной неподатливостью тканей болѣе старыхъ первородящихъ; съ другой стороны, измѣненія въ стѣнкахъ таза обуславливаютъ также извѣстное только мѣсто нахождения разрыва (остеофиты, чрезмѣрно вдающіяся въ полость таза сѣда-

лищныя ости, острые гребни на *pecten rubis* и неправильно сросшіея переломы).

При значительныхъ пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ *laquear vaginae* представляется такъ сильно натянутымъ, что въ немъ легко происходятъ поперечные разрывы и при томъ такъ, что въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ они могутъ превратиться въ циркулярный разрывъ, совершенно отдѣляющій матку отъ влагалища (*colporrhixis Гугенбергера*). Рѣдко разрывъ при этомъ представляется проникающимъ въ полость брюшины, или же обусловливаетъ значительную ея отслойку, иногда съ образованіемъ болѣе или менѣе значительной кровяной опухоли (*haematoma lig. lati*).

Акушерскіе инструменты уже не разъ въ неопытныхъ рукахъ служили весьма сильными источниками въ нанесеніи поврежденій влагалища. Мнѣ самому пришлось ассистировать во время операціи прободенія головки перфораторомъ *Blot* и при этомъ, фиксируя головку снаружи руками, ощущать, какъ перфораторъ соскочилъ съ кости черепа и вонзился въ лѣвый задній сводъ влагалища. Вскрытіе показало прободающую рану влагалища въ заднее дугласово пространство. Способность давать обширныя поврежденія особенно отличались въ свое время кефалотрибы. Акушерскіе щипцы, этотъ благодѣтельный и безвредный инструментъ, также не разъ уже былъ причиною весьма большихъ поврежденій въ несовсѣмъ умѣлыхъ рукахъ. Разрывы, имѣющіе своимъ источникомъ примѣненіе инструментовъ, представляются по своему мѣстоположенію также весьма характерными: они соотвѣтствуютъ обыкновенно мѣстамъ влагалища, по которымъ въ данномъ случаѣ проходили края ложекъ инструментовъ; такъ при щипцахъ, не совершенно правильно наложенныхъ, весьма часто одна ложка даетъ выстояніе своего нижняго края, другая же — своего верхняго, соотвѣтственно этому и разрывъ одинъ помѣщается справа и ближе къ задней стѣнкѣ влагалища, другой же — слѣва и ближе къ передней. Поперечный или косой разрывъ, идущій по *columna rugosa*, почти всегда есть слѣдствие инструментальной травмы (*Freund. «Gynaekol. Klinik», 1885, стр. 162*). Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ еще наблюдаются разрывы влагалища, произведенные костями раздробленнаго черепа плода.

**Припадки и исходы.** Такъ какъ мѣсто и размѣры ранъ и разрывовъ весьма разнообразны, то и припадки, обусловливаемые ими, представляются весьма различными. Общіе имъ всѣмъ припадки со стороны кровотеченія и со стороны вторичныхъ инфекціонныхъ явленій представляются по интенсивности своей совершенно индивидуально различными. Кровотеченіе рѣдко бываетъ весьма значительнымъ и скоро останавливается само собою, иногда же оно весьма сильно и весьма скоро вызываетъ острую

анемію больной. Смертельнымъ оно наблюдалось только весьма рѣдко и особенно въ случаяхъ совмѣстныхъ пораненій пещеристыхъ тѣлъ входа во влагалище. Общія припадки, стоящіе въ связи съ инфекціею раненой поверхности, смотря по интенсивности и свойствамъ этой послѣдней, представляютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженную картину септическихъ явленій. Возможность смѣшать ихъ съ одною изъ формъ тифа приводится въ одномъ наблюденіи *Бартеля*.

Разрывъ верхняго сегмента влагалища, наступающій во время родовъ, обусловливаетъ развитіе, вообще, тѣхъ же припадковъ, какъ и разрывъ матки. Внезапная боль, ограниченная болѣзненность въ нижней части живота, вздутый животъ, колющій, кровотеченіе, прекращеніе потужной дѣятельности матки, измѣненіе формы нижней части живота, вслѣдствіе смѣщенія подлежащей части и развитія гематомы, — суть признаки, какъ извѣстно, происшедшаго разрыва *sub partu*. Разрывъ влагалища въ сводѣ далеко не такъ постоянно вызываетъ весь рядъ этихъ припадковъ, и, смотря по величинѣ и глубинѣ разрыва, они весьма непостоянны, такъ что разрывъ въ одномъ изъ сводовъ, проникающій хотя и глубоко въ клѣтчатку, весьма часто не даетъ намъ полной картины симптомовъ происшедшаго во время родовъ разрыва матки.

Разрывы въ средней и отчасти въ нижней трети влагалища въ большинствѣ случаевъ не даютъ никакихъ припадковъ, и иногда только болѣе значительное кровотеченіе при хорошо сокращенной маткѣ служитъ исходною точкою изслѣдованія съ цѣлью найти поврежденіе. Такого рода болѣе значительное кровотеченіе нерѣдко наблюдается при разрывахъ, идущихъ отъ *spina ischi* кверху въ соединительную ткань, а также и при косыхъ разрывахъ *colunnae rugarum*, произведенныхъ щипцами.

Иногда скоро вслѣдъ за происшедшимъ разрывомъ, какъ во время родовъ, такъ и при удаленіи большей величины опухоли матки *per vaginam*, наблюдается развитіе эмфиземы околоматочной клѣтчатки, нерѣдко распространяющейся и на переднюю брюшную стѣнку.

Въ теченіи заживленія разрывы влагалища, имѣя иногда неправильную форму, заходя глубоко въ околослагалищную соединительную ткань, даютъ легкую возможность застаиваться отдѣльному рану, получается лихорадка съ значительными вечерними повышеніями, легкіе знобы, кончающіеся потомъ, при этомъ потеря аппетита, плохой сонъ, головныя боли, боли въ извѣстной ограниченной части таза; если пораненія находятся на передней стѣнкѣ, то къ этому присоединяются различныя разстройства со стороны мочевого пузыря. При изслѣдованіи мы находимъ края разрыва припухшими и иногда до такой степени, что только съ трудомъ можемъ проникнуть зондомъ въ глубину его фистулообразнаго хода

въ клѣтчаткѣ; присоединяющееся воспаленіе окружающей клѣтчатки иногда обуславливаетъ образованіе нарыва на этомъ мѣстѣ.

Въ большей части случаевъ, впрочемъ, разрывы влагалища заживаютъ хорошо и оставляютъ только на своемъ мѣстѣ большей или меньшей величины участки рубцовой ткани. Эти рубцы распространяются болѣе или менѣе глубоко и при надавливаніи иногда весьма болѣзненны, а также могутъ представляться источниками развитія продолжительныхъ или только временно появляющихся невралгическихъ болей. Особенно относительно часто эти рубцевые остатки бывшихъ разрывовъ могутъ быть находимы въ области сѣдалищныхъ остей по направленію *lig. spinoso-sacri* и по передней окружности *incisurae ischiadicae majoris*, также въ области нижняго края нисходящихъ вѣтвей лонныхъ костей и мѣста ихъ соединенія съ восходящими сѣдалищныхъ и, наконецъ, на *columna rugarum anterior* въ формѣ косоидущихъ рубцевыхъ образований.

**Распознаваніе** поврежденій влагалища не представляетъ большого затрудненія: уже большею частью достаточно бываетъ внутренняго изслѣдованія пальцемъ, чтобы получить полное представленіе о величинѣ и глубинѣ разрыва; изслѣдованіе ложкообразными зеркалами только дополняетъ деталями уже полученный результатъ. При подозрѣніи, что мы имѣемъ дѣло съ травмою, забота наша объ обеззараженіи всего, что должно приходиться въ соприкосновеніи съ раной, должна быть еще болѣе выражена, равно какъ и все влагалище и сама рана подвергаются болѣе строгой и скрупулёзной дезинфекціи.

Какъ мы сказали, довольно часто разрывы влагалища представляются идущими довольно глубоко въ клѣтчатку, причемъ, вводя въ разрывъ зондъ, мы видимъ, что послѣдній въ одномъ извѣстномъ направленіи подходитъ подъ наружный край и идетъ совершенно прямо на большое пространство, такъ что получается представленіе о возможности нанесенія раны какимъ нибудь острымъ колющимъ орудіемъ. Подобный фистулообразный ходъ разрыва, происшедшаго *sub partu*, обуславливается обыкновенно наблюдающимся во время прохожденія головки смѣщеніемъ стѣнокъ влагалища, благодаря которому направленіе разрыва, и особенно въ глубину, въ свою очередь смѣщается въ послѣдствіи весьма значительно. Мы уже видѣли также, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ изслѣдованіе зондомъ раны представляется необходимымъ, такъ какъ вслѣдствіе распуханія краевъ входъ въ ея болѣе глубокую часть можетъ быть почти совершенно закрытымъ.

**Предсказаніе** *quo ad vitam* въ большей части случаевъ благоприятно; смертельный исходъ находится въ прямой зависимости отъ тяжести самого поврежденія, отъ силы кровотечения и отъ септическихъ явленій, какъ слѣдствія инфекціи раны. Пораненія брюшины далеко не такъ смертельны, какъ объ этомъ думали

раньше, и при соблюденіи извѣстной степени чистоты заживаютъ весьма хорошо и скоро. Пораженіе сосѣднихъ полыхъ органовъ влечетъ обыкновенно за собою развитіе свищей.

Предсказаніе относительно полного *restitutio ad integrum* при небольшихъ разрывахъ должно считаться также благопріятнымъ; при большихъ же — остающіяся рубцовыя образованія нерѣдко обуславливаютъ развитіе стриктуръ, такъ что прогнозъ въ этомъ отношеніи долженъ быть значительно сдержаннымъ. Мы видѣли уже, что рубцы во влагалищѣ кромѣ того могутъ еще быть исходною точкою появленія различныхъ невралгическихъ болей.

**Лѣченіе.** Разрывы влагалища, происходящіе *sub partu*, требуютъ профилактическаго лѣченія—устраненія причинъ, способствующихъ ихъ происхожденію; вопросъ этотъ чисто акушерскій, и мы ограничимся здѣсь только изложеніемъ лѣченія при уже состоявшемся разрывѣ, каковымъ онъ представляется намъ тотчасъ *post partum*, или тотчасъ послѣ дѣйствія травмы при разрывахъ внѣ родового акта.

Послѣ тщательно произведенной дезинфекціи и удаленія различныхъ постороннихъ тѣлъ, могущихъ встрѣчаться въ равнѣ влагалища, ее слѣдуетъ зашивать. Раны и разрывы въ сводахъ представляютъ иногда значительныя затрудненія при попыткахъ сдѣлать ихъ доступными нашимъ манипуляціямъ, но умѣлое примѣненіе ложкообразныхъ зеркалъ, подъемниковъ и крючковъ мало-по-малу преодолѣваетъ затрудненіе, и разрывъ на всемъ своемъ протяженіи дѣлается доступнымъ. При глубокихъ разрывахъ въ *laquear vaginae* низведеніе матки съ извѣстною осторожностью не противопоказано и представляется иногда необходимымъ. Сдѣлавъ доступнымъ разрывъ и сгладивъ ножницами поверхность разорванной раны, насколько это окажется необходимо, мы приступаемъ къ наложенію швовъ или простыхъ узловатыхъ изъ шелковой лигатуры, или же, если возможно, непрерывнаго, этажнаго шва изъ *catgut'a*. Въ случаяхъ сильнаго кровотеченія слѣдуетъ лучше перевязывать сосуды отдѣльно, или обкалывать кровоточащія мѣста, для избѣжанія вторичныхъ кровотеченій. Если бы, вслѣдствіе какихъ бы то ни было причинъ, шовъ не могъ быть наложенъ на весь разрывъ, то остающаяся зияющая часть должна быть дренирована. Но все-таки могутъ встрѣтиться случаи, когда наложеніе швовъ будетъ невозможно по недоступности разрыва или вслѣдствіе какихъ бы то ни было другихъ причинъ; тогда лѣченіе наше должно состоять въ тампонаціи рукава.

При разрывахъ, проникающихъ въ брюшную полость, осложненныхъ выпаденіемъ кишечныхъ петель, слѣдуетъ, не смотря на то, что случай уже отчасти запущенъ, что кишечныя петли уже похолодѣли, вправить ихъ обратно (при разрывахъ свода влагалища съ выпаденіемъ кисты яичника [см. стр. 69] эта

последняя послѣ наложенія лигатуры на ножку удаляется, ножка же вправляется) и выполнить все влагалище тампономъ изъ іодоформированной марли или изъ ваты, напитанной дезинфицирующими растворами. Такой тампонъ, особенно изъ іодоформа, смѣло можетъ находиться *in situ* въ теченіе 2—3 сутокъ. Заживленіе при этомъ идетъ иногда поразительно благопріятно и скоро.

Наложеніе швовъ на разрывы и раны влагалища мы рекомендуемъ не только для остановки кровотеченія, которое въ большей части случаевъ можетъ быть также успѣшно остановлено тампономъ, но главнымъ образомъ для полученія *prima intentio*, не дающей послѣ себя значительныхъ рубцовыхъ образзаній, избѣжать развитія которыхъ въ каждомъ случаѣ представляется весьма важнымъ въ интересахъ дальнѣйшей судьбы больной. Разрывы средней трети влагалища, и особенно имѣющіе глубокіе фистулообразные ходы, должны быть точно также зашиваемы, причемъ особенно важно достигнуть взаимнаго соприкосновенія самыхъ глубокихъ частей раны. Швы поэтому должны быть накладываемы глубокіе, захватывающіе все дно раны. Еслибы почему либо наложеніе швовъ было признано неудобнымъ, то необходимо позаботиться о дренированіи этихъ ранъ.

Лѣченіе разрывовъ нижней трети влагалища, въ значительномъ большинствѣ случаевъ связанныхъ съ разрывомъ промежности, должно быть разсмотрѣно совмѣстно съ лѣченіемъ этого послѣдняго; вотъ почему я считаю болѣе удобнымъ излагать ученіе о разрывѣ промежности въ отдѣлѣ о болѣзняхъ влагалища, нежели при изученіи болѣзней наружныхъ половыхъ органовъ.

### VIII. Разрывъ промежности.

Разрывомъ промежности мы называемъ нарушеніе цѣлости «тѣла промежности» (*corpus perinei*), или которой нибудь изъ составныхъ частей его. Мы различаемъ три вида разрывовъ: 1) частичный или неполный, не заходящій за *sphincter ani externus*, 2) полный, заходящій за него и поднимающійся болѣе или менѣе высоко по *septum recto-vaginale*, и 3) центральный, представляющій нарушеніе цѣлости всѣхъ тканей, входящихъ въ составъ промежности, только въ ея центральной части, такъ что *commissura posterior* и *sphincter ani externus* остаются цѣлыми.

Имѣя въ виду чисто практическія соображенія, частичный и полный разрывы промежности могутъ быть раздѣлены каж-

дый на три степени (рис. 61). Первая степень частичнаго разрыва представляет разрывы самые поверхностные, захватывающіе только одну *commissura posterior*; разрывы второй степени нарушаютъ цѣлость ея примѣрно до половины ея толщины, а достигая вплоть до края *sphincteris ani*, они представляютъ третью степень своего развитія.

При первой степени полнаго разрыва, мы видимъ разорванною только часть запирающей задній проходъ мышцы; при второй степени послѣдняя вся разорвана, и разрывъ обыкновенно идетъ еще выше, не достигая, впрочемъ, и не затрогивая еще такъ называемаго внутренняго сфинктера; когда и этотъ послѣдній представляется разорваннымъ, мы имѣемъ передъ собою послѣднюю, самую тяжелую степень полнаго разрыва промежности.

Частичные разрывы локализируются иногда преимущественно въ тканяхъ со стороны влагалища, оставляя совершенно цѣлыми

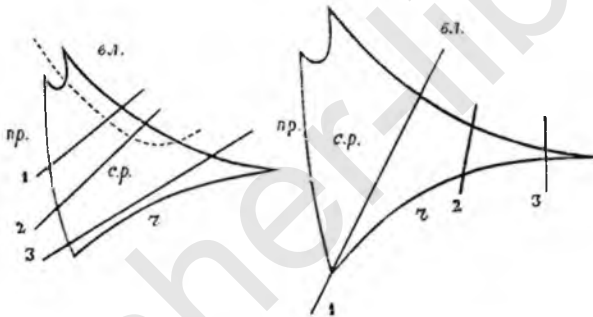


Рис. 61. Шемы, изображающія степени неполныхъ и полныхъ разрывовъ промежности. — С. р. = *corpus perinei*, пр. = промежность, вл. = влагалище, г. = *rectum*.

кожу промежности и *commissura posterior*; при этомъ мы имѣемъ внутренній разрывъ промежности или разрывъ влагалищнаго кольца промежности, такъ называемаго «внутренней промежности» авторовъ, причемъ слизистая оболочка влагалища и подлежащая ткань тѣла промежности представляются разорванными на большую или меньшую глубину. Эти разрывы могутъ происходить такъ, что и слизистая оболочка влагалища остается неповрежденною, а разрываются только мышцы и фасціи промежности, представляя собою, такимъ образомъ, начальную степень центральнаго разрыва промежности. Съ другой стороны, наблюдаются разрывы, при которыхъ главнымъ образомъ нарушается цѣлость кожи и наружный край трехугольника тѣла промежности, такъ называемаго вульварнаго кольца промежности, или «наружной промежности» авторовъ:

**Этіологія.** Разрывы промежности, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, происходятъ во время родовъ, и этиологія ихъ, съ этой точки зрѣнія, подробно разбирается въ учебникахъ акушерства; теперь же мы укажемъ только на возможность происхожденія ихъ при гинекологическихъ операціяхъ, при извлеченіи болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ опухолей матки и влагалища. Приходилось наблюдать разрывы также при паденіи на относительно острые предметы, и, наконецъ, нерѣдко они встрѣчаются при преступныхъ попыткахъ къ совокупленію съ малолѣтними, еще далеко не сформированными дѣвочками. Какъ рѣдкое исключеніе, они могутъ быть наблюдаемы послѣ перваго coitus'a при замужествѣ (*Масалиитиновъ*, «*Врачъ*», 1885, № 13, первый изъ приведенныхъ случаевъ).

**Анатомическія данныя.** Первая степень частичнаго разрыва, состоящая въ разрывѣ *commissurae posterioris*, встрѣчается весьма часто, приблизительно почти у трехъ четвертей всѣхъ рожавшихъ женщинъ, и представляется въ свѣжемъ состояніи въ видѣ незначительной трещины, какъ бы продолженія половой щели кзади; въ состояніи вполнѣ зажившемъ можно только съ трудомъ различить незначительный поверхностный рубецъ на мѣстѣ бывшей *commissurae posterioris*; иногда же заживленіе бываетъ такъ полно и незамѣтно, что такъ называемая *fourchette* французовъ можетъ быть ясно видима на органахъ, завѣдомо перенесшихъ такой разрывъ.

Частичные разрывы второй и третьей степени, отличаясь другъ отъ друга только большею глубиною пораженія, могутъ быть разобраны вмѣстѣ; здѣсь мы будемъ говорить только о вполнѣ зажившихъ, зарубцевавшихся разрывахъ, — такихъ, какими они обыкновенно представляются наблюденію гинеколога, относя подробное описаніе свѣжихъ разрывовъ къ области акушерства; вкратцѣ же они будутъ разобраны въ отдѣлѣ о лѣченіи разрывовъ, вообще.

При неполныхъ разрывахъ промежности, какъ мы уже сказали, *sphincter ani externus* и *septum recto-vaginale* остаются нетронутыми, а разрыву подвергаются только ткани, входящія въ составъ собственно тѣла промежности, — разрываются *mm. constrictor cunni*, *transversi perinei superfic. et profundus*, фасціи промежности, кожа ея и слизистая оболочка влагалища. Половая щель вслѣдствіе этого представляется удлинненною кзади на величину разрыва.

Поверхность разорванной раны, имѣвшей въ свѣжемъ своемъ состояніи видъ довольно большого трехугольника и теперь покрывшейся рубцомъ, вслѣдствіе ретракціи этого послѣдняго, представляется значительно уменьшенной и крайне неправильной формы. Сморщиваніе рубца обуславливаетъ также нѣкоторыя смѣщенія прилегающихъ частей: слизистая оболочка задней



стѣнки влагалища смѣщается болѣе книзу, а большія губы нѣсколько кзади; половая щель представляется, въ своей нижней части, значительно зияющею. Рубецъ обыкновенно поверхностный, относительно мягкій, своимъ бѣлесоватымъ цвѣтомъ отличается отъ окружающихъ частей; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ онъ достигаетъ значительной толщины и плотности и обладаетъ рѣзкою чувствительностью при дотрогиваніи. Верхній уголь разрыва, продолжающійся на большую или меньшую глубину во влагалище, принимаетъ чаще направленіе не по срединной линіи, такъ что *columna rugarum posterior vaginae* представляется не нарушенной въ своей цѣлости, и разрывъ идетъ, огибая ее съ одной

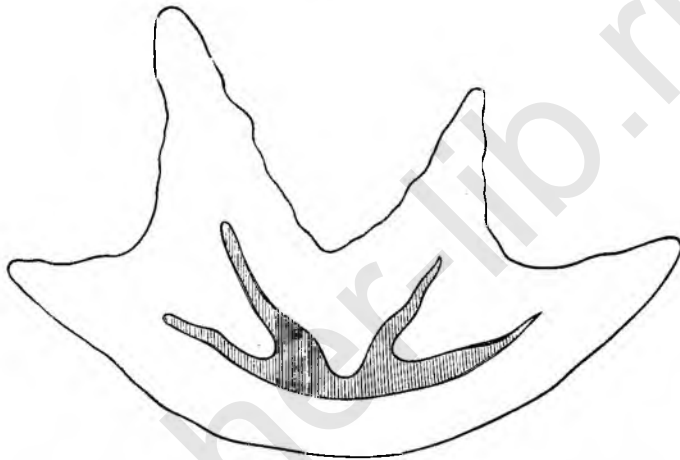


Рис. 62. Контуры свѣжаго разрыва промежности съ врисованною фигурою рубца, остающагося послѣ произвольнаго заживленія раны (*Freund*).

стороны, а иногда съ обѣихъ. Прилагаемая шема заживленія разрыва промежности (рис. 62) въ случаѣ, когда верхній уголь разрыва огибаетъ съ обѣихъ сторонъ *columnam rugarum posteriorem*, наглядно представляетъ смѣщеніе слизистой оболочки влагалища краевъ разрыва, происходящее при заживленіи и образованіи рубца.

Въ случаяхъ неравномѣрности разрыва съ обѣихъ сторонъ и развитія рубца неодинаковой степени плотности и ретракціи, получаютъ значительныя ассиметричности нижняго отрѣзка половой щели.

Женщины, имѣвшія внутренній разрывъ и особенно разрывъ съ сохраненіемъ цѣлости, какъ кожи промежности, такъ и слизистой оболочки влагалища, представляютъ обыкновенно крайнюю степень дряблости и податливости оставшейся такимъ образомъ, повидимому, цѣлою промежности,—состояніе, описываемое

нѣкоторыми авторами, какъ параличъ промежности. Вводя указательный палецъ въ rectum и большой во влагалище и изслѣдуя такимъ образомъ толщину тѣла промежности, мы обыкновенно видимъ, что его не существуетъ, и septum recto-vaginale въ нижней своей части представляется такимъ же тонкимъ, какъ и въ верхней, — слизистая оболочка влагалища на мѣстѣ бывшаго тѣла промежности какъ бы прилегаетъ къ кожѣ ея.

При полныхъ разрывахъ промежности, связанныхъ съ полнымъ разрывомъ mm. constrictor cunni и sphincter ani externus, вслѣдствіе мышцъ антагонистовъ (levator ani, transversi perinei и задній отдѣлъ sphinct. ani) — половая щель зияетъ еще болѣе; ея нижній край переходитъ непосредственно въ прямую кишку, образуя, такимъ образомъ, клоаку, задній край которой образуютъ заднею и боковыми стѣнками заднепроходнаго отверстия. Радиусообразныя складки кожи вокругъ anus'a измѣнили свое положеніе и представляются теперь почти горизонтальными. Передняя стѣнка нижняго отрѣзка прямой кишки и задняя стѣнка влагалища разорваны; дефектъ имѣетъ обыкновенно видъ трехугольника, основаніе котораго отсутствуетъ, боковыя стороны сильно расходятся; верхушка его обращена кверху, полукругла или же болѣе остра при болѣе глубокихъ разрывахъ. Края дефекта тѣмъ тоньше, чѣмъ выше идетъ разрывъ, представляются обыкновенно состоящими изъ рубцовой ткани, связывающей слизистую оболочку влагалища со слизистой оболочкою прямой кишки. Верхушка разрыва почти всегда располагается по срединной линіи и только рѣдко отклоняется въ сторону. Columna rugarum posterior разрушена, и нерѣдко видны только остатки ея въ формѣ различной величины утолщениій, разнообразно смѣщенныхъ стягивающеюся рубцовой тканью. Слизистая оболочка прямой кишки на пространствѣ разрыва обыкновенно какъ-бы выпадаетъ, темнофіолетоваго цвѣта, нерѣдко слегка отечна, представляется въ видѣ небольшой мягкой опухоли, иногда легко кровоточащей при прикосновеніи.

Въ случаяхъ частичныхъ омертвѣній, присоединяющихся къ такому разрыву, нижній отрѣзокъ влагалища представляетъ значительныя рубцовыя образованія, разнообразно смѣщающія края разрыва. Иногда вслѣдствіе частичнаго произвольнаго заживленія разрыва, или какъ результатъ неполнѣ удавшихся операцій, мы видимъ между краями разрыва рубцовыя перетяжки на большемъ или меньшемъ пространствѣ; между такими перетяжками остаются свободныя пространства, дающія картину кишечно-влагалищныхъ фистулъ. Рубцовая ткань отъ верхушки разрыва тянется иногда въ одну или обѣ стороны влагалища указывая на то, что разрывъ продолжался еще больше кверху и захватывалъ только толщу влагалища. Въ случаяхъ, впрочемъ, весьма рѣдкихъ, когда такіе экстремедіанные, обоюдосторонніе

разрывы захватываютъ и прямую кишку, мы видимъ, что задняя стѣнка влагалища можетъ представляться совершенно свободно въ формѣ языкообразнаго лоскута, края котораго продолжаютъ далеко кверху и даже достигаютъ сводовъ влагалища.

**Послѣдствія и припадки.** Разрывы промежности неполные второй и третьей степени нерѣдко въ послѣродовомъ періодѣ осложняются, въ теченіе своего заживленія, также заболѣваніями окружающихъ частей, конечнымъ результатомъ чего является неправильный обратный метаморфозъ тканей, входящихъ въ составъ ихъ. Мы видимъ нерѣдко, что перивагинальная клѣтчатка представляется гораздо рыхлѣе, потерявшею свой нормальный тонусъ, слизистая оболочка влагалища вялая, и матка въ состояніи такъ называемой *subinvolutio*. Конечно, такое сочетаніе разрыва промежности и неправильнаго *restitutio ad integrum* встрѣчалось гораздо чаще ранѣе, до примѣненія болѣе строгой антисептики при веденіи послѣродового періода; но и въ настоящее время случаи эти встрѣчаются далеко нерѣдко, только этиологія ихъ происхожденія отодвинута въ болѣе ранній періодъ; трудные, продолжительные роды, связанные съ разрывомъ промежности, даютъ поводъ къ такого рода нарушенію правильнаго обратнаго метаморфоза половыхъ органовъ женщины.

Принявъ для извѣстнаго ряда случаевъ такого рода недостаточность обратнаго развитія и, какъ слѣдствіе его, потерю нормальнаго тонуса тканей, намъ становится понятнымъ, почему въ одномъ ряду случаевъ, какъ результатъ разрыва промежности, мы имѣемъ различныя степени выпаденія влагалища и матки, а въ другихъ, не смотря на присутствіе разрыва даже третьей степени, такого рода выпаденій не замѣчается; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ ткани внутреннихъ половыхъ органовъ при изслѣдованіи рѣзко бросаются въ глаза своею упругостью и свѣжестью. Въ случаяхъ первой категоріи разрывъ промежности, конечно, безспорно можетъ быть разсматриваемъ, какъ вѣскій этиологическій моментъ выпаденія: или онъ самъ по себѣ служитъ иногда достаточной причиной неправильнаго обратнаго развитія, давая поводъ къ появленію различнаго рода воспалительныхъ явленій, или же, вслѣдствіе отсутствія нормальной задней стѣнки влагалища и зіянія послѣдняго, онъ крайне располагаетъ вялыя ткани полового аппарата къ выпаденію, лишая ихъ физиологической опоры снизу, каковою представляется нижній задній отрѣзокъ влагалища и промежность.

Одинъ взглядъ на прилагаемый анатомическій рисунокъ (рис. 63) вполне разъясняетъ намъ вышесказанное. Линія А. В. представляетъ глубину воображаемаго разрыва, и мы видимъ, насколько, при существованіи его, открывается передняя стѣнка влагалища, лишаясь весьма значительной поддержки снизу.

Не разбирая въ данный моментъ подробнѣе механику происхожденія выпаденія, мы ограничимся теперь только указаніемъ на то, что въ случаяхъ, разбираемыхъ нами, мы встрѣчаемъ два пути, по которымъ идетъ конечный *prolapsus uteri completus* при разрывѣ промежности. Если задняя стѣнка влагалища представляется болѣе дряблою, чѣмъ передняя, мы видимъ, что мало-по-малу она начинаетъ опускаться, давая картину *prolapsus vaginae posterior*; нерѣдко при этомъ вовлекается въ процессъ и прямая кишка, образуя *rectocele*, матка слегка смѣщается внизъ и представляется въ положеніи одной изъ степеней ретроверсіи; въ этотъ періодъ времени развитія выпаденія и передняя стѣнка влагалища съ мочевымъ пузыремъ обыкновенно начинаютъ вовлекаться въ процессъ опущенія, и къ вышесказанной картинѣ присоединяется *prolapsus vaginae anterior*

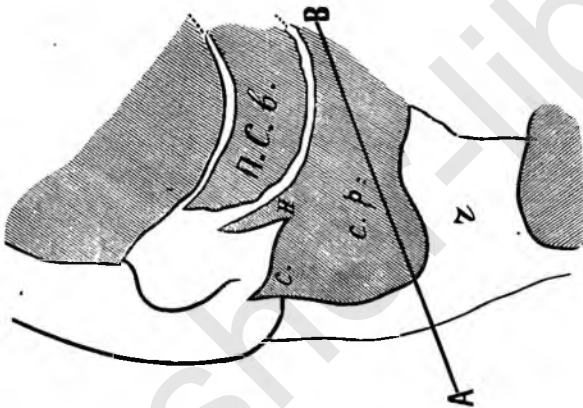


Рис. 63. С. p. corpus perinei. R. rectum.  
C. c. commissura posterior. H. hyмен.  
A. B. линія разрыва промежности.  
П. С. в. передняя стѣнка влагалища.

и *cystocele*; еще шагъ далѣе—и передъ нами уже полное выпаденіе матки, *prolapsus uteri completus*.

Въ другомъ рядѣ случаевъ мы видимъ, что сначала вовлекается въ процессъ передняя стѣнка влагалища—*prolapsus vaginae anterior* съ *cystocele*. Такое состояніе тянется иногда годами въ случаяхъ, когда матка и соединительная ткань ея связокъ представляются здоровыми, или же когда она фиксирована ложными перепонками въ полости таза; тогда нерѣдко къ этому первичному выпаденію передней стѣнки влагалища присоединяется гипертрофія шейки матки, обыкновенно ея средней части. Матка притомъ, въ этомъ періодѣ развитія, весьма часто представляется въ положеніи *anteversio* и затѣмъ только, при усилившемся смѣщеніи книзу и присоединяющемся выпаденіи зад-

ней стѣнки влагалища, она принимаетъ положеніе retroversio-retroflexio, которое и сохраняетъ до развитія полного пролапса.

При полныхъ разрывахъ промежности развитіе выпаденія матки представляется наблюденію гораздо рѣже и составляетъ только какъ бы исключеніе; такого рода явленіе, казалось бы, идетъ прямо въ разрѣзъ съ вышеизложенною этиологіею пролапса, обусловливаемого неполными разрывами промежности; но, всматриваясь ближе, мы находимъ достаточное объясненіе этому явленію: большая часть случаевъ объясняется, съ одной стороны, тѣми послѣродовыми заболѣваніями, которыя такъ нерѣдко сопутствуютъ тяжелымъ формамъ полныхъ разрывовъ промежности; пери-параметриты послѣродового состоянія надолго оставляютъ слѣды своего существованія въ формѣ периметригическихъ сращеній матки съ окружающими частями, или же развитіе обширныхъ рубцовыхъ образованій въ тазовой клѣтчаткѣ препятствуетъ развитію опущенія и выпаденія влагалища и матки. Съ другой стороны, *Kaltenbach* видитъ въ расположеніи самаго разрыва причину отсутствія выпаденій. Онъ говоритъ, что послѣ происшедшаго разрыва sphincteris ani и constrictoris cunni нижній отрѣзокъ задней влагалищной стѣнки, вслѣдствіе сокращенія levatoris ani, оттягивается кпереди и кверху, и обѣ боковыя стороны дефекта, вслѣдствіе дѣйствія мышцъ (transversi perinei, sphincter ani externus), одновременно оттягиваются въ стороны, такъ что нижній отрѣзокъ влагалища образуетъ собою какъ-бы поперечно идущую перегородку, не допускающую выпаденія вышележащихъ частей. При глубокихъ, полныхъ разрывахъ промежности представляется расширеннымъ не нижняя часть просвѣта влагалища, а просвѣтъ прямой кишки, и, слѣдовательно, выпадать можетъ не стѣнка влагалища, а стѣнка прямой кишки, что обыкновенно и наблюдается (*Hegar и. Kaltenbach, «Operat. Gyn.»*, 1886, стр. 800.)

Такимъ образомъ, какъ слѣдствіе частичнаго, неполнаго разрыва промежности, намъ довольно часто приходится наблюдать различныя степени выпаденій и, слѣдовательно, всѣ симптомы, которые обусловливаются этими состояніями. Больныя, обладающія болѣе высокими степенями выпаденій, конечно, и ищутъ помощи отъ этихъ страданій и подвергаются соотвѣтственному лѣченію, причемъ устраненіе разрыва промежности входитъ только, какъ часть, въ составъ операций, производящихся при пролапсахъ.

Въ болѣе легкихъ случаяхъ, когда мы имѣемъ только слабая степени смѣщеній, или же ихъ не наблюдается вовсе, больныя все-таки ищутъ нашей помощи, жалуясь на цѣлый комплексъ симптомовъ, стоящихъ въ связи съ разрывомъ промежности. Мы упоминали уже о томъ, что разрывъ обусловливаетъ до извѣстной степени зяніе половой щели, такъ что нижній от-

рѣзко въ влагалища, бывающій обыкновенно недоступенъ воздуху, теперь постоянно подвергается раздраженію со стороны инородныхъ веществъ (пыль), такъ богато примѣшанныхъ къ воздуху, приходящему въ прикосновеніе съ половыми органами при современной одеждѣ женщины. Результатомъ такого раздраженія мы видимъ постепенное развитіе воспалительныхъ состояній влагалища, переходящихъ на матку и нерѣдко даже на трубы и на яичники. Хроническія бѣли влагалищнаго и маточнаго происхожденія, не поддающіяся обыкновенно почти никакимъ терапевтическимъ приѣмамъ, представляютъ постоянный спутникъ болѣе значительныхъ разрывовъ промежности. Свободное проникновеніе воздуха во влагалище при положеніяхъ больной, развивающихъ отрицательное внутрибрюшное давленіе, не будучи задерживаемо разорванною промежностью, вызываетъ иногда тягостный для больныхъ припадокъ: воздухъ, проникая во влагалище, или, чаще, выходя съ силою изъ него, обусловливаетъ развитіе рѣзкихъ звуковыхъ явленій (*garrulitas vulvæ*), произвольный контроль которыхъ не можетъ имѣть мѣста, что дѣлаетъ до известной степени невозможнымъ пребываніе больной въ обществѣ. гдѣ, конечно, звукъ этотъ третируется, какъ исходящій изъ *gestum*.

Половая жизнь представляетъ иногда также отклоненія отъ нормы. Рубецъ, развивающійся на мѣстѣ неполнаго разрыва, иногда при дотрогиваніи значительно болѣзненъ, и во время *coitus'a* больная ощущаетъ иногда едва стерпимую боль — развивается *dyspareunia*, болѣзненное совокупленіе. Въ другомъ рядѣ случаевъ, обладая значительно увеличеннымъ входомъ во влагалище, какъ сама больная, такъ и ея мужъ, теряютъ всякое ощущеніе, свойственное половому акту, — начало и причина нѣкоторымъ аномаліямъ супружеской жизни.

Какъ слѣдствіе не вполнѣ удовлетворяемой половой жизни и еще болѣе постоянно поддерживающагося катарра половыхъ органовъ, наблюдается нерѣдко безплодіе, при которомъ, впрочемъ, разрывъ промежности самъ по себѣ играетъ иногда далеко не послѣднюю роль: влагалище, широко зіяющее въ своей нижней части, не въ состояніи задерживать эякулированное сѣмя, и, дѣйствительно, можно часто слышать указанія на это отъ самой больной. Принимая во вниманіе ученіе *Sims'a* о *gescertaculum seminis* во влагалищѣ и о пребываніи въ теченіе нѣкотораго времени влагалищной части матки въ массѣ изверженнаго сѣмени, становится понятной возможность въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитія безплодія, какъ непосредственнаго результата разрыва промежности.

Больныя, обладающія неполнымъ разрывомъ промежности и не имѣющія явленій выпаденія, представляютъ иногда значительный комплексъ отраженныхъ нервныхъ явленій, не могущій

быть вполне объясненнымъ катарральными поражениями полового аппарата. Въ такихъ случаяхъ Emmet («*The principles and practice of Gynecology*», 1879, стр. 384) прямо ставитъ въ связь ихъ происхождение съ развитіемъ рубца на разорванной промежности. Указывая, съ одной стороны, на извѣстный фактъ возбужденія, усиленія сокращеній матки въ теченіе родовъ искусственнымъ давленіемъ на промежность и оттягиваніемъ ея кзади и, съ другой—на крайнюю чувствительность рубца въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрыва промежности, онъ допускаетъ возможность мѣстнаго раздраженія рубцомъ и, какъ слѣдствіе этого, появленіе различнаго рода отраженныхъ нервныхъ явленій. Такое предположеніе, для нѣкоторыхъ случаевъ, по крайней мѣрѣ, вполне можетъ имѣть мѣсто, такъ какъ всѣ отраженные нервные припадки, какъ и намъ самимъ приходилось наблюдать, пропадаютъ послѣ излѣченія оперативнымъ путемъ разрыва промежности.

Самымъ тягостнымъ симптомомъ при полномъ разрывѣ промежности, конечно, является полное недержаніе кала и газовъ, наблюдающееся въ случаяхъ разрыва, заходящаго за sphincter internus. Если только одинъ sphincter ani externus представляется разорваннымъ, то плотныя каловыя массы могутъ быть еще удерживаемы, газы же и жидкія испраженія не подлежатъ контролю. Полные разрывы первой степени, нарушающіе цѣлость только наружной части сфинктера, не влекутъ за собою даже и недержанія газовъ, и только въ случаѣ появленія поноса или подъ вліяніемъ психическихъ аффектовъ больныя вдругъ теряютъ способность удерживать газы и жидкія каловыя массы. Нерѣдко полные разрывы осложняются катарромъ прямой кишки, распространяющимся иногда и выше, и мы имѣемъ передъ собою хроническіе колиты съ сильными болями и поносами, значительно ухудшающими общее самочувствіе и такъ уже достаточно страдающихъ больныхъ.

**Распознаваніе.** Анатомическія данныя разорванной промежности сразу намъ даютъ знать, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Разрывы въ свѣжемъ состояніи, тотчасъ послѣ родовъ, особенно легко и интенсивно видны при положеніи женщины на боку, такъ какъ изслѣдованіе промежности, вообще, особенно удобно въ этомъ положеніи. Для опредѣленія вида и степени разрыва представляется иногда необходимымъ введеніе указательнаго пальца въ rectum и большого во влагалище, для болѣе точнаго ощущиванія septi recto-vaginalis. Старые, зарубцевавшіеся, полные разрывы требуютъ иногда точнаго опредѣленія смѣщаемости краевъ разрыва, въ виду рѣшенія вопроса о степени возможности ихъ сближенія во время операціи. Для рѣшенія этого вопроса обыкновенно достаточно простыми острыми крючками стараться сблизить края разрыва въ соответствующихъ другъ другу частяхъ его. Зарубцевавшіеся центральные разрывы пред-

ставляются нерѣдко въ видѣ большей или меньшей промежно-влагалищной фистулы, дающей возможность бѣлямъ стѣкать непосредственно на промежность, минуя входъ во влагалище.

**Лѣченіе.** При описаніи способовъ лѣченія разрывовъ промежности обыкновенно строго раздѣляютъ свѣжіе разрывы отъ старыхъ, зарубцевавшихся, и приводятъ только описаніе лѣченія послѣднихъ, оставляя описаніе первыхъ на долю учебниковъ акушерства. Въ учебникахъ же этихъ обыкновенно говорится только въ общихъ чертахъ объ оперативныхъ приѣмахъ возстановленія промежности и далеко не точно указывается, какъ производить сшивание разорванной промежности; техническая сторона дѣла, въ болѣе подробныхъ деталяхъ, почему-то игнорируется. Не будучи въ состояніи строго дѣлать терапію гинеколога, съ одной стороны, и акушера — съ другой, при вопросѣ объ операціи зашиванія промежности, я считаю вполнѣ умѣстнымъ въ руководствѣ къ женскимъ болѣзнямъ излагать также и такъ называемую акушерскую сторону дѣла, — сторону потому только акушерскую, что намъ приходится манипулировать точною частью послѣ родовъ. Излагая терапію свѣжихъ разрывовъ, я думаю еще, что, ознакомившись съ формою поверхности только что происшедшаго разрыва и наложеніемъ на него швовъ, начинающему будетъ гораздо легче ориентироваться въ вопросѣ о формѣ, которую слѣдуетъ придавать площади окровавленія старыхъ зажившихъ разрывовъ, и способѣ наложенія на нее швовъ. И такъ, мы начнемъ съ изложенія метода лѣченія свѣжихъ, только что происшедшихъ разрывовъ.

Первый вопросъ, являющійся самъ собою, это — могутъ-ли заживать сами по себѣ *per primam* эти разрывы, безъ особой врачебной помощи, и можетъ-ли промежность, такимъ образомъ, сама собою возстановляться. На вопросъ этотъ, вообще, слѣдуетъ отвѣтъ положительный. Довольно глубокіе, неполные разрывы второй степени, отчасти и третьей, могутъ заживать *spontaneo modo*, не представляя черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и слѣдовъ своего существованія. Фактъ этотъ и подалъ поводъ къ тому, что акушеры болѣе стараго времени, примѣняя только покойное положеніе (со связанными ногами), достигали иногда полного заживленія раны. Но, къ сожалѣнію, какъ это показали дальнѣйшія наблюденія и затѣмъ наблюденія гинекологовъ, столь часто встрѣчающихся старые разрывы промежности, заживленія эти представляютъ далеко не правило, а только счастливыя исключенія. Достигаемое связываніемъ ногъ больной, большее приближеніе одной ягодицы къ другой, а, слѣдовательно, и краевъ разрыва промежности, было тогда еще усиливается наложеніемъ серфиновъ на края раны; вмѣстѣ съ этимъ было предложено зашивать рану поверхностными шелковыми швами; но только съ тѣхъ поръ, когда въ гинекологіи приобрѣли полное право



гражданства пріемы хирургическіе, и когда акушеры, они же и гинекологи, научились обращаться съ ранами по правиламъ, предписываемымъ хирургіею, никто уже не споритъ о томъ, что свѣжую рану, въ видахъ ея полного заживленія, слѣдуетъ зашить, со всѣми предосторожностями и точностью, предписываемыми хирургическою опытностью. И такъ, имѣя передъ собою свѣжій разрывъ промежности, его слѣдуетъ зашить.

Изъ анатоміи намъ извѣстно, что промежность, какъ одно цѣлое, въ передне-заднемъ разрѣзѣ имѣетъ видъ трехугольника (corpus perinei), и, разрываясь въ этомъ направленіи, она должна намъ дать площадь разрыва также въ видѣ трехугольника (рис. 64. ABC), могущаго быть раздѣленнымъ на два меньшей величины (ABD и CBD), по величинѣ своей равные

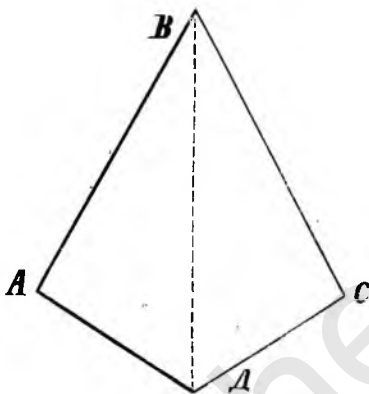


Рис. 64.

величинѣ площади передне-задняго размѣра такъ называемаго тѣла промежности. Эта фигура раненой поверхности получается при неполныхъ разрывахъ, когда одна сторона трехугольника тѣла промежности (BD), обращенная въ прямую кишку, остается цѣлою. Съ формою поверхности раны при полныхъ разрывахъ мы познакомимся нѣсколько ниже.

При неполныхъ разрывахъ, какъ само собою понятно, со стороны влагалища долженъ рваться нижній отрѣзокъ *columnae rugarum posterioris*. Но такъ какъ эта срединная складка влагалища представляется по анатомическому строенію тканей, входящихъ въ ея составъ, гораздо болѣе плотною и менѣе легко разрываемою, чѣмъ тотчасъ же граничащіе съ нею съ боковъ участки стѣнки влагалища, то разрывъ обыкновенно отклоняется отъ срединной линіи и направляется въ одну изъ сторонъ, разрушая богатую венозными сплетеніями боковую часть задней стѣнки влагалища. Вотъ почему поверхность разрыва въ видѣ трехугольника съ верхушкою, лежащею по срединной линіи, свойственна только относительно небольшимъ разрывамъ, болѣе же глубокіе разрывы третьей степени всегда представляютъ отклоненіе верхней части площади разрыва отъ срединной линіи (рис. 65). Кромѣ такого экстремедіаннаго направленія верхушки трехугольника разрыва, мы видимъ иногда, что разрывъ продолжается кверху не въ одну только сторону, а въ обѣ, расщепляясь такимъ образомъ виллообразно кверху, огибая съ обѣихъ сторонъ *columnam rugarum posteriorem* и надрывая ее въ болѣе глубокихъ и рыхлыхъ слояхъ *septi. recto-vaginalis*,

такъ что эта срединная складка представляется въ видѣ болѣе или меньшей величины лоскута, довольно свободно могущаго быть смѣщаемымъ на большее или меньшее разстояніе (рис. 66).

Имѣя передъ собою такія различныя по формѣ площади разрыва, намъ предстоитъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ строго заботиться о томъ, чтобы соединить швами мѣста соотвѣтствующія, дабы, послѣ полученнаго полнаго заживленія, отношенія зашитыхъ частей имѣли нормальное положеніе, и чтобы при наложеніи швовъ и во время заживленія мы не имѣли лишняго, ненормальнаго натяженія краевъ раны, вслѣдствіе неправильнаго ихъ соединенія.

Прежде, чѣмъ перейти къ описанію наложенія швовъ, я упомяну о приготовленіи разорванной раны и самой родильницы къ операціи зашиванія промежности и укажу на употребляемые нами иглы и матеріалъ для швовъ.

Приготовленіе родильницы къ операціи. Убѣдившись въ существованіи разрыва промежности вскорѣ послѣ выхожденія послѣда, при омываніи наружныхъ половыхъ частей родильницы, слѣдуетъ тотчасъ же въ мягкихъ, непугающихъ выраженіяхъ заявить объ этомъ, какъ самой пострадавшей, такъ и окружающимъ ее, причемъ также утвердительно высказаться за примѣненіе зашиванія разрыва, по возможности не произнося слово «*операція*», такъ пугающее обыкновенно лицъ непосвященныхъ. Отказа отъ наложенія швовъ тотчасъ же встрѣчать почти не приходится. Спустя нѣкоторое время (отъ 1 часу до 6) послѣ родовъ, мы приступаемъ къ зашиванію промежности. Уложивъ родильницу насколько возможно удобнѣе на поперечную кровать и, если только возможно, на столъ, въ ягодичноспинное положеніе съ согнутыми ногами, удерживаемыми помощниками, мы стараемся, надавливая на матку снаружи

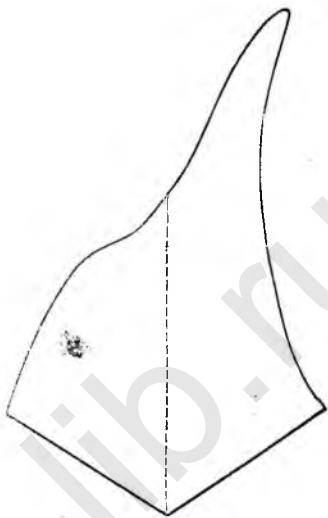


Рис. 65.

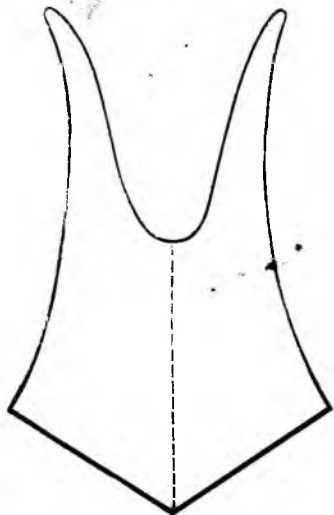


Рис. 66.

черезъ брюшныя стѣнки, удалить, быть можетъ, накопившущся во влагалищѣ жидкую кровь или кровавые сгустки. Очистивъ такимъ образомъ влагалище и введя въ него не особенно



Рис. 67.

большой кусокъ карболизованной ваты, для удержанія истекающей крови, мѣшающей при наложеніи швовъ, мы, гдѣ это только возможно, примѣняемъ постоянную ирригацію 3—2% растворомъ *Ac. carbolicі* во время всей операціи зашиванія промежности; если же этого устроить нельзя, то рана должна быть вытираема кусками карболизованной ваты и никакъ не губками. Разсматривая поверхность разорванной раны, очищая ее отъ приставшихъ незначительной величины кровяныхъ сгустковъ, мы удаляемъ обыкновенно ножницами разорвавшіяся въ формѣ ключевъ части и, такимъ образомъ, сглаживаемъ, на сколько возможно, поверхность раны. Хлороформъ во время наложенія швовъ мы примѣняемъ только въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ нѣсколько уколовъ промежности родильницы переносятъ довольно легко.

Инструменты. Мы довольствуемся обыкновенно для наложенія швовъ на разорванную промежность только иглами и иглодержателемъ. Иглы обыкновенныя незначительной кривизны должны отличаться тѣмъ, чтобы онѣ совсѣмъ не пружинили, такъ какъ при проведеніи иглы при глубокихъ швахъ, если она пружинитъ, нельзя быть точно увѣреннымъ въ направленіи пути, проходимаго ею. Такихъ весьма крѣпкихъ иголъ достаточно имѣть нѣсколько штукъ, меньшей величины для влагалищныхъ и большей для промежностныхъ швовъ.

Иглодержатель также обыкновенный, смотря по привычкѣ оператора; мы употребляемъ иглодержатель *Reinert*'а. Весьма цѣлесообразными въ данномъ случаѣ оказываются иглы и иглодержатель *Hagendorn*'а (рис. 67). Иглы эти представляются сплюснутыми съ боковъ и вслѣдствіи этого весьма твердыми, совершенно непружинящими (рис. 68). Материаломъ для швовъ служатъ шелкъ и *cat-gut*; металлическую проволоку изъ различныхъ металловъ мы уже давно оставили, какъ не представляющую особыхъ выгодъ. Въ настоящее время проволока, насколько мнѣ извѣстно, удержалась въ общемъ распространеніи только въ Америкѣ (*Mundé, Emmet*).

Хорошо дезинфицированныя, крученныя, шелковыя лигатуры



Рис. 68.

различной толщины, хранящіяся въ маленькихъ стеклянныхъ, хорошо закупоренныхъ банкахъ, передъ употребленіемъ обыкновенно погружаются въ 5% растворъ *Ac. carbolicі* или въ 0,1% сулемы. Употребляемый нами *catgut* обрабатывается въ теченіе 24 час. въ 0,1% раствора сулемы и затѣмъ сохраняется въ спиртѣ и примѣняется нами только въ случаяхъ такъ называемаго этажнаго шва, или при непрерывномъ швѣ. При этомъ можетъ быть также примѣненъ и *catgut*, обработанный въ *ol. juniperi e ligno*, какъ мы объ этомъ уже упоминали при операциі *colporrhaphia anterior* (стр. 77.).

*Perineorrhaphia prima*. Уложивъ сказаннымъ образомъ родильницу, приготовивъ инструменты и очистивъ рану, мы приступаемъ къ наложенію швовъ. Помощники, удерживающіе ноги родильницы, своими свободными руками раздвигаютъ большія губы и обнажаютъ такимъ образомъ поверхность разрыва. Иглою меньшей кривизны мы проводимъ первый шовъ въ самомъ верхнемъ и, слѣдовательно, самомъ глубокомъ во влагалищѣ углу раны, вонзая и выводя иглу на 0,3—0,5 *cm.* отступя отъ края раны. Если бы этотъ уголъ былъ трудно доступенъ, то весьма удобнымъ оказывается захватить крючкомъ или пулевыми щипцами слизистую оболочку влагалища тотчасъ надъ нимъ и, оттягивая его кверху и кпереди, сдѣлать легко доступнымъ. Наложивъ и завязавъ первый шовъ, концы его передаются одному изъ помощниковъ, а пулевые щипцы, если таковые были наложены, снимаются. Затѣмъ слѣдуетъ второй и такъ далѣе до послѣдняго шва со стороны влагалища, причемъ тотчасъ же по наложеніи шва онъ завязывается. Проводя иглу отъ одного края раны до другого, мы точно стараемся опредѣлить глубину захватываемыхъ тканей, для чего иногда палецъ лѣвой руки долженъ быть вводимъ въ *rectum*. Такіе глубокіе швы накладываются обыкновенно на пространствѣ приблизительно одного сантиметра другъ отъ друга. Между ними, если слизистая ободочка краевъ раны зияетъ, послѣ завязыванія глубокихъ швовъ, накладываются еще болѣе поверхностные.

Наложивъ и завязавъ всѣ швы со стороны влагалища отъ верхушки угла раны до мѣста нахождения commissurae posterioris, мы имѣемъ передъ собою только сравнительно небольшую, зияющую рану кожи промежности; на эту рану уже со стороны промежности накладываются, начиная снизу, швы, далеко уже не такіе глубокіе, какъ со стороны влагалища. Завязавъ ихъ и отрѣзавъ довольно коротко (по 0,5 *cm.*) всѣ концы швовъ, мы имѣемъ передъ собою совершенно восстановленную промежность, причемъ всѣ соотвѣтствующія, симметрическія части разрыва приходятся какъ разъ другъ къ другу. Омывъ еще слегка сочащуюся кровь изъ кожныхъ уколовъ и удаливъ

лежащій ватный тампонъ изъ влагалища, мы обильно посыпаемъ всю зашитую рану порошкомъ йодоформа или пульверизируемъ изъ особаго, къ тому приспособленнаго аппарата.

Разрывы, идущіе дальше кверху и огибающіе *columnam rugarum posteriorem*, требуютъ еще болѣе тщательнаго зашиванія въ своей верхней части. Если разрывъ расщепляется кверху виллообразно, то швы накладываются на каждую вѣтвь отдѣльно, и, дойдя до мѣста ихъ схождения, т. е. до конца уцѣлѣвшей *columnae rugarum posterioris*, шовъ на этомъ мѣстѣ долженъ захватить и ее; для этого, накладывая шовъ слѣва направо (относительно родильницы), мы вкалываемъ иглу въ лѣвый край лѣваго разрыва, выводимъ въ правомъ краѣ этого же разрыва (лѣвый край *columnae rugarum post.*) и затѣмъ тотчасъ же вкалываемъ снова въ правый край *columnae rugarum post.* или лѣвый край праваго разрыва и выводимъ окончательно въ правомъ краѣ этого же разрыва. Завязавъ этотъ шовъ, мы имѣемъ передъ собою картину трехугольника остающагося, уже простаго, неполнаго разрыва промежности, который и зашивается, какъ только что описано.

При зашиваніи сказаннымъ методомъ мы употребляемъ всегда шелкъ. Catgut примѣняется нами въ этихъ случаяхъ только при непрерывномъ, обвивномъ швѣ, какъ его предложилъ *Bröse*, который и по нашимъ наблюденіямъ также оказывается вполне примѣнимымъ и дающимъ хорошіе результаты. Обыкновенно шовъ этотъ накладывается catgut'омъ слѣдующимъ образомъ: игла, снабженная одною весьма длинною ниткой catgut'a, вкалывается въ лѣвый край у самой верхушки разрыва, проводится подъ нимъ и выводится съ другой стороны на слизистой оболочкѣ влагалища; шовъ завязывается такимъ образомъ, чтобы одинъ конецъ его, снабженный иглою, оставался значительно длиннымъ; затѣмъ мы приступаемъ къ наложенію обвивного шва въ глубинѣ разрыва. Игла вкалывается слѣва въ поверхность разрыва на извѣстной глубинѣ и выводится справа на соответствующей высотѣ поверхности разрыва правой стороны; такимъ образомъ, продолжая далѣе книзу, мы спиральными оборотами нити захватываемъ все дно (если можно такъ выразиться) разрыва и доходимъ почти до кожи промежности. Дойдя до этого мѣста, мы мѣняемъ направление и въ два или три оборота спирали достигаемъ назадъ къ верхушкѣ разрыва и выводимъ иглу снова на слизистую оболочку влагалища. Результатомъ наложенія обвивного шва въ данный моментъ представляется полное сближеніе соответствующихъ другъ другу глубокихъ частей разрыва и зияетъ только самая поверхностная часть его. Остающуюся, такимъ образомъ, не глубокую рану, мы зашиваемъ тою же нитью catgut'a, продолжая накладывать спиральные туры нити,

захватывая края со стороны слизистой оболочки влагалища. Дойдя до области commissurae posterioris, мы продолжаем обвивной шовъ и на кожѣ промежности и достигаемъ до самого нижняго конца разрыва. Такимъ образомъ, вся рана представляется зашитой; остается только укрѣпить нить catgut'a послѣдняго укола; мы предпочитаемъ сдѣлать это, завязавъ ее въ узелъ съ концомъ нити уже завязаннаго простого шва, только что наложеннаго нами изъ отдѣльной нити catgut'a на самый нижній конецъ разрыва кожи промежности.

Вышеприведенные способы наложенія швовъ, имѣющіе въ виду на сколько возможно близкое и полное соприкосновение симметрическихъ частей поверхности разрыва, требуютъ для выполнения извѣстной обстановки и не могутъ быть хорошо произведены на обыкновенной мягкой кровати въ частной практикѣ. Въ такихъ, не вполне удобно складывающихся случаяхъ, позволяютъ себѣ, для скорости дѣла и избѣжанія приготовления такъ страшно дѣйствующаго на окружающихъ операціоннаго стола (высокой поперечной кровати), накладывать швы только со стороны промежности. Такое наложеніе швовъ даетъ также хорошіе результаты сращенія, хотя и менѣе удовлетворительные, чѣмъ вышеприведенное сочетаніе влагалищныхъ и промежностныхъ швовъ. Какъ методъ вполне обыденный и не требующій никакихъ усовершенствованій, онъ до сихъ поръ еще примѣняется въ частной практикѣ и американскими врачами. Швы изъ шелку (нерѣдко изъ проволоки) накладываются обыкновенно простою кривою иглою большой величины, начиная съ верхняго края промежности. Игла вкалывается съ лѣвой стороны въ области commissurae posterioris и проводится на сколько возможно глубоко параллельно съ краемъ разрыва, огибая какъ можно большую площадь разрыва, и выводится на томъ же уровнѣ съ правой стороны. Второй шовъ проводится подъ первымъ, описывая, конечно, дугу меньшей величины. Обыкновенно 3—5 швовъ бываетъ достаточно для зашиванія раны неполныхъ разрывовъ; швы завязываются всѣ на промежности. При такомъ, недостаточно точномъ наложеніи швовъ, далеко не вся поверхность раны бываетъ захвачена ими, и обыкновенно верхній уголь ея остается не вполне зашитымъ. Получающаяся prima intentio происходитъ, слѣдовательно, не по всей площади бывшаго разрыва, остаются участки, заживающіе per secundam.

Соблазняясь удобствомъ и скоростью наложенія, а также и относительно хорошими результатами при такомъ не совершенно точномъ соприкосновеніи симметрическихъ частей поверхности раны разрыва, нѣкоторые врачи-практики въ Америкѣ (*Dr. Alloway въ Монреальъ и Dr. Lee въ Cleveland, Ohio.*—(*P. Mundé. Minor Surgical Gynecology. New-York, 1885, стр. 488*), предложили накладывать только одинъ верхній промежностный

шовъ. Результаты получались удовлетворительные, но пока остается еще неизвѣстнымъ процентъ заживленій при примѣненіи этого способа зашиванія, такъ какъ единичные случаи въ этомъ направленіи не рѣшаютъ еще вопроса, и мы уже видѣли, что полное заживленіе разрывовъ можетъ происходить въ рѣдкихъ случаяхъ и безъ всякаго наложенія шва. Я пробовалъ примѣнять этотъ шовъ въ клиникѣ. При наложеніи его необходимо смотрѣть за тѣмъ, чтобы игла, входя въ лѣвый верхній край разрыва кожи промежности, шла во влагалищѣ тотчасъ надъ краемъ влагалищной части разрыва и огибала всю площадь разрыва, выходя снова съ правой стороны на кожу промежности. Завязавъ этотъ шовъ, имѣющій видъ кисета, получается полное закрытіе раны влагалища и верхней части раны кожи промежности. Нижняя же часть раны промежности зіяетъ, такъ что я былъ вынужденъ накладывать еще одинъ поверхностный промежностный шовъ. Заживленіе, правда, получалось иногда весьма удовлетворительное, но рядомъ съ этимъ гораздо чаще, чѣмъ при точномъ наложеніи швовъ, наблюдалась полная неудача.

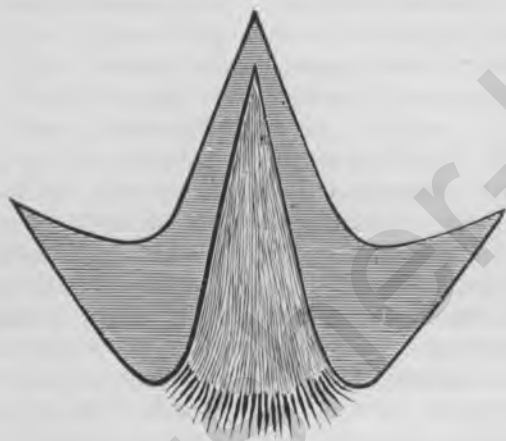


Рис. 69.

Первичная *perineorrhaphia* при полныхъ разрывахъ должна быть также производима втеченіе короткаго, нѣсколькихъ-часоваго (1—6 ч.), времени послѣ родовъ. При полномъ разрывѣ промежности, когда и часть *septi recto-vaginalis* представляется разорванной, мы имѣемъ передъ собою уже болѣе сложную форму раны, представляющую изъ себя два треугольника (передне-задній разрывъ *corpus perinei*), соединенныхъ между собою относительно тонкими продолженіями своихъ верхушекъ (рис. 69), разорвавшася *septi recto-vaginalis*.

При наложеніи швовъ на эти свѣжіе полные разрывы, еще болѣе скрупулезная точность должна быть соблюдаема при соединеніи соответствующихъ частей разрыва, если желательно получить вѣрный успѣхъ, и поэтому, если нельзя имѣть всѣхъ удобствъ положенія при производствѣ операціи, то лучше ее и не предпринимать, такъ какъ результатъ можно предвидѣть сомнительный и болѣею частью даже отрицательный. Уложивъ родильницу на край стола въ ягодично-спинномъ положеніи, мы

стараясь точно познакомиться съ фигурою разорванной поверхности. Оторванные въ формѣ ключевъ части на поверхности разрыва удаляются. Сдѣлавъ помощью пулевыхъ щипцовъ доступную заднюю стѣнку влагалища, обыкновенно приходится наложить сначала два или три влагалищныхъ шва въ самой верхней части разрыва, соединивъ его ими до начала дефекта ректальной стѣнки. Затѣмъ, слѣдуетъ наложеніе швовъ попеременно, то со стороны recti, то со стороны влагалища; по наложеніи шва, онъ тотчасъ же завязывается, ректальный — со стороны recti и влагалищный — со стороны влагалища. Такимъ образомъ дефектъ мало-по-малу уменьшается.



Рис. 70.

Завязавъ послѣдній ректальный шовъ, приходящійся въ заднемъ проходѣ на границѣ слизистой оболочки recti съ кожей, мы превращаемъ полный разрывъ промежности въ неполный и зашиваемъ послѣдній, какъ уже было сказано выше, со стороны влагалища и со стороны промежности. Наложивъ и завязавъ всѣ швы, мы получимъ соединенную швами рану, имѣющую фигуру, изображенную на рис. 70.

Конечно, и при полномъ разрывѣ верхній его уголъ можетъ представлять также отклоненія въ стороны, а именно разрывъ слизистой оболочки влагалища и клѣтчатки можетъ также расщепляться вилообразно и достигать иногда очень высоко. Чѣмъ сложнѣе фигура разрыва, тѣмъ тщательнѣе должны мы знако-



миться съ нею, чтобы швы, наложенные нами, не вызывая чрезмѣрнаго натяженія, соединяли части разрыва, совершенно другъ другу соответствующія, и тѣмъ большихъ удобствъ мы должны требовать при производствѣ операціи. Считаю не лишнимъ повторить еще разъ, что лучше совѣмъ не зашивать рану, чѣмъ зашить ее такъ, что уже впередъ можно предвидѣть результатъ отрицательный.

Уходъ за родильницею, перенесшей операцію зашиванія промежности, не долженъ ничѣмъ существенно отличаться отъ такового при совершенно нормальномъ послѣродовомъ періодѣ. Первые дни рану оставляемъ, насколько возможно, въ покоѣ, и, кромѣ наружныхъ обмываній и присыпки іодоформомъ, она не требуетъ никакого другого ухода. Влагалищныя инъекціи, если не вызваны какими бы то ни было другими показаніями, обыкновенно не производятся. На третій или четвертый день родильница получаетъ слабительное, и только при зашитыхъ полныхъ разрывахъ передъ испраженіемъ она получаетъ клистиръ изъ двухъ унцій прованскаго масла, чтобы, насколько возможно, сдѣлать легкимъ проходъ фекальныхъ массъ. Начиная уже съ пятаго дня, можно начать снимать швы съ промежности, влагалищные же и особенно кишечные остаются гораздо болѣе продолжительное время, и мы выжидаемъ обыкновенно, когда требующееся для снятія внутреннихъ швовъ растяженіе входа во влагалище и особенно задняго прохода уже не можетъ вызвать разрыва молодого, вновь образованнаго рубца. Мы держимъ *in situ* швы эти иногда 2—4 недѣли и болѣе.

Зашивая такимъ образомъ свѣжіе разрывы и соблюдая при этомъ, насколько возможно, правила антисептики, требующіяся вѣдь и при каждахъ родахъ, мы можемъ быть совершенно увѣрены въ успѣхѣ, и еслибы такого рода зашиваніе производилось повсемѣстно, то намъ, какъ гинекологамъ, почти не приходилось бы встрѣчаться со старыми, зарубцевавшимися разрывами промежности.

Лѣчение старыхъ разрывовъ промежности должно, конечно, также заключаться въ восстановленіи промежности *in toto*, слѣдовательно, въ производствѣ пластической операціи (*perineorrhaphia secundaria*). Производя эту операцію, мы должны строго имѣть въ виду анатомическія данныя нормальной фигуры и формы промежности и не довольствоваться только восстановленіемъ ея кожной или влагалищной части. Изъ исторіи развитія операціи восстановленія промежности мы видимъ, что только въ послѣднее время стали держаться этого, уже а priori неоспоримаго принципа. Производя вновь окровавленіе уже зарубцевавшихся тканей и смѣщенныхъ сокращающимся рубцемъ окружающихъ частей, мы должны придавать строго опредѣ-

ленную фигуру поверхности окровавления, чтобы, наложивъ и завязавъ швы, получить нормальной формы и толщины *congrus perinei*. Не такъ давно еще довольствовались только полудуннымъ окровавленіемъ области *comissurae posterioris* и большихъ губъ и такимъ образомъ восстанавливали не промежность, а только часть ея, обращенную снаружи, и, конечно, тѣмъ не достигали успѣшнаго устранения всѣхъ симптомовъ, вызываемыхъ разрывомъ промежности, особенно явленій выпаденія, такъ какъ эта кожная часть промежности весьма скоро растягивалась и давала снова мѣсто проляпсу.

Показаніями къ операціи въ случаяхъ старыхъ разрывовъ служатъ симптомы, вызываемые ими, и особенно часто явленія начинающагося выпаденія и старыхъ, долго длящихся катарровъ. Изъ припадковъ, заставляющихъ больныхъ скорѣе обращаться за врачебною помощію, слѣдуетъ указать на болѣзненность рубца при дотрогиваніи и обусловленную этимъ *dyspareunia*, при полныхъ разрывахъ — недержание газовъ и кала.

Время операціи. Такъ какъ мы уже высказались за то, что свѣжіе разрывы должны быть зашиваемы тотчасъ послѣ родовъ, а старые, когда къ тому будутъ существовать показанія, то сравнительно только незначительное число случаевъ будетъ возбуждать вопросъ, когда и какъ скоро относительно бывшихъ родовъ производить операцію. Если уже пропущено время для наложенія швовъ на свѣжій разрывъ, то никакъ не слѣдуетъ торопиться и зашивать еще не зажившую рану, разрушая ея грануляціонную поверхность. Такое производство свѣжей раненой поверхности въ раннемъ періодѣ послѣродового состоянія можетъ относительно нерѣдко дать поводъ къ различнаго рода осложнениямъ со стороны могущей произойти инфекціи. Въ литературѣ существуютъ случаи операцій на второй и третьей недѣлѣ послѣродового періода, кончившіеся летально при явленіяхъ септицеміи. Для устранения такого рода случайностей, возможность которыхъ въ настоящее время, впрочемъ, доведена до *minimum*'а, цѣлесообразнѣе всего оперировать уже по полномъ окончаніи послѣродового періода, слѣдовательно, по крайней мѣрѣ, черезъ шесть недѣль послѣ родовъ. Кормленіе грудью при этомъ можетъ быть не принимаемо въ расчетъ, если только имѣется возможность дать физическій покой матери, такъ какъ само кормленіе не требуетъ ни вставанія съ постели, ни долгаго сидѣнія. При старыхъ разрывахъ является еще вопросъ, въ какое время относительно регуль слѣдуетъ приступать къ операціи восстановленія промежности; мы предпочитаемъ назначать операцію обыкновенно спустя съ недѣлю по окончаніи менструальнаго періода.

Предсказаніе относительно степени опасности самой операціи (*perineorrhaphia secundaria*) въ настоящее время крайне благо-

приятно. Соблюдение строгой антисептики вполне гарантирует успех операции, и если встречаются случаи неполного заживления, то обыкновенно ошибка лежит в технике производства операции, особенно при восстановлении полных разрывов.

На приготовление больной к операции особенно слѣдует обращать вниманіе при полныхъ разрывахъ промежности. Оно заключается въ опорожненіи кишечнаго канала и возможно большей дезинфекціи частей, подлежащихъ операціи. Опорожненіе кишечнаго канала обыкновенно достигается приемомъ кастороваго масла за нѣсколько дней до операціи (2—4) и затѣмъ постояннымъ поддерживаніемъ усиленной перистальтики кишекъ (среднія соли) вплоть до операціи; ограничиваться же назначеніемъ кастороваго масла только за день до операціи не слѣдуетъ, такъ какъ при такомъ единичномъ усиленномъ послабленіи весьма часто не выводятся всѣ scybala, и присутствіе ихъ, какъ во время операціи, такъ и въ первые дни послѣ нея, могутъ мѣшать, какъ производству самой операціи, такъ и правильному теченію заживленія, вызывая испражненія раньше желательнаго срока. Передъ самой операціей необходимо клистиромъ изъ комнатной воды промыть хорошо нижній отрѣзокъ кишечнаго канала, дабы во время операціи не имѣть дѣла съ жидкими, произвольными испражненіями, такъ мѣшающими иногда производству самой операціи.

За недѣлю до операціи больной обыкновенно назначаются дезинфицирующія спринцованія влагалища изъ растворовъ acid. carbol., acid. salicylicі или сулемы два раза въ день, а наканунѣ она дѣлаетъ ихъ четыре раза. Наканунѣ же больная получаетъ общую тепловатую ванну. До начала операціи уже на операціонномъ столѣ производится еще разъ обильное вымываніе 3% растворомъ Ac. carbol. влагалища и наружныхъ половыхъ частей; лобокъ, большія губы и окружающія части вымываются еще кромѣ того щеткою съ мыломъ.

Обыкновенно операція восстановленія промежности при старыхъ разрывахъ ея производится подъ хлороформомъ, и только въ исключительныхъ случаяхъ, представляющихъ противопоказанія къ примѣненію хлороформа, она можетъ быть произведена безъ наркоза. Вѣсьма удовлетворительнымъ представлялось намъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ употребленіе подкожныхъ инъекцій изъ кокаина: 1—2 шприца 5% раствора cocaini muriatici подъ кожу, граничащую съ областью операціи, за пять минутъ до начала окровавленія иногда поразительно успѣшно устраняли болевые ощущенія.

Форма окровавленія, вошедшая въ употребленіе при неполныхъ разрывахъ, есть такъ называемая триангулярная, напоминающая собою форму трехугольника и, слѣдовательно, имѣющая своимъ прототипомъ форму свѣжаго неполнаго разрыва. Какъ

мы уже сказали выше, мы должны преслѣдовать возможность формою новаго окровавленія, какъ можно болѣе, подходить къ той формѣ, вообще, которая происходитъ при разрывахъ, и въ частности той, которая была въ данномъ случаѣ.

Чаще всего въ настоящее время примѣняется форма трехъ-угольника, предложенная *Simon* омъ. На прилагаемомъ рисункѣ (фиг. 71) мы видимъ, что оба боковыхъ угла этого трехугольника болѣе закруглены и приподняты нѣсколько выше, чѣмъ пространство распространенія рубца, такъ какъ поверхность, покрытая имъ на старыхъ разрывахъ, вслѣдствіе его стягиванія представляется гораздо меньшею, чѣмъ это было во время свѣжаго разрыва.

Такого рода окровавленіе въ видѣ трехугольника, верхушка котораго лежитъ прямо по срединной линіи, нѣсколько не подходить къ той формѣ болѣе глубокихъ разрывовъ, которые происходятъ въ большинствѣ случаевъ. Мы видѣли, что свѣжіе, болѣе глубокіе разрывы представляютъ обыкновенно отклоненіе верхушки своей трехугольной разорванной поверхности въ одну изъ сторонъ, или же она вилообразно расщепляется въ обѣ стороны. Руководствуясь этимъ, *W. A. Freund* въ 1873 году

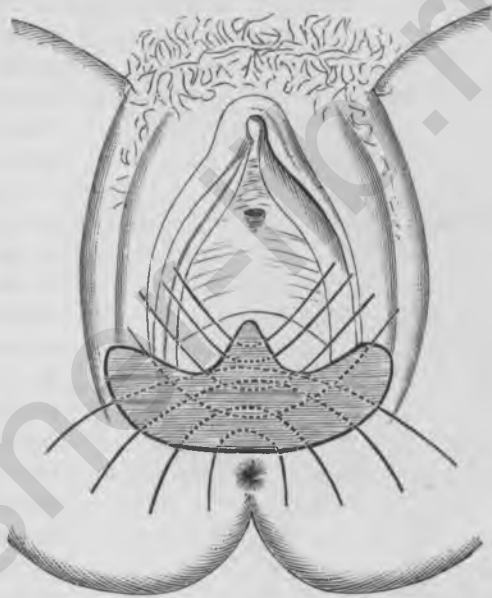


Рис. 71.

предложилъ давать площади окровавленія также форму трехъ-угольника съ верхушкою, располагающеюся экстремедианно въ сторону бывшаго разрыва. Сторона эта на старыхъ разрывахъ узнается легко; мы видимъ обыкновенно, что *columna rugarum posterior* бываетъ отклонена въ одну изъ сторонъ и продольныя боковыя складки всей толщи слизистой оболочки влагалища, имѣющіяся по бокамъ ея, представляются неравнобѣрной глубины на обѣихъ сторонахъ. Рис. 72 представляетъ форму окровавленія, согласно съ предложеніемъ *Freund*'а, примѣняемую нами въ подходящихъ случаяхъ. Верхушка поверхности окровавленія въ нашемъ рисункѣ отклонена влѣво и пунктиромъ изображена вторая верхушка въ случаяхъ разрыва, вилообразно расщепляющагося кверху. При производствѣ такого рода пло-

пади окровавленія, дѣйствительно, мы видимъ уже во время операци, что натяженіе тканей при завязываніи влагалищныхъ швовъ бываетъ гораздо меньше, а, слѣдовательно, и случаи прорѣзыванія ихъ наблюдаются гораздо рѣже, заживленіе получается полное, и во время послѣдующихъ родовъ промежности, зашитыя этимъ способомъ, даютъ меньшій процентъ вторичныхъ разрывовъ.

Въ 1883 году въ Америкѣ *T. A. Emmet*'омъ было опять заново предложено такого рода окровавленіе (*Emmet's new operation for lacerated perineum*), при чемъ для восстановленія промежности онъ предлагаетъ окровавлять полосы съ обѣихъ сторонъ *columnae rugarum post.*, и обѣ эти пальцевидныя по-



Рис. 72.

верхности окровавленія соединять такой же ширины окровавленіемъ, огибающимъ снизу *columnam rugarum post.*, при чемъ однако кожа промежности не захватывается, и операци дѣлается такимъ образомъ совершенно не болѣзненной. Результатомъ ея, кромѣ улучшенія бывшаго *rectocele* и незначительнаго суженія влагалища, не получается полного устраненія зіянія половой щели, а слѣдовательно, промежность *in toto* не восстанавливается. Прибавляя же къ этой полулунной, заходящей довольно глубоко во влагалище поверхности окровавленія, еще окровавленіе, необходимое для восстановленія всего *corpus perinei*, мы получаемъ фигуру, ни чѣмъ не отличающуюся отъ предложенной *Freund*'омъ.

Въ случаяхъ старыхъ разрывовъ промежности, не представляющихъ болѣе значительныхъ смѣщеній ткани слизистой оболочки сократившимся рубцомъ, и въ случаяхъ такъ называемыхъ внутреннихъ разрывовъ фасцій и мышцъ промежности безъ разрыва слизистой оболочки, обусловливающихъ крайнюю дряблость и податливость всей промежности, мы примѣняемъ съ полнымъ успѣхомъ способъ, описанный *Sänger*'омъ («*Volkmann's Klinische Vorträge*», № 301. *Gynaecologie*, 85.) подъ именемъ способа *Lawson-Tait*'а. Способъ этотъ въ подобныхъ случаяхъ заслуживаетъ преимущества передъ только что описаннымъ по простотѣ и быстротѣ своего производства и потому, что при немъ не уда-

ляется совершенно ни одного лоскута слизистой оболочки, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляется крайне желательнымъ. Техника производства, какъ мы ее примѣняемъ, заключается въ слѣдующемъ: на уцѣлѣвшей части промежности проводится поперечный разрѣзъ всей толщи кожи (рис. 73, *а б*) и отъ него

подъ прямыми углами кверху, къ мѣсту окончанія малыхъ губъ, какъ таковыхъ, еще два разрѣза (*аг* и *бв*), обрисованный сказанными разрѣзами лоскутъ отсепаивается отъ подлежащей ткани и при томъ такъ, чтобы *septum recto-vaginale* было раздѣлено въ своей толщѣ на двѣ приблизительно равныя половины, иначе лоскутъ можетъ оказаться черезчуръ тонкимъ. Для устранения возможности пораненія прямой кишки черезъ задній проходъ вводятся одинъ или два пальца, служащіе во время производства расщепленія хорошими указателями глубины, на которой оно производится. Отсепоривка лоскута, вѣрнѣе — расщепленіе *septi recto-vaginalis* можетъ быть произведено скальпелемъ или

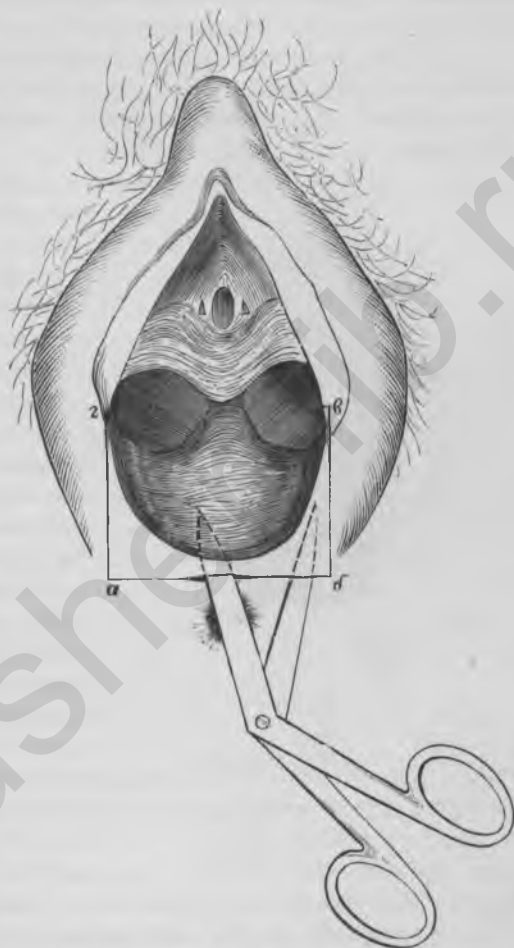


Рис. 73.

остроконечными ножницами, смотря по желанію оператора. — Глубина, на которой расщепленіе должно быть прекращено, совпадаетъ съ линією, мысленно проведенною между *г* и *в* на рис. 73. Получившійся лоскутъ захватывается торзіоннымъ пинцетомъ за свою верхушку и оттягивается кверху, благодаря чему получается окровавленная поверхность имѣющая форму, изображенную на рис. 74. Швы накладываются только со сто-

роны кожи промежности и представляются простыми глубокими, обхватывающими все дно площади окровавления. Необходимо обращать вниманіе на точное проведеніе самаго верхняго шва, соотвѣтствующаго вышеупомянутой мысленно проведенной линіи *ab* на рис. 73. Завязавъ всѣ глубокія швы, мы предпочитаемъ накладывать еще нѣсколько поверхностныхъ въ промежуткахъ между ними, представляющихъ мѣстами неплотное прилежаніе другъ къ другу краевъ раны, такъ какъ считаемъ тѣсное, повсемѣстное соприкосновеніе раненыхъ поверхностей за лучшее условіе вполнѣ удающагося перваго натяженія при асептическихъ операціяхъ.

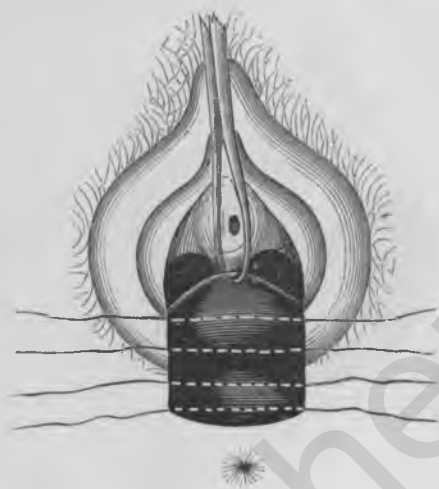


Рис. 74.

При полныхъ разрывахъ промежности мы держимся тѣхъ же принциповъ относительно формы площади окровавленія, какъ и при неполныхъ. Фигура самаго окровавленія обыкновенно дается величиною и формою разрыва даннаго случая; такъ, при полныхъ разрывахъ первой и второй степени мы имѣемъ передъ собою также трехугольникъ, основаніе котораго представляетъ только большій или меньшій изгибъ, соотвѣтственно большей или меньшей глубинѣ разрыва задняго прохода. При разрывахъ третьей степени мы видимъ уже нашъ трехугольникъ рѣзко раздѣленнымъ на два боковыхъ, вдвое меньшихъ по величинѣ и соединенныхъ другъ съ другомъ узкой полоской (0,5—1,0 см.) окровавленія по краю дефекта въ *septum recto-vaginale* (см. рис. 69). Верхній уголъ разрыва въ данныхъ случаяхъ самъ укажетъ, долженъ ли верхній уголъ окровавленія лежать экстремедіанно, или же по срединной линіи влагалища.

При наложеніи швовъ при вторичной перинеорафіи мы примѣняемъ обыкновенно шелкъ и лишь рѣдко catgut и то только, какъ вспомогательный матеріалъ при глубокихъ швахъ *à fil perdu* при этажномъ швѣ. При неполныхъ разрывахъ совершенно также, какъ уже упомянуто при первичныхъ операціяхъ, мы накладываемъ влагалищные и промежностные швы, какъ это изображено на рис. 71. При полныхъ разрывахъ къ этимъ швамъ присоединяются еще и ректальные; рис. 70 уясняетъ ихъ взаимное отношеніе. Порядокъ наложенія ихъ совершенно тотъ же, что и

при perineorrhaphia primaria. *F. Winckel* совѣтуетъ совершенно не накладывать швовъ со стороны прямой кишки и требуетъ только, чтобы влагалищные швы были наложены достаточно глубоко.

Въ виду того, что заживленіе полныхъ разрывовъ представляется болѣе труднымъ, чѣмъ неполныхъ, я позволю себѣ привести еще одинъ способъ наложенія швовъ, пользующійся славою въ Америкѣ, это—наложеніе швовъ со стороны только промежности въ формѣ кيسета. Поверхность окровавленія, не имѣющая въ верхней своей части особой выстоящей верхушки, представляетъ сходство съ бабочкой (рис. 75) и соединяется швами из проволоки только со стороны промежности. Первый шовъ вкалывается съ лѣвой стороны, какъ можно ниже въ кольцѣ будущаго задняго прохода; игла (сильно изогнутая) проводится по нижнему краю поверхности окровавленія до срединной линіи, здѣсь выкалывается и тотчасъ же вкалывается снова и проходитъ по правой сторонѣ по тому же направленію, только уже сзади напередъ, и выводится съ правой стороны на соотвѣтствующемъ своему введенію мѣстѣ. Второй шовъ, накладываемый тотчасъ же надъ первымъ, долженъ быть также тщательно обведенъ вокругъ всего дефекта, какъ первый. Теперь они оба закручиваются и стягиваютъ дефектъ, какъ тесемка стягиваетъ кисеть, обусловливая равномерное давленіе на всѣ захваченныя ими ткани, чему въ особенности и придаютъ значеніе авторы, примѣняющіе этотъ шовъ и получающіе хорошіе результаты. Слѣдующіе швы накладываются уже, какъ на неполный разрывъ, со стороны только промежности, какъ это принято въ особенности въ Америкѣ, о чемъ мы уже упоминали.



Рис. 75.

Въ случаяхъ неудавшейся операціи, при производствѣ ея снова во второй разъ, весьма невыгоднымъ обстоятельствомъ является бѣдность тканями краевъ разрыва, вслѣдствіе того, что при первой операціи во время окровавленія были удалены значительной величины лоскуты. Для устраненія такой случайности, а равно какъ и весьма успѣшный методъ операціи, *Lawson Tait* въ 1879 году предложилъ производить perineorrhaphi'ю при полныхъ разрывахъ слѣдующимъ способомъ. (*On new*



*methods of operation for repair of the female perineum. Transact. of the obst. soc. of London. XXI. Сmp. 262.*) При окровавленіи не удаляется ни куска ткани; производится только расщепленіе краевъ разрыва по всему ихъ протяженію, помощью остроконечныхъ ножницъ или скальпеля; полученные такимъ образомъ раненныя поверхности, каждая состоящая изъ двухъ лоскутовъ ткани, пришиваются другъ къ другу. Наложеніе швовъ отличается особенностью. Прилагаемые рисунки (рис. 76 и 77)



Рис. 76.

помогутъ уяснить себѣ, въ чемъ дѣло. Первые два шва накладываются на участокъ разрыва, занимающій *septum recto-vaginale*. Простая игла съ шелковою лигатурою вкалывается съ лѣвой стороны въ поверхность лѣвой раны на самомъ ея глубокомъ мѣстѣ, затѣмъ въ глубинѣ ткани влагалищной стѣнки проводится на 2—3 *cm.* вверхъ и выводится на той же сторонѣ и въ томъ же самомъ глубокомъ мѣстѣ раны; съ правой стороны повторяется то же, только въ обратномъ порядкѣ—сверху внизъ. Наложивъ такимъ образомъ одинъ или два шва и не завязывая ихъ, накладываются швы на промежность, при томъ такъ, что игла

вкладывается прямо въ край раненой поверхности и выводится посрединѣ раны въ ея самой глубокой части; въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ той же части раны правой стороны она вкладывается вновь и выводится снова въ самомъ краѣ раны правой стороны. Обыкновенно 3—4 подобныхъ швовъ бываетъ достаточно для промежности. Завязываніе швовъ простыми узлами начинается сверху, при чемъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на то, чтобы нижніе лоскуты не захватились въ петлю

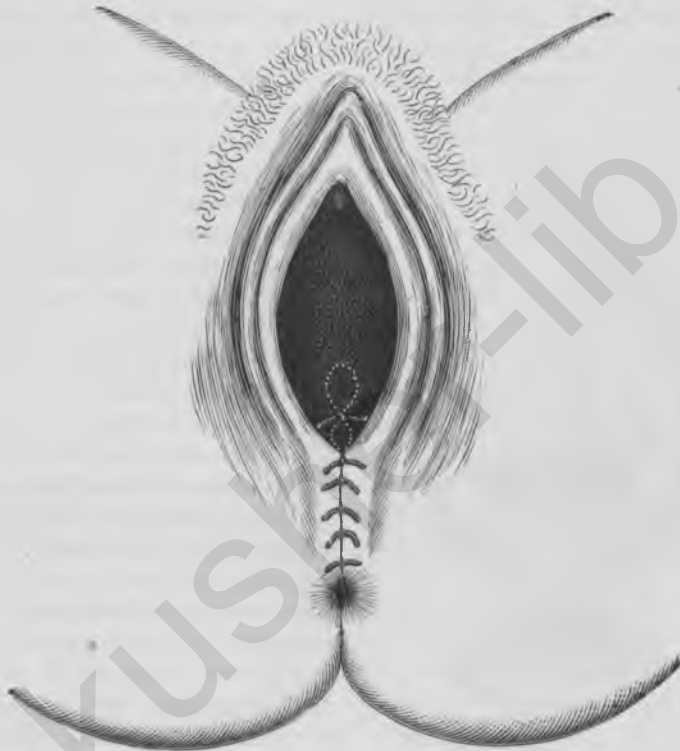


Рис. 77.

шва, а прилегали плотно другъ къ другу. Соединивъ такимъ образомъ швами весь разрывъ промежности, получается со стороны гесті непрерывное, плотное прилежаніе другъ къ другу слегка вывернувшихся нижнихъ лоскутовъ расщепленнаго бывшего края разрыва. Примѣняя подобный способъ окровавленія (расщепленіемъ) и наложенія швовъ и при операціяхъ зашиванія ранъ кишечныхъ петель и мочевого пузыря, *Lawson Tait* получалъ всегда прекрасные результаты; за послѣднее время онъ описываетъ его подъ именемъ «flange suture». («*The British Gynaecological Journal*». November 1887. Стр. 375.)

Какъ мы только что высказались, мы считаемъ этотъ методъ заслуживающимъ полного права гражданства, но только въ случаяхъ глубокихъ разрывовъ, идущихъ весьма высоко по septum recto-vaginale; при болѣе же незначительныхъ, когда разрывъ не заходитъ далеко за область sphincteris ani, мы предпочитаемъ другой методъ того же автора, отличающийся большею простотою и исполнимостью (см. *L. Tait, l. c., стр. 373* и *Sänger, l. c., стр. 2193*). Техника производства его заключается въ слѣдующемъ. Разрѣзь *ab* (рис. 78) производится сквозь всю толщю слизистой оболочки влагалища, нѣсколько выше верхушки разрыва septi recto-vaginalis, боковые разрѣзы *bv* и *av*—такъ-же, какъ при операциіи зашиванія неполныхъ разрывовъ, съ тою только

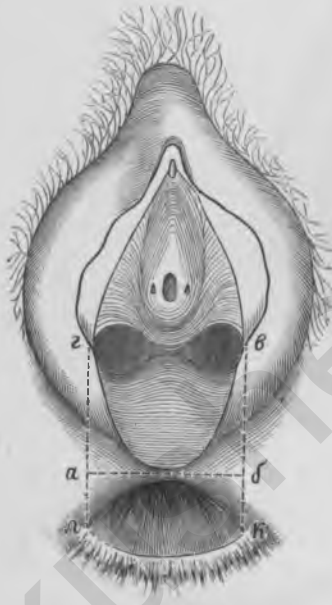


Рис. 78.

разницею, что въ данномъ случаѣ они продолжаютъ далѣе книзу до точекъ *к* и *л*, соответствующихъ концамъ разорваннаго задняго прохода (sphincter externus). Затѣмъ приступаемъ, какъ уже было упомянуто выше (см. стр. 177), къ отсепаровкѣ лоскута *abvg* оттягиваемаго пинцетомъ сверху, и еще втораго лоскута *abkl* оттягиваемаго книзу; въ результатъ получается продольная площадь окровавленія, зашиваемая глубокими швами, накладываемыми только со стороны кожи промежности. Промежность восстанавливается вполне, и на слизистую оболочку прямой кишки не проникаетъ ни одна петля шва, благодаря чему не наблюдается развитія остающихся нерѣдко при другихъ способахъ влагалищно-кишечныхъ фистулъ.

Зашивая большія поверхности при разрывахъ промежности помощью обвивного шва изъ catgut'a, мы получали хорошіе результаты, но все-таки иногда встрѣчались случаи расхожденія раны, слѣдовательно, полная неудача; эта относительно частая неудача заставляетъ насъ примѣнять обвивной шовъ изъ catgut'a только для глубокаго этажа шва при неполныхъ разрывахъ, а поверхностный накладывать изъ шелка; такая комбинація даетъ вполне удовлетворительные результаты.

Окончивъ наложеніе швовъ и завязавъ послѣдній въ области commissurae posterioris, мы еще разъ проспринцовываемъ влага-

лице тѣмъ же 3% растворомъ *As. carbolic*, служившимъ во все время операціи для постояннаго орошенія поля дѣйствія. Затѣмъ вся область зашитой раны густо покрывается слоемъ порошка іодоформа, и больная со связанными ногами укладывается въ постель.

Придерживаясь всегда строго, при производствѣ поверхности окровавленія, формы бывшей площади разрыва, или производя операцію по методу *L. Tait*'а, намъ не приходилось никогда прибѣгать для устраненія натяженія къ разрѣзыванію *sphincteris ani* или къ боковымъ кожнымъ надрѣзамъ, какъ это предлагается нѣкоторыми авторами.

Больная послѣ операціи не получаетъ никакихъ влагалищныхъ инъекцій, а производятся только обмыванія половыхъ частей снаружи послѣ cadaго мочеиспусканія. Первое испражненіе мы вызываемъ на 4 или 5 день, обыкновенно приѣмомъ *Ol. ricini*, и при появленіи желанія къ испражненію вводимъ въ *rectum* около двухъ унцій прованскаго масла. Въ послѣдующіе дни больная, находясь на легкой діетѣ, не получаетъ уже никакихъ слабительныхъ, и испражненія устанавливаются сами собою въ свой нормальный, для cadaго случая особый порядокъ. На 6—7 день снимаются промежностные швы; влагалищные и кишечные остаются *in situ* обыкновенно до третьей недѣли и затѣмъ уже снимаются въ нѣсколько сеансовъ. Къ концу второй недѣли больная сидитъ въ кровати, а въ началѣ третьей начинаетъ ходить. Черезъ мѣсяцъ она выписывается изъ клиники съ совѣтомъ еще въ теченіе двухъ недѣль остерегаться чрезмѣрной ходьбы и тяжелой работы и въ теченіи 1½ или 2 мѣсяцевъ избѣгать *coitus*'а.—

**Центральные разрывы промежности**, если они представляются наблюденію въ свѣжемъ состояніи, требуютъ также немедленнаго наложенія швовъ, причемъ въ большей части случаевъ представляется болѣе удобнымъ и цѣлесообразнымъ, разрѣзавъ перемычку кожи въ области *comissurae posterioris*, превратить центральный разрывъ въ обыкновенный неполный и затѣмъ уже накладывать швы, какъ при этомъ послѣднемъ. Старые, уже покрывшіеся рубцомъ центральные разрывы наблюдаются болѣею частью случайно, въ видѣ промежностно-влагалищныхъ фистулъ, и могутъ быть легко устранены наложеніемъ швовъ со стороны промежности на окровавленную поверхность вокругъ промежностнаго отверстія свища.

Операція при глубокихъ, подкожныхъ, такъ называемыхъ внутреннихъ разрывахъ промежности совершенно аналогична съ *colpo-perineorrhaphi*'ей съ большою площадью окровавленія, какъ она производится для излѣченія выпаденій влагалища и матки, и будетъ нами разобрана въ ряду операцій пролапса.

## IX. Нарушенія цѣлости влагалища, связанныя съ сообщеніемъ его съ полостями сосѣднихъ полыхъ органовъ.

### 1) Влагалищныя фистулы мочевыхъ путей.

Сообщеніе полостей мочевыхъ путей съ полостью влагалища носитъ названіе мочевыхъ влагалищныхъ фистулъ, и, смотря потому, въ которомъ изъ ихъ отдѣловъ помѣщается фистула, мы различаемъ фистулы уретро-влагалищныя, пузырно-влагалищныя и мочеточнико-влагалищныя. Сообщенія полости мочевого пузыря съ полостью матки, вѣрнѣе, съ полостью цервикальнаго канала—фистулы пузырно-цервикальныя (маточныя), должны быть разсматриваемы также въ этой главѣ, такъ какъ ихъ этиологія, припадки, расиознаваніе и лѣченіе представляютъ весьма много общаго; сюда же относятся и фистулы мочеточнико-цервикальныя.

**Этиологія.** Между фистулами мочевыхъ путей, которыя приходится наблюдать клинически, чаще всего встрѣчаются ведущія свое начало отъ процессовъ, имѣющихъ мѣсто во время родового акта. Положеніе, высказываемое *Winckel'*емъ, что гораздо большая часть свищей происходитъ благодаря злокачественнымъ новообразованіямъ половыхъ органовъ, имѣетъ своимъ основаніемъ наблюденія на секціонномъ столѣ, на который, какъ извѣстно, фистулы пузырно-влагалищныя, происходящія во время родовъ или имѣющія чисто травматическое происхожденіе, попадаютъ только весьма рѣдко, но главнымъ образомъ не потому, что онѣ, вообще, рѣдки, а потому, что весьма значительная часть ихъ такъ или иначе излѣчивается, а другая часть, такъ называемыхъ неизлѣчимыхъ, обыкновенно умираетъ въ госпиталѣ.

Самую частую и самую важную роль при образованіи фистулъ играетъ давленіе, которому подвергаются ткани septi vesicovaginalis, помѣщающіяся между костями таза и головкою плода во время родовъ. Чѣмъ это давленіе сильнѣе и продолжительнѣе, тѣмъ легче раздавленные ткани подвергаются гангренѣ, образуютъ струць, который, отваливаясь, обусловливаетъ ненормальное сообщеніе полости мочевого пузыря съ полостью влагалища. Предрасполагающими моментами къ развитію такого сдавленія тканей главнымъ образомъ являются суженія таза и, вообще, пространственныя несоотвѣтствія, обусловливаемыя различными причинами, какъ, напр., экзостозами костей таза, камнями мо-

чевого пузыря и измѣненіями со стороны головки плода — гидроцефалією и т. п. Предлежаніе личикомъ, встрѣчаясь нерѣдко при узкомъ тазѣ, даетъ поводъ къ образованію свищей еще и благодаря тому обстоятельству, что острый край челюсти обусловливаетъ весьма значительное раздавливаніе тканей. Аналогичное явленіе при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ наблюдается также и въ другихъ частяхъ полового канала, какъ, напр., на задней стѣнкѣ канала шейки, соотвѣтственно крестцовому мысу; съ другой стороны, мы можемъ также иногда наблюдать развитіе послѣдствій сильнаго мѣстнаго давленія на кожѣ головки новорожденного живаго ребенка, т. е. гангрену и отпаденіе большей или меньшей величины участка ткани съ образованіемъ отверстія въ кожѣ, проникающаго иногда вплоть до костей черепа.

Давленіе не всегда должно быть очень значительно, чтобы обусловить гангрену придавленныхъ тканей; продолжительность его нерѣдко замѣняетъ въ этомъ отношеніи силу. Вотъ почему надолго затянувшіеся роды послѣ отхода водъ, когда плотная часть — головка — уже непосредственно придавливаетъ мягкія части къ костямъ таза, представляются весьма опасными въ этомъ отношеніи. Поступательное движеніе предлежащей части, остановившееся подъ вліяніемъ какихъ бы то не было причинъ, даетъ поводъ къ развитію весьма продолжительнаго давленія на одно и то же мѣсто. Если помощь не подана во-время, и роды не окончены скоро, то при существованіи относительно весьма даже незначительныхъ пространственныхъ несоотвѣтствій, развитіе фистулъ мочевыхъ путей наблюдается весьма нерѣдко. Въ этомъ отношеніи инструментальная помощь, въ большей части случаевъ — наложеніе щипцовъ, должна быть разсматриваема, какъ профилактика, конечно, если она была подана во время. Усиленіе давленія на мягкія части, въ передне-заднемъ діаметрѣ таза, вызываемое наложеніемъ щипцовъ, обыкновенно не оказываетъ вреднаго дѣйствія, такъ какъ оно продолжается весьма короткое время; если же суженіе болѣе значительно, и, не смотря на то, что щипцы даже противопоказаны, они все таки накладываются, и производятся весьма сильныя, продолжительныя тракціи, могущія иногда преодолѣть препятствіе, то въ этихъ случаяхъ весьма часто приходится наблюдать уже значительное размозженіе придавленныхъ тканей, и фистулы пузырно-влагалищныя представляются довольно правильнымъ послѣдствіемъ такого рода инструментальной помощи.

Съ другой стороны, мы видѣли уже (см. стр. 149), что акушерскіе инструменты при извѣстныхъ обстоятельствахъ могутъ сами по себѣ причинять болѣе или менѣе значительныя поврежденія влагалища, и, слѣдовательно, нанося травму на переднюю стѣнку, они могутъ произвести моче-влагалищную фистулу. Мы

только что сказали, что во время наложенные щипцы и извлечение ими головки, произведенное при соблюдении всех предписываемых правил, в весьма значительном числе случаев предупреждает развитие фистулы; с другой же стороны, насколько неумелое обращение с ними ведет непосредственно к образованию свища, вследствие разрыва или прорыва краем ложки передней стѣнки влагалища. Эти травмы, давшие повод к образованию фистулы, наблюдались при соскальзывании щипцовъ, при быстромъ изменении направленія тракцій, при ротаторныхъ тракціяхъ и при попыткахъ исправлять щипцами положеніе головки. При щипцахъ, наложенныхъ в одномъ изъ косыхъ діаметровъ, нерѣдко наблюдается, что верхній край ложки, лежащей впереди, слегка выстоитъ; при извѣстныхъ условіяхъ онъ даетъ болѣе или менѣе значительной глубины разрывъ, вѣрнѣе — надрѣзъ передней стѣнки влагалища, или совершенно по срединной линіи, или нѣсколько болѣе сбоку; болѣе значительная глубина его легко осложняется также и пораненіемъ стѣнки мочевого пузыря. — О возможности разрывовъ влагалища со вскрытіемъ полости мочевого пузыря вследствие грубого и неумѣлаго обращенія съ инструментами можно сказать только, что каждымъ инструментомъ можно нанести подобное поврежденіе, даже катетеръ и тотъ былъ уже причиною травматической фистулы. Послѣ акушерскаго поворота наблюдалось также появленіе свищей, или вследствие того, что онъ поздно былъ произведенъ, или же чрезмѣрно растянутое влагалище или шейка матки могли разорваться при проведеніи руки, или же послѣдовательная экстракція головки дала условія къ развитію мѣстнаго, ограниченнаго, сильнаго давленія на ткани передней стѣнки влагалища.

Разрывы влагалища, происходящіе *sub partu* вследствие чрезмѣрнаго его растяженія (см. стр. 149), могутъ точно также, смотря по положенію разрыва, давать поводъ къ развитію моче-влагалищной фистулы, особенно, если они происходятъ во влагалищѣ, въ передней стѣнкѣ котораго находятся рубцевые остатки бывшихъ воспаленій или операций. Разрывы шейки матки, вследствие чрезмѣрнаго растяженія и истонченія ея *sub partu*, могутъ представлять иногда, какъ мнѣ самому приходилось наблюдать, прободающія раны въ мочевой пузырь.

Въ послѣродовомъ періодѣ, при дифтеритическихъ процессахъ во влагалищѣ, въ періодѣ образованія язвъ можетъ наблюдаться развитіе перфорации передней влагалищной стѣнки въ мочевой пузырь; относительная рѣдкость этого рода происхожденія свищей объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что рѣзко выраженные дифтеритическія пораженія въ послѣродовомъ періодѣ нерѣдко обуславливаютъ летальный исходъ еще прежде, чѣмъ дѣло дойдетъ до образованія значительной величины и глубины язвъ.

Гораздо рѣже приходится наблюдать моче-влагалищныя фистулы, происходящія вслѣдъ за какими бы то ни было травматическими поврежденіями. Причина, производящая рану или разрывъ передней стѣнки влагалища, можетъ быть при извѣстной интензивности въ то же время и производящей причиной свища; слѣдовательно, этиологія этой категоріи моче-влагалищныхъ свищей совершенно аналогична съ такою же при ранахъ и разрывахъ влагалища (см. стр. 146). Здѣсь я укажу только еще разъ на роль инородныхъ тѣлъ влагалища и мочевого пузыря, которую они иногда могутъ играть въ происхожденіи перфораций въ *septum vesico-vaginale*; оставленные на долго безъ всякаго пристрастія пессаріи (особенно *Zwanck's*а), обуславливая изъязвленіе стѣнокъ влагалища, съ дальнѣйшимъ теченіемъ времени довольно легко даютъ поводъ къ образованію фистулы; точно также и инородныя тѣла мочевого пузыря даютъ эти поврежденія или непосредственно, или же служатъ ядромъ для образованія мочевого камня, который въ свою очередь можетъ быть исходною точкою патологическихъ состояній стѣнки пузыря, кончающихся перфорациею ея во влагалище.

Существуютъ, наконецъ, показанія при извѣстныхъ заболѣваніяхъ мочевого пузыря, когда фистула пузырно-влагалищная можетъ быть произведена искусственно, съ цѣлью дать свободный стокъ мочѣ и тѣмъ способствовать излѣченію нѣкоторыхъ язвенныхъ формъ хроническаго цистита. При нѣкоторыхъ гинекологическихъ операціяхъ пузырно-влагалищныя фистулы могутъ быть произведены случайно, такъ, напр., при операціи образованія новаго влагалища при полномъ его отсутствіи и при операціяхъ значительныхъ стенозовъ; она наблюдалась также при высокой ампутаціи шейки матки и полной влагалищной экстирпациі. Удаленіе камня мочевого пузыря *per colpocystotomiam* оставляетъ иногда небольшой свищъ на мѣстѣ разрѣза передней стѣнки влагалища, равно какъ и пункціи кистъ яичника, произведенныя *per vaginam* съ пораненіемъ стѣнки мочевого пузыря.

Для удаленія камня изъ мочевого пузыря у дѣвочекъ еще почти до самаго послѣдняго времени практиковался въ болѣе отдаленныхъ мѣстахъ нашего обширнаго отечества крайне грубый оперативный пріемъ, причемъ мочеиспускательный каналъ разрѣзался по всей своей нижней стѣнкѣ, вплоть до два мочевого пузыря, и черезъ полученное такимъ образомъ отверстіе извлекался камень. Разрѣзанная рана заживала *per secundum*, оставляя болѣе или менѣе значительное отверстіе въ *septum vesico-vaginale* въ области дна мочевого пузыря и полное расщепленіе мочеиспускательнаго канала. Больныя, обладающія такою фистулою, появляясь на изслѣдованіе уже болѣе взрослыми, не будучи въ состояніи точно передать анамнеза, могутъ легко дать поводъ къ смѣшиванію подобныхъ состояній съ прирожденными пороками



развитія (hypospadiа). Къ сожалѣнiю, моче-пузырныя фистулы, какъ результаты подобныхъ грубыхъ оперативныхъ приѣмовъ камнеисъченiя, встрѣчаются еще и до сихъ поръ.

Къ болѣе рѣдкимъ причинамъ, обусловливающимъ сообщенiе полостей мочевого пузыря и влагалища, относятся параметритическiе абсцессы, вскрывающiеся одновременно въ обѣ полости; ровно какъ и абсцессы яичниковъ, нагноенiя небольшихъ кистъ и мѣшковъ въ маточной беременностн.

Одною изъ самыхъ частыхъ причинъ, при изслѣдованiяхъ на секционномъ столѣ, какъ мы уже видѣли, представляется распадѣнiе массъ новообразованiя (рака, иногда саркомы) передней стѣнки полового канала или же и стѣнокъ мочевого пузыря.— Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ наблюдалась подобная перфорация, какъ результатъ сифилитическаго пораженiя въ *septum vesicovaginale*.

Извѣстные до сихъ поръ случаи фистулъ мочеточниковъ наблюдались всѣ или послѣ родовъ, оконченныхъ оперативнымъ путемъ, или же послѣ гинекологическихъ операцiй; такъ *Winckel* приводитъ наблюденiе образованiя мочеточничко-цервикальнаго свища послѣ разрѣза шейки матки гистеротомомъ *Greenhalgh'a*; *Vogelman* и *Bandl* случайно захватывали въ шовъ стѣнки мочеточника при операцiяхъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ, съ послѣдовательнымъ развитiемъ фистулы мочеточника; *Landau* наблюдалъ еще случай образованiя ея вслѣдствiе долгаго ношенiя большого влагалищнаго пессарiя; въ трехъ случаяхъ, приводимыхъ *Emmet'омъ*, мочеточникъ былъ пораненъ при вскрытiи большихъ тазовыхъ нарывовъ.

**Анатомiя.** Давленiе, производимое *sub partu* подлежащею головою на переднюю стѣнку таза, обыкновенно локализовано на извѣстныхъ мѣстахъ; по крайней мѣрѣ, это наблюдается при всѣхъ не представляющихъ какихъ бы то ни было рѣдкихъ особенностей случаяхъ. Точками, претерпѣвающимъ самое значительное давленiе, представляются заднiй верхнiй край симфиза и, еще болѣе, — костныя возвышенiя, лежащiя тотчасъ у самаго лоннаго сочлененiя, и, какъ исключенiя, могутъ также подвергаться подобному давленiю и другiя мѣста лонныхъ костей и ихъ нисходящiя вѣтви. Мѣсто свища на передней стѣнкѣ родового канала обусловливается, слѣдовательно, для каждаго даннаго случая не высотой, на которой происходитъ давленiе, а тѣми смѣщенiями нижняго отрѣзка матки, мочевого пузыря и влагалища, которыя наблюдаются во время теченiя родового акта. Извѣстно, что у беременной женщины мочевой пузырь лежитъ въ полости малаго таза, равно какъ и при самомъ началѣ родовъ (*Schröder*, рисунокъ распила трупа женщины въ первомъ периодѣ родовъ); затѣмъ уже, вмѣстѣ съ тѣмъ какъ нижнiй отрѣзокъ матки и ея шейка отодвигаются вверхъ, мочевой пу-

зырь также смѣщается кверху и лежитъ какъ разъ на заднемъ краѣ симфиза; при затянувшихся родахъ въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ онъ смѣщается еще выше, такъ что на этомъ мѣстѣ помѣщается уже часть мочеиспускательнаго канала, и имѣвшее мѣсто при этомъ послѣднемъ условіи раздавливаніе тканей обусловить развитіе фистулы уретро-влагалищной (*fistula urethro-vaginalis*, рис. 79).

Въ началѣ родового акта, когда еще между предлежащею головкою и лонными костями помѣщается нижній отрѣзокъ матки, никогда не наблюдается значительнаго его прижатія, и вотъ почему никогда не приходится наблюдать фистулы пузырно-маточныхъ, открывающихся въ полость собственно матки. *Orificium internum uteri*, расширяясь и пропуская предлежащую часть, иногда вы-

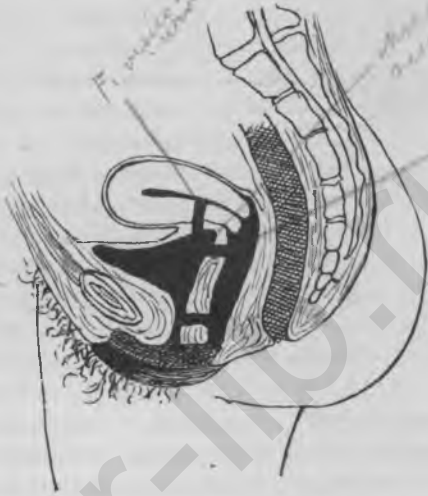


Рис. 79.

соко заходитъ за уровень верхняго края симфиза, передняя стѣнка канала шейки подвергается давленію, и мы имѣемъ передъ собою развитіе пузырно-цервикальной фистулы (*fistula vesico-uterina*, вѣрнѣе — *vesico-cervicalis*, рис. 79). Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ отношеніе частей можетъ представиться уже таковымъ, что и *orificium externum uteri* будетъ смѣщено выше мѣста давленія, и свищъ происходитъ на передней стѣнкѣ влагалища (*fistula vesico-vaginalis*, рис. 79); иногда ущемленнымъ оказывается какъ разъ граница наружнаго зѣва (*orific. extern.*), и фистула, образуемая на этомъ мѣстѣ, сообщаетъ полость мочевого пузыря съ полостями шейки матки и влагалища, — получается пузырно-маточно-влагалищная фистула (*F. vesico-utero-vaginalis*). Смотри по тому, на сколько глубоко представляется разрушенною передняя стѣнка канала шейки, мы различаемъ два вида пузырно-маточно-влагалищныхъ свищей: поверхностные и глубокіе (*F. vesico-utero-vaginalis superficialis*, рис. 80, et *profunda*, рис. 81). Относительно нерѣдко встрѣчаются большіе дефекты, занимающіе дно мочевого пузыря и верхнюю

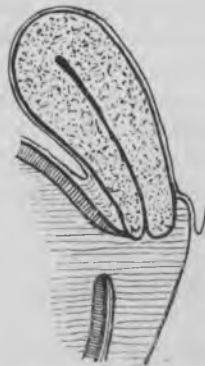


Рис. 80.

часть мочеиспускательнаго канала, представляя собою пузырно-уретро-влагалищный свищъ (F. vesico-urethro-vaginalis, рис. 82).

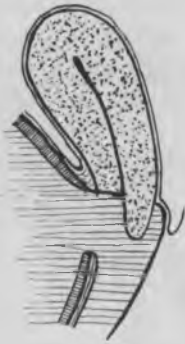


Рис. 81.

Большую часть приходится встрѣчать одну только фистулу, но иногда двѣ, три и четыре, причемъ это будутъ или все пузырно-влагалищныя, или же комбинація нѣсколькихъ видовъ фистулъ. — Въ первомъ случаѣ онѣ могутъ быть также и этиологически различны; такъ одна образуется вслѣдствіе придавливанія тканей съ послѣдовательною гангреною, другая же является какъ результатъ травмы, причиняемой во время оперативнаго родоразрѣшенія акушерскими инструментами. Во второмъ же случаѣ, большую частью вслѣдствіе того, что давленіе на довольно значительной площади было неравномѣрно, и одни участки гангренировались, другіе же сохранились, получилось нѣсколько болѣе мелкихъ отверстій вмѣсто одного большого.

Фистулы пузырно-влагалищныя встрѣчаются на всемъ протяженіи передней стѣнки влагалища, прилежащей къ мочевому пузырю; и, какъ общее правило, до извѣстной степени можетъ быть принято, что свищи въ верхней трети суть результаты давленія при узкомъ тазѣ, встрѣчающіеся же ниже бываютъ болѣе частью происхожденія инструментальнаго. Положеніе, занимаемое ими, можетъ представляться или по средней линіи, что встрѣчается рѣже, или же отклоняющимся болѣе или менѣе въ одну изъ сторонъ, чаще въ лѣвую. Величина ихъ различна, отъ едва замѣтной до свободно пропускающей два, три пальца и, наконецъ,

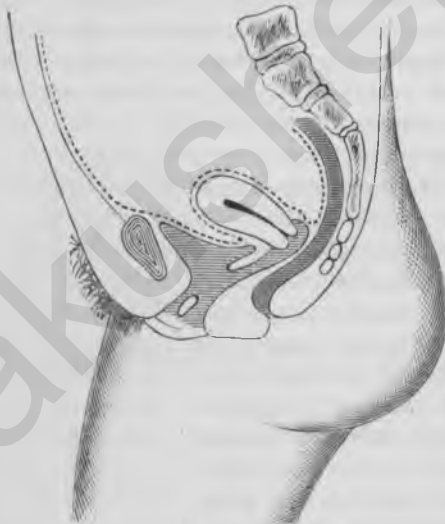


Рис. 82.

почти до полного исчезновенія всего septi vesico-vaginalis. Менѣе значительной величины отверстіе почти всегда кругло; болѣшія же могутъ имѣть форму довольно разнообразную —

овальную, полулунную, въ видѣ щели, трехъ-и четырехъ-угольную.

Это разнообразіе формы большею частью зависитъ отъ фиксаций краевъ свища рубцовой тканью. Раздавливаніе ткани и послѣдовательная гангрена заходятъ иногда весьма глубоко, особенно въ стороны отъ мочевого пузыря; равно какъ и часть передней стѣнки послѣдняго и надкостница внутренней поверхности симфиза могутъ подъ вліяніемъ сильнаго давленія также гангренисцировать; въ клѣтчаткѣ, окружающей влагалище и мочевой пузырь, вслѣдствіе этихъ процессовъ нерѣдко приходится наблюдать развитіе обширныхъ рубцовыхъ образований, сокращеніе которыхъ обуславливаетъ весьма значительныя смѣщенія свища и суженія влагалища.

Смотря по періоду времени, когда намъ приходится изслѣдовать фистулу, края ея будутъ намъ представляться весьма различными. Вскорѣ послѣ родовъ, въ теченіе первыхъ недѣль, они будутъ носить слѣды свѣжихъ процессовъ, причемъ при фистулахъ, происшедшихъ вслѣдствіе прорѣза тканей, они будутъ, толсты, сочны, правильнаго очертанія и, будучи приложены другъ къ другу, почти не представляютъ никакой потери ткани; въ случаяхъ, имѣющихъ другую этиологію, потеря ткани болѣе или менѣе значительна, края хотя также сочны, но болѣе тонки, покрыты грануляціями, часто распространяющимися далеко въ стороны отъ свободного края фистулы. Съ дальнѣйшимъ теченіемъ времени, когда края уже совершенно зарубцевались, въ первой категоріи случаевъ слой рубцовой ткани тонокъ, края толсты, сочны; во второй же категоріи, когда значительный участокъ ткани гангренисцировалъ, края фистулы тонки и состоятъ почти сплошь изъ рубцовой, плотной ткани. Отпренарывавая слизистую оболочку влагалища отъ подлежащаго мочевого пузыря, обыкновенно этого уже не удается сдѣлать на пространствахъ 0,5—0,75 см. по всей периферіи фистулы, вслѣдствіе развитія здѣсь рубца. При болѣе значительномъ, распространеніи рубцовыхъ перетяжекъ въ глубину, по направленію къ костямъ таза, боковые участки фистулы могутъ быть настолько фиксированы, что края ея представляются острыми и натянутыми, какъ струна. Иногда же края свища значительно утолщены, плотны, каллѣзны, вслѣдствіе значительнаго развитія рубцовой, келоидной ткани.

Фистулы пузырно-маточно-влагалищныя, находясь въ переднемъ сводѣ, помѣщаются обыкновенно по срединной линіи, не велики, большею частью круглы, рѣже поперечно овальны. Фистулы уретро-влагалищныя сидятъ низко во влагалищѣ; величина ихъ также различна — отъ едва пропускающей хирургической зондъ до величины горошины. Фистула мочеточника (*f. uretro-vaginalis*) помѣщается всегда рядомъ и сбоку влагалищ-

ной части матки, въ одномъ изъ боковыхъ сводовъ влагалища, чаще въ лѣвомъ; при этомъ она всегда мала, пропускаетъ свободно зондъ, отверстіе ея большею частью кругло.

Всѣ вышеисчисленные свищи представляютъ только отверстія, а не ходы въ ткани, благодаря относительной тонкости septi vesico-vaginalis; фистулы же пузырно-цервикальныя суть уже настоящіе каналы, помѣщающіеся въ толщѣ ткани передней стѣнки шейки матки, причемъ онѣ открываются въ canalis cervicis маленькимъ отверстіемъ, на 1,0—2,0 см. отступя отъ orificium externum (рис. 83).



Рис. 83.

При долгомъ существованіи моче-влагалищныхъ свищей довольно постоянно встрѣчаются нѣкоторыя осложненія, являющіяся, какъ послѣдствія этого заболѣванія. Мочеиспускательный каналъ нерѣдко представляется зарощеннымъ на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи; особенно часто это наблюдается на его внутреннемъ концѣ. Кромѣ такой атрезіи внутренняго конца уретры при простой пузырно-влагалищной фистулѣ наблюдается еще атрезія, лежащая между двумя фистулами — одной уретро-влагалищной и другой пузырно-влагалищной. Эта послѣдняя атрезія представляетъ результатъ гангрены всего мочеиспускательнаго канала въ его верхней части, такъ что вся уретра состоитъ изъ двухъ частей — нижней, вполне проходимой, и верхней, превращенной въ рубцовую ткань. Катетеръ, введенный въ мочеиспускательный каналъ, легко попадаетъ, выходя изъ отверстія уретро-влагалищной фистулы, непосредственно въ

вышележащую пузырно-влагалищную, такъ что въ этихъ случаяхъ частичная атрезія мочеиспускательнаго канала легко можетъ быть просмотрѣна. (Рис. 84).

Мочевой пузырь уменьшенъ въ объемъ; мышечная оболочка его нерѣдко утолщена; при значительной величинѣ фистулы, часть его стѣнки выпячивается (ectropion vesicae) во влагалище; слизистая оболочка при этомъ въ состояніи воспаленія, иногда покрыта язвами или соединительно-тканными полипозными разраженіями. При значительной степени этого выворота во влага-

лице части стѣнки мочевого пузыря, она съ теченіемъ времени можетъ оказаться приращенною къ задней стѣнкѣ влагалища.

При глубокихъ пузырно-маточно-влагалищныхъ свищахъ, когда передняя губа влагалищной части матки представляется разрушенной выше мѣста прикрѣпленія свода влагалища, брюшина excavationis vesico-uterinae можетъ помѣщаться весьма близко къ краю свища, равно какъ и при значительныхъ рубцевыхъ смѣщеніяхъ брюшины excavationis recto-uterinae она можетъ быть также смѣщена и помѣщаться въ области операціоннаго поля, такъ что уже не разъ наблюдались случаи, въ которыхъ во время операціи, при наложеніи швовъ, брюшина была захватываема ими. Рубцевая ткань, развивающаяся въ соединительной ткани малаго таза, подъ вліяніемъ тѣхъ-же причинъ, которыя вызываютъ и образование моче-влагалищныхъ фистулъ, можетъ занимать весьма значительныя пространства и вызывать не только сильныя стенозы, но и атрезію влагалища, какъ ниже отверстія фистулы, такъ и выше ея (рис. 85). Матка нерѣдко представляется фиксированною въ одномъ изъ своихъ неправильныхъ положеній рубцевыми образова-

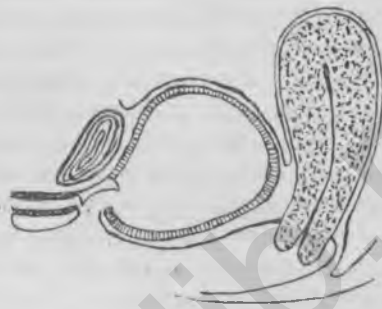


Рис. 84.

ніями въ параметріумѣ и ложными периметритическими перепонками. При моче-точнико - влагалищныхъ фистулахъ нижній конецъ пораженнаго мочеточника обыкновенно заращенъ, верхній же нерѣдко болѣе или менѣе значительно смѣщенъ этими же рубцевыми измѣненіями въ паравагинальной клѣтчаткѣ.

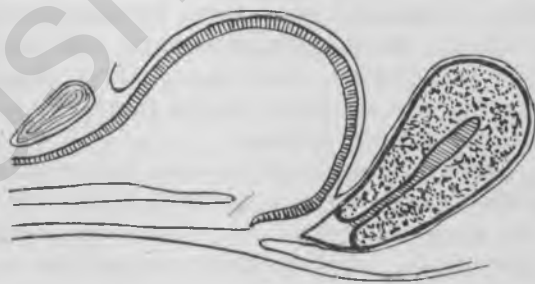


Рис. 85.

Наружные половые органы и слизистая оболочка влагалища при извѣстныхъ условіяхъ представляются въ болѣе или менѣе значительной степени воспаленія; на влагалищѣ нерѣдко приходится наблюдать *vaginitis necrotica* (см. стр. 115), причемъ на некротизированныхъ участкахъ обыкновенно встрѣчаются отложенія мочекислыхъ солей въ формѣ инкрустацій; то же самое наблюдается рядомъ и на слизистой оболочкѣ мочевого пузыря.

Эти инкрустации достигаютъ иногда довольно значительной толщины; образование свободныхъ камней мочевого пузыря почти совершенно не встрѣчается, они наблюдаются только при значительныхъ суженіяхъ влагалища и помѣщаются въ нишахъ его стѣнокъ, обусловленныхъ иногда весьма причудливымъ расположеніемъ стриктуръ и перетяжекъ во влагалищѣ.

**Припадки.** Первый и главный симптомъ ненормального соображенія полостей мочевыхъ путей и влагалища есть непроизвольное истечение мочи. Это недержание мочи является тотчасъ вслѣдъ за состоявшимся нарушеніемъ цѣлости слоя тканей, отдѣляющихъ эти полости другъ отъ друга. Такъ при свищахъ чисто травматическаго происхожденія непроизвольное истечение мочи является тотчасъ же за нанесеніемъ поврежденія. Наносимыя поврежденія во время теченія родовъ нашими инструментами остаются весьма часто не замѣченными, вслѣдствіе того, что наступающее истечение мочи per vaginam, будучи обильно смѣшаннымъ съ кровью и послѣродовыми очищеніями, тотчасъ по нанесеніи поврежденія просматриваются, и только спустя нѣкоторое время (1—3—4 дня), по появляющемуся запаху мочи и припадкамъ со стороны мочевого пузыря (отсутствіе произвольнаго мочеиспусканія), точно опредѣляется нанесенная травма. Фистулы мочевого пузыря, развивающіяся вслѣдствіе отпаденія гангренознаго струпа раздавленныхъ тканей septi vesico-vaginalis, обыкновенно даютъ непроизвольное истечение мочи только на 3—4 день post partum, такъ какъ только къ этому времени происходитъ отпаденіе струпа и образованіе ненормальнаго сообщенія. Припадки со стороны мочевого пузыря и мочеиспусканія въ теченіе этихъ трехъ-четырехъ дней на столько разнообразны и не характерны, такъ какъ могутъ зависть отъ различныхъ причинъ, что по нимъ нельзя заключать о происшедшей мѣстной гангрени стѣнки пузыря.

Характеръ недержанія мочи можетъ быть весьма различнымъ; при фистулахъ пузыря, достигающихъ большихъ размѣровъ, истечение мочи постоянно, при болѣе же незначительной величинѣ и фистулахъ, помѣщающихся очень высоко, моча можетъ вытекать непроизвольно только временами, такъ какъ, скопляясь въ нижней части пузыря, или вслѣдствіи временнаго закрытія небольшого свища складкою стѣнки влагалища при извѣстномъ положеніи больной, она можетъ быть удалена произвольно черезъ мочеиспускательный каналъ. При фистулахъ мочеточниковъ, если пораженъ только одинъ изъ нихъ, получается рядомъ съ непроизвольнымъ истеченіемъ мочи и произвольное, совершаемое черезъ извѣстные болѣе или менѣе правильные промежутки. Фистулы уретровлагалищныя обуславливаютъ не недержание мочи, а только изливаніе ея во время произвольнаго мочеиспусканія во влагалище.

Вслѣдствіе постояннаго сонрикосновенія съ мочою, иногда находящеюся въ щелочномъ броженіи, наружныя половыя части, кожа внутренней поверхности бедеръ и нерѣдко лобка находятся, какъ мы уже отчасти упомянули выше, въ рѣзко выраженномъ воспалительномъ состояніи. Больныя жалуются на сильныя боли и иногда только съ трудомъ могутъ ходить. Всюду и постоянно сопутствующій больной рѣзкій запахъ мочи дѣлаетъ невозможнымъ присутствіе ея въ средѣ другихъ здоровыхъ людей. Будучи постоянно мокрыми, больныя легко подвергаются простудѣ, обусловливающей тѣ или другія заболѣванія.

Общее состояніе больныхъ весьма различно; нерѣдко придается видѣть женщинъ, имѣющихъ уже нѣсколько лѣтъ свою фистулу, и въ то же время пользующихся цвѣтущимъ здоровьемъ; въ другихъ же случаяхъ и гораздо чаще, вслѣдствіе присоединяющихся другихъ страданій, стоящихъ въ связи съ непроизвольнымъ истеченіемъ мочи и болѣе легкою возможностью заболѣванія почекъ, больныя представляются значительно истощенными, малокровными, съ землистымъ цвѣтомъ лица, лишенными аппетита, съ плохимъ сномъ, слегка лихорадящими. Весьма часто встрѣчающійся у больныхъ упорный заноръ остается еще не вполне выясненнымъ съ точки зрѣнія его патогенеза.

Присутствіе мочевого влагалищной фистулы, какъ таковой, не имѣетъ вліяніе на проявленія половой жизни женщины. Менструація можетъ быть совершенно правильной, но чаще при фистулахъ наблюдается нарушеніе ея правильнаго типа; нерѣдко присоединяются боли; существуетъ много наблюденій полнаго отсутствія истеченія менструальной крови. Ни величина фистулы, ни ея мѣстонахожденіе однако не могутъ быть поставлены въ связь съ этими нарушеніями правильнаго теченія менструальнаго періода. Причину этихъ патологическихъ состояній слѣдуетъ искать въ болѣзненныхъ измѣненіяхъ матки, ея слизистой оболочки, яичниковъ, peri- и parametrium'a, ведущихъ свое начало отъ той-же самой послѣродовой травмы, благодаря которой развились фистула въ данномъ случаѣ. На то же указываетъ и фактъ появленія менструаціи тотчасъ вслѣдъ за операціей зашиванія фистулы, не смотря на то, что до нея была полная аменорея, тѣмъ болѣе, что явленіе это замѣчается и послѣ неудавшихся операцій, не устраняющихъ недержанія мочи. Фактъ этотъ, слѣдовательно, объясняется только импульсомъ раздраженія, присущимъ травмѣ самой операціи. (*Kroner. «Beziehungen der Urinfisteln zu den Geschlechtsfunctionen des Weibes». Leipzig. 1882.*)

Забеременѣваніе наблюдается рѣже, чѣмъ между здоровыми женщинами, такъ что женщины, обладающія мочевого влагалищной фистулой, представляютъ относительное безплодіе, могущее быть, впрочемъ достаточно объясненнымъ воздержаніемъ отъ coitus'a, причиняющаго иногда нестерпимыя боли, и сопутствующими



патологическими состояніями внутреннихъ половыхъ органовъ. Ни величина, ни мѣстоположеніе свища не препятствуютъ за-беременѣванію; извѣстны случаи, когда оно происходило при совмѣстной атрезіи влагалища, причѣмъ отверстіе, ведущее въ матку, не смотря на тщательныя изслѣдованія, не могло быть точно найдено, или при также едва опредѣлимыхъ отверстіяхъ послѣ операций *hystero-cleisis* и *colpo-cleisis*: случаи *Winckel*'я и изъ нашей клиники *Оасорскаго* («*Врачебныя Вѣдомости*» 1879). Для нѣкоторыхъ случаевъ *Sims* («*Klinik der Gebärmutter-Chirurgie*», 1873, стр. 288) считаетъ даже предрасполагающимъ моментомъ къ болѣе легкому забеременѣванію получающуюся иногда короткость влагалища послѣ излѣченія фистулы и связанное съ этимъ извѣстное положеніе матки. Въ большей части случаевъ беременность не доходитъ до конца и наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды. Эта *impotentia gestandi* развивается также подъ вліяніемъ осложняющихъ присутствіе свища заболѣваній, такъ какъ при существованіи только свища уже много разъ наблюдались срочные роды доношеннымъ ребенкомъ. Теченіе родового акта у больныхъ, имѣющихъ мочевлагалищную фистулу и доносившихъ своего ребенка до конца, вполне зависитъ только отъ тѣхъ-же самыхъ условій, какъ и у здоровыхъ женщинъ: величина и форма таза, величина ребенка и существующіе патологическія состоянія мягкихъ частей малаго таза обуславливаютъ тотъ или другой исходъ.

Иногда вслѣдствіе нанесенія *sub partu* новой травмы на область уже существовавшей фистулы вызывается или увеличеніе ея, или же, на-оборотъ, произвольное ея излѣченіе; до сихъ поръ уже извѣстны четыре случая этого послѣдняго. Родовой актъ у женщинъ, уже излѣчившихся отъ бывшей фистулы, можетъ иногда обусловить рецидивъ ея, благодаря тѣмъ же условіямъ, которыя подали поводъ къ ея образованію и въ первый разъ; во-время оказанное акушерское пособіе вполне достаточно предохраняетъ отъ повторенія этой травмы.

**Распознаваніе.** Опредѣленіе фистулъ болѣе значительной величины обыкновенно не представляетъ никакихъ затрудненій. Производя внутреннее гинекологическое изслѣдованіе просто пальцемъ, легко опредѣляется отверстіе на передней стѣнкѣ влагалища, ведущее въ мочевой пузырь. Катетеръ, введенный въ мочеиспускательный каналъ, легко проводится черезъ свищъ во влагалище. Отверстіе фистулы, не пропускающее катетеръ или болѣе толстый зондъ, можетъ быть легко и точно ощупано пальцемъ изъ влагалища въ то время, какъ зондомъ изъ мочевого пузыря область свища выпячивается въ просвѣтъ влагалища. Малой величины фистулы обыкновенно уже не могутъ быть прощупаны, и для точнаго опредѣленія онѣ должны быть сдѣланы доступными зрѣнію. Для этой цѣли особенно удобны ложкообразныя зеркала

(*Sims'a, Simon'a, Fritsch'a* и др.); ими въ соответствующемъ положеніи больной оттягивается промежность, и обнажается передняя стѣнка влагалища и влагалищная часть матки; для устраненія образующихся складокъ служатъ влагалищные подъемники (см. стр. 205 и 206). При изслѣдованіи намъ необходимо не только увидѣть отверстіе свища, но и провести въ него зондъ; иногда фистула настолько мала, что отверстіе ея пропускаетъ только самый тонкій глазной зондъ. Для того, чтобы быть убѣжденнымъ, что зондъ дѣйствительно прошелъ въ мочевой пузырь, въ этотъ послѣдній вводится металлическій катетеръ, и характерное ощущеніе при соприкосновеніи обоихъ инструментовъ служитъ доказательствомъ, что передъ нами дѣйствительно пузырно-влагалищная фистула.

Если фистула на столько мала, что зеркалами открыта быть не можетъ, то мы пользуемся изслѣдованіемъ помощью вливанія въ мочевой пузырь различныхъ окрашенныхъ жидкостей. До сихъ поръ намъ оказывалось всегда совершенно достаточнымъ примѣненіе для этой цѣли подогрѣтаго молока; рекомендуемые также растворы *kali hypermanganicі* и китайской туши должны давать не менѣе хорошіе результаты. Изслѣдованіе производится на столѣ; больная кладется въ положеніе, требуемое даннымъ случаемъ; ложкообразнымъ зеркаломъ мы обнажаемъ переднюю стѣнку влагалища, вытираемъ ее до суха кусочками гигроскопической ваты, а каналъ шейки плотно выполняемъ сухимъ ватнымъ тампономъ и затѣмъ уже, черезъ введенный въ мочеиспускательный каналъ катетеръ, вводимъ въ мочевой пузырь помощью или обыкновеннаго ирригатора, или воронки *Hegar'a* на сколько возможно большее количество теплаго молока. Если катетеръ былъ взятъ достаточной толщины, то жидкость не пролагаетъ себѣ обратнаго пути между нимъ и стѣнками уретры, а растягиваетъ мочевой пузырь, причемъ, если существуетъ хотя самое малое отверстіе въ его стѣнкахъ, сообщающее его полость съ просвѣтомъ влагалища, то, наблюдая за состояніемъ на-сухо вытертой слизистой оболочки передней стѣнки влагалища, мы тотчасъ же замѣтимъ просачиваніе бѣлой жидкости на извѣстномъ мѣстѣ; иногда жидкость вытекаетъ съ силою въ видѣ тоненькой струи. Введеніе тонкаго зонда въ это отверстіе уже не представляетъ никакихъ затрудненій. Если, не смотря на то, что мочевой пузырь переполненъ введенною жидкостью, она все таки не показывается нигдѣ на поверхности передней стѣнки влагалища, то слѣдуетъ вынуть тампонъ изъ канала шейки, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы увидимъ, что жидкость начинаетъ течь изъ него, и, слѣдовательно, передъ нами пузырно-цервикальная фистула. Если же, не смотря на повторную инъекцію молока въ мочевой пузырь, мы не можемъ получить истеченія во влагалище, и если мы убѣждены, что больная все таки те-

рываетъ черезъ влагалище мочу, а не какую нибудь другую жидкость (химическое изслѣдованіе собранной съ извѣстными предосторожностями жидкости), то передъ нами можетъ быть только фистула мочеточника или влагалищная, или цервикальная. Затампонировавъ снова каналъ шейки, мы наблюдаемъ въ теченіе извѣстнаго времени, дѣлается-ли влагалище у насъ на глазахъ влажнымъ; если — да, то тщательно изслѣдуется сводъ влагалища, и если не сразу, то при повторномъ изслѣдованіи удастся, наконецъ, найти небольшое отверстіе мочеточниковой фистулы; если же влагалище остается сухо, и, удаляя тампонъ изъ канала шейки, мы получаемъ истеченіе изъ наружнаго отверстія шейки матки жидкости, причѣмъ мы уже убѣждены, что сообщенія съ мочевымъ пузыремъ нѣтъ, то передъ нами, если истекающая жидкость при изслѣдованіи окажется мочою, фистула мочеточнико-цервикальная. Опредѣливъ мочеточнико-влагалищную фистулу, мы вводимъ въ нее тонкій эластическій катетеръ, обыкновенно свободно идущій весьма глубоко кзади и въ сторону, и помощью его получаемъ мочу изъ соотвѣтствующей почки, причѣмъ изслѣдованіе ея сравнительно съ мочою, полученною изъ мочевого пузыря, слѣдовательно, изъ другой почки, укажетъ намъ на заболѣваніе той или другой почки, если таковое существуетъ. Въ одномъ случаѣ экстирпации почки при мочеточнико-маточной фистулѣ, произведенной *B. Credé* («*Arch. f. Gynaec.*» Bd. XVII, стр. 315), былъ найденъ *Birch-Hirschfeld*'омъ интерстиціальныи нефритъ. Вообще, заболѣваніе почечекъ, какъ ихъ паренхимы, такъ и лоханокъ, при моче-влагалищныхъ свищахъ представляетъ далеко не рѣдкое сопутствующее явленіе.

Если бы еще оставалось сомнѣніе въ томъ, что мы имѣемъ дѣло съ мочеточнико-влагалищною фистулою, то весьма легко, приподнявъ въ складку отверстіе ея, зацементировать его помощью какого-нибудь пинцета съ замкомъ; весьма скоро вслѣдъ за этимъ начнутъ развиваться припадки остраго *hydronephrosis*; по устраненіи же искусственно произведенной нами непроходимости мочеточника, всѣ эти бурныя явленія тотчасъ же прекратятся.

Насколько всѣ вышеприведенныя изслѣдованія не представляютъ большихъ затрудненій, и опредѣленіе фистулы помощью ихъ достигается относительно не трудно, настолько діагнозъ бываетъ весьма труднымъ въ случаяхъ совмѣстнаго существованія значительныхъ рубцевыхъ стенозовъ влагалища или же даже атрезій, при чемъ остаются только маленькія отверстія, изъ которыхъ течетъ моча. Точное опредѣленіе отношенія частей, лежащихъ выше суженія, представляется нерѣдко крайне затруднительнымъ, не смотря на повторное введеніе зондовъ и совмѣстное изслѣдованіе черезъ прямую кишку. Въ подобныхъ

случаяхъ, если невозможно достаточно устранить съуженія насильственнымъ ихъ расширеніемъ или разрѣзами, даетъ весьма хорошіе результаты и должно считаться вполне показаннымъ изслѣдованіе пальцемъ со стороны мочевого пузыря, послѣ предварительнаго насильственнаго расширенія мочеиспускательнаго канала (*Simon*). Зондъ, введенный въ отверстіе фистулы влагалища, и палецъ—въ мочевой пузырь, или-же обратно—зондъ со стороны мочевого пузыря и палецъ во влагалище или прямую кишку,—могутъ выяснитъ намъ иногда весьма сложное отношеніе частей, вызванное значительнымъ смѣщеніемъ ихъ развившеюся рубцовой тканью.

Опредѣливъ извѣстный видъ фистулы, мы должны еще точно выяснитъ характеръ ея краевъ и окружающей ея ткани, для рѣшенія вопроса относительно возможности, вообще, оперативнаго пособія и могущихъ при этомъ встрѣтиться затрудненій. Съ этою цѣлью точно опредѣляется подвижность краевъ свища и смѣщаемость окружающей ткани; мы стараемся смѣщать ихъ и принаравливать къ тому положенію, которое они должны занимать при наложенныхъ швахъ. Для того чтобы сдѣлать доступными изслѣдованію фистулы пузырно-цервикальныя, приходится прибѣгать къ искусственному расширенію канала шейки матки помощью разбухающихъ средствъ или каучуковыхъ расширителей. Если и при этомъ отверстіе фистулы только съ трудомъ можетъ быть видимо, то можно считать показаннымъ расщепленіе шейки матки скальпелемъ; при этомъ, производя въ обѣ стороны глубокіе надрѣзы и дѣлая совершенно доступною фистулу, мы тотчасъ же переходимъ отъ изслѣдованія къ операціи зашиванія ея.

Всѣ вышеприведенные методы изслѣдованія могутъ быть весьма болѣзненны, такъ что хлороформированіе больной дѣлается иногда неизбѣжнымъ. Нерѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ, прежде чѣмъ діагнозъ можетъ считаться вполне точно установленнымъ, приходится производить изслѣдованіе нѣсколько разъ различными способами, придавая при этомъ больной различныя положенія, употребляемая при гинекологическомъ изслѣдованіи, вообще.

**Теченіе болѣзни и предсказаніе.** Сквозныя раны влагалища въ мочевой пузырь представляютъ извѣстную наклонность иногда къ самопроизвольному заживленію. Дѣйствительно, въ извѣстномъ, правда небольшомъ, числѣ случаевъ наблюдается такого рода заживленіе свищей вскорѣ послѣ родовъ безъ какого-бы то ни было врачебнаго вмѣшательства. Большую же частью они остаются, края ихъ зарубцовываются, и развиваются вышеизложенные припадки, сопровождающіе непроизвольное истеченіе мочи. Еще рѣже наступаетъ относительное излѣченіе вслѣдствіе того, что, благодаря той же родовой травмѣ, обусловившей и

развитіе фистулы въ данномъ случаѣ, наступаетъ полная атрезія влагалища ниже отверстія фистулы, — получается самопроизвольный colposleisis.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, уже сдѣлавшихся хроническими, можетъ наступить еще все-таки самопроизвольное излѣченіе, благодаря наступающему воспаленію краевъ фистулы и ткани ее окружающей. Такого рода воспаленія наблюдались весьма интенсивно развивающимися, вслѣдствіе недостатка чистоты и раздраженія разлагающеюся мочою, образующимися камнями мочевого пузыря и травмою родовъ у женщинъ, уже обладающихъ моче-влагалищною фистулою. Но всѣ эти случаи, повторяемъ, представляютъ только рѣдкія счастливыя исключенія, обыкновенно же свищи сами по себѣ не заживаютъ и представляютъ одно изъ самыхъ тяжелыхъ страданій. Заживленіе ихъ возможно только при соответствующей врачебной помощи и, именно, путемъ надлежащей операціи.

Техника оперативнаго пособія, какъ мы это увидимъ ниже, за послѣднее время доведена до извѣстной степени совершенства, и результаты операцій получаются вполне удовлетворительные, такъ что прогнозъ влагалищныхъ фистулъ мочевыхъ путей въ настоящее время, вообще, не можетъ считаться неблагоприятнымъ. Но при этомъ при постановкѣ предсказанія все-таки нельзя черезчуръ увлекаться успѣхами оперативной помощи, такъ какъ, во-первыхъ, существуютъ случаи, не поддающіеся этому лѣченію, такъ что приблизительно 3% всѣхъ случаевъ остаются неизлѣчимыми даже въ рукахъ весьма опытныхъ операторовъ; во-вторыхъ, при полномъ удавшейся операціи и при полномъ заживленіи фистулы, все-таки остается недержание мочи, благодаря обширности поврежденій мышечнаго аппарата, задерживающаго ее. Кромѣ того, высказывая прогнозъ успѣха самой операціи, нельзя не согласиться съ *Schröder*'омъ, что много зависитъ отъ ловкости, техники и опытности самого оператора.

**Лѣченіе.** При вопросѣ о лѣченіи влагалищныхъ фистулъ мочевыхъ путей слѣдуетъ различать, имѣемъ-ли мы дѣло съ случаемъ свѣжимъ, или уже съ застарѣлымъ — съ фистулою, края которой уже вполне зарубцевались. Въ первомъ случаѣ, какъ мы уже видѣли, наступаетъ иногда самопроизвольное излѣченіе, слѣдовательно, главною нашею задачею будетъ на сколько возможно способствовать ему. Съ этою цѣлью мы стараемся, насколько возможно, доставить покой гранулирующимъ поверхностямъ; въ этомъ направленіи главную роль играетъ устраненіе скопленія мочи въ мочевомъ пузырьѣ. Катетеръ, хотя и эластическій (*Nélaton*'а), оставленный à demeure, проникая довольно далеко за внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала въ полость мочевого пузыря, можетъ служить извѣстнымъ раздражителемъ нижней его стѣнки, а, слѣдовательно, и области за-

живающей фистулы. Гораздо удобнѣе и цѣлесообразнѣе дренажированіе мочевого пузыря помощью обыкновенной эластической дренажной трубки. Трубка длиною 10—15 см. и въ діаметрѣ 0,5—0,75 см. вводится въ мочеиспускательный каналъ настолько, чтобы ея конецъ только-только заходилъ за внутреннее его отверстіе, и въ этомъ положеніи фиксируется снаружи проведеннымъ швомъ; оставшійся свободнымъ ея длинный наружный конецъ отводится въ стеклянный мочепрѣмникъ, помѣщаемый между ногами больной. Дренажъ этого рода можно оставлять, не мѣняя, въ теченіе 1½—2 сутокъ. Со стороны влагалища мы стараемся, насколько возможно, удалять скопляющіяся послѣродовыя очищенія и назначаемъ съ этою цѣлью дезинфицирующія влагалищныя спринцованія. Если края свища при изслѣдованіи зеркаломъ оказываются покрытыми вялыми, нездоровыми на видъ грануляціями, то легкія прижиганія Arg. nitr. или 5% растворомъ Ac. carbol. вполне умѣстны.

Для фиксаціи въ извѣстномъ положеніи передней стѣнки влагалища и приближенія краевъ фистулы другъ къ другу предлагаютъ вводить во влагалище тампоны. Съ этимъ предложеніемъ трудно согласиться, такъ какъ, во-первыхъ, тампонъ, растягивая влагалище, хотя и фиксируетъ до извѣстной степени его переднюю стѣнку, но при этомъ чаще будетъ обуславливать расхожденіе краевъ фистулы, чѣмъ сближеніе ихъ, и, во-вторыхъ, тампонъ, какъ бы онъ ни былъ хорошо дезинфицированъ, оставленный на болѣе долгое время во влагалищѣ, весьма скоро вызываетъ раздраженіе, столь не желательное въ этихъ случаяхъ.

При примѣненіи вышесказаннаго лѣченія, дѣйствительно, удается довольно часто видѣть весьма успѣшно наступающимъ самопроизвольное излѣченіе фистулъ и при томъ не только маленькихъ размѣровъ, но извѣстны случаи, въ которыхъ фистулы достигали до 2—3 см. въ діаметрѣ.

Въ застарѣлыхъ случаяхъ фистулъ, хотя, какъ извѣстно, онѣ также подъ вліяніемъ извѣстныхъ причинъ могутъ, какъ исключеніе, подвергаться произвольному излѣченію, мы, конечно, не можемъ уже рассчитывать на таковое, и лѣченіе наше должно состоять въ превращеніи зарубцевавшихся ихъ краевъ въ свѣжія раны, чтобы дать такимъ образомъ снова возможность къ ихъ сращенію. Это можетъ быть достигнуто двоякимъ путемъ: или прижиганіемъ краевъ фистулы, или же окровавленіемъ ихъ рѣзущими инструментами.

Прижиганіе моче-влагалищныхъ свищей производилось различными веществами, между которыми упомянемъ только о каленомъ желѣзѣ азотнокисломъ серебрѣ, кислотахъ, сѣрной и хромовой, и о ѣдкомъ кали. Производилось оно также разнообразно: или прижигали только края фистулы со стороны влагалища (*cauterisatio intrafistularis*), или же захватывали значительную

площадь въ окружности ея (cauterisatio perifistularis), или же, наконецъ, помощью специально для этого предложенныхъ инструментовъ — со стороны мочевого пузыря (cauterisatio intravesicalis). Всѣ эти методы въ конечномъ результатѣ своемъ одинаковы и представляются дающими хорошей результатъ только въ извѣстныхъ случаяхъ. Фистулы весьма небольшія, съ толстыми краями, не представляющія просто отверстія, а имѣющія форму канала, дѣйствительно, съ успѣхомъ могутъ быть излѣчены прижиганіями. Свищи же большихъ размѣровъ съ тонкими рубцовыми краями совершенно не поддаются этому лѣченію, такъ что, производя настойчиво и повторно прижиганія ихъ краевъ и периферіи, достигаютъ только въ концѣ концовъ еще большей потери ткани и развитія еще въ большемъ количествѣ рубцевыхъ образованій. Послѣ такого рода лѣченія операція сшиванія свища дѣлается еще болѣе трудною и дающею меньше шансовъ на успѣхъ. Къ простымъ прижиганіямъ присоединяли еще послѣдовательное сближеніе краевъ фистулы помощью особыхъ, для того специально придуманныхъ инструментовъ, или помощью накладываемаго шва; въ этомъ случаѣ также ничто не говоритъ въ пользу отдаваемаго предпочтенія прижиганіямъ передъ окровавленіемъ краевъ свища рѣзущими инструментами.

Мы примѣняемъ прижиганіе пузырно-влагалищныхъ фистулы со стороны влагалища помощью остраго наконечника аппарата *Raquelin*'а только въ рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ. Отверстія, пропускающія лишь самый тонкій зондъ, остающіяся иногда послѣ операціи зашиванія фистулы, и то только окруженныя сочною, здоровою тканью, послѣ одного, двухъ и много трехъ прижиганій заживаютъ весьма хорошо.

Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ должно считаться показаннымъ окровавленіе краевъ свища острыми инструментами съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ — операція зашиванія фистулы (fistulorrhaphia). Операція эта не противопоказуется ни возрастомъ больной и никакими физиологическими состояніями ея организма. Она производилась уже у 8-лѣтней дѣвочки при фистулѣ, происшедшей вслѣдствіе мочевого камня, и у старухъ 60 лѣтъ, имѣвшихъ уже фистулы многіе годы; точно также успѣшные результаты получались послѣ операцій, произведенныхъ во время менструальнаго періода и *sub graviditate*, безъ того, чтобы производство операціи отразилось дурно на общемъ состояніи больной. Весьма истощенныя, лежащія въ параличѣ женщины переносятъ операцію также хорошо, и успѣхъ ея получается полный. Противопоказаніемъ къ операціи слѣдуетъ считать новообразованія матки и влагалища (раки) и присутствіе заболѣваній, угрожающихъ въ скоромъ времени летальнымъ исходомъ.

Если это зависитъ отъ насъ, то лучше всего выбирать время

для операціи на шестой, седьмой или восьмой недѣлѣ послѣ родовъ, такъ какъ это время для операціи представляется самымъ удобнымъ; при производствѣ ея ранѣ этого срока ткани еще весьма дряблы, мягки, такъ что фиксирующіе инструменты легко прорываются, и, кромѣ того, присутствіе во влагалищѣ послѣродовыхъ очищеній можетъ мѣшать успѣшному заживленію свища. Оперировать въ болѣе долгій срокъ послѣ родовъ, какъ это *volens-nolens* приходится дѣлать нерѣдко, представляется весьма затруднительнымъ; благодаря присутствію уже старыхъ, весьма плотныхъ рубцевыхъ образованій и суженій. Передъ операціей необходимо позаботиться о томъ, чтобы были устранены, на сколько возможно, всѣ воспалительныя явленія вокругъ свища и наружныхъ половыхъ органовъ. Съ этою цѣлью назначаются частыя обмыванія и влагалищныя спринцованія, ванны, присыпки заболѣвшихъ участковъ порошкомъ іодоформа. Точно также заболѣваніе мочевого пузыря, его гнойныя катарры съ разлагающеюся мочою должны быть устранены, такъ какъ только нормальная моча, приходя въ соприкосновеніе съ ранеными поверхностями, не мѣшаетъ ихъ заживленію. При мочѣ, находящейся въ щелочномъ броженіи, уже нерѣдко наблюдались случаи неуспѣшнаго хода сращенія окровавленныхъ поверхностей.

Особенно успѣшные результаты стала давать операція зашиванія фистуль съ тѣхъ поръ, какъ, благодаря усовершенствованнымъ гинекологическимъ методамъ изслѣдованія, мы имѣемъ возможность сдѣлать совершенно и легко доступной глазу и нашимъ манипуляціямъ переднюю стѣнку влагалища. Въ этомъ отношеніи великую услугу оказалъ *Marion Sims* (Montgomery, Alabama, Amerika) изобрѣтеніемъ и введеніемъ въ практику своего ложкообразнаго зеркала. Въ 1845 году онъ примѣнилъ его уже къ операціи зашиванія фистулы («*Klinik der Gebärmutter-Chirurgie*», 1873, стр. 10 и 14). Въ Европѣ усовершенствованіе техники этой операціи безспорно принадлежитъ *Jobert de Lamballe*'у и затѣмъ *Gustav Simon*'у, какъ упростившему технику, такъ и примѣнившему въ широкихъ размѣрахъ употребленіе ложкообразныхъ зеркалъ съ цѣлью сдѣлать доступнымъ поле операціи.

Операція зашиванія свища въ обыкновенныхъ случаяхъ представляется сама по себѣ безболѣзненной, и только растяженіе введенными инструментами входа во влагалище причиняетъ извѣстную боль, къ которой различныя большыя относятся весьма различно. Вотъ почему вопросъ о наркозѣ во время операціи долженъ быть рѣшаемъ особо для каждого отдѣльнаго случая. Мы примѣняемъ его только въ тѣхъ случаяхъ, когда уже, при производствѣ изслѣдованій для постановки точнаго діагноза заболѣванія и возможности операціи, наши манипуляціи вызывали болѣзненныя ощущенія.



Техника самой операціи распадается главнымъ образомъ на три приѣма: сдѣлать доступнымъ поле операціи, окровавленіе краевъ фистулы и наложеніе шва.

Сдѣлать доступнымъ поле операціи мы можемъ введеніемъ ложкообразныхъ зеркалъ при извѣстномъ положеніи больной. Больная укладывается на край обыкновеннаго операціоннаго стола въ одномъ изъ слѣдующихъ положеній: или въ ягодично-спинномъ, или въ боковомъ, или же въ колѣбно-локтевомъ. Каждое изъ этихъ положеній имѣетъ свои выгоды и свои недо-

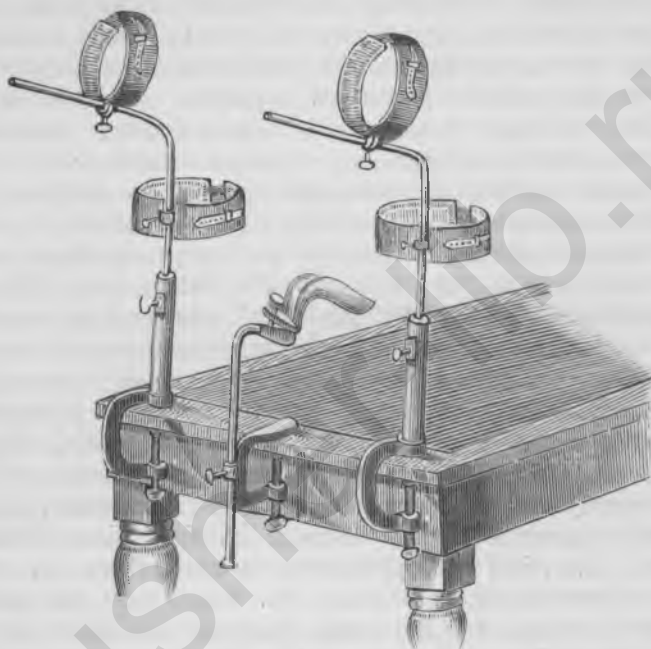


Рис. 86. Comstock's St.-Louis-Gynapod. (Monatsschr. d. aertz. Polytechnik. 1886. № 7).

статки. Смотря по мѣстонахожденію фистулы на передней стѣнкѣ влагалища, она можетъ быть видна лучше то въ одномъ, то въ другомъ положеніи больной, поэтому и операція должна быть производима въ положеніи, болѣе всего подходящемъ къ данному случаю. Производя предварительныя повторныя изслѣдованія, мы уже вполнѣ выясняемъ себѣ это ко времени операціи, такъ что больная укладывается на столѣ уже по заранѣе опредѣленному плану. Мы отдаемъ преимущество всегда тому положенію, при которомъ поле операціи оказывается болѣе всего доступнымъ, и миримся со всѣми другими относительными недостатками даннаго положенія. Чаще всего приходится примѣнять ягодично-спинное положеніе. При операціяхъ въ клиникѣ или госпиталѣ, гдѣ имѣется много помощниковъ, лучше всего поручать фикса-

ровать, какъ больную, такъ и зеркало ассистентамъ. Различнаго рода механическія приспособленія, какъ замѣна рукъ ассистентовъ, оказываются только отчасти удовлетворяющими цѣли, такъ какъ, вообще, рѣдко удается вполне замѣнить руку какимъ бы то ни было механическимъ приспособленіемъ. Впрочемъ, когда приходится оперировать почти одному, то аппараты для фиксаціи ногъ больной и введеннаго зеркала, предложенные *Fritsch* емъ и другими, оказываютъ несомнѣнную пользу (рис. 86).

Передняя стѣнка влагалища и помѣщающаяся на ней фистула обнажаются помощью ложкообразнаго зеркала и влагалищныхъ подъемниковъ. Ложкообразное зеркало *Sims*'а (рис. 87), *Simon*'а (рис. 88) или *Fritsch*'а (рис. 89) вводится во влагалище и сильно оттягиваетъ промежность;

передняя стѣнка влагалища дѣлается видимою почти на всемъ своемъ протяженіи; если еще мѣшаютъ нѣкоторыя складки слизистой оболочки влагалища ясно видѣть края свища, то онѣ весьма удобно отодвигаются въ стороны и тамъ фиксируются влагалищными подъемниками *Simon*'а (рис. 90). Если матка обладаетъ нормальною подвижностью, то *portio vaginalis* захватывается или пилевыми щипцами (рис. 91), или черезъ нее продѣвается толстая шелковая лигатура, и она смѣщается насколько возможно книзу. При ягодично-спинномъ положеніи больной такое смѣщеніе матки представляется

весьма удобнымъ, благодаря тому, что съ нимъ вмѣстѣ получается значительное перемѣщеніе книзу фистулы, такъ что эта послѣдняя можетъ помѣщаться какъ разъ между наружными половыми органами и, слѣдовательно, быть настолько же доступной для нашихъ манипуляцій *sub operatione*, какъ если бы мы оперировали на наружныхъ половыхъ органахъ. При маткѣ, фиксированной старыми сращеніями, мы должны довольствоваться

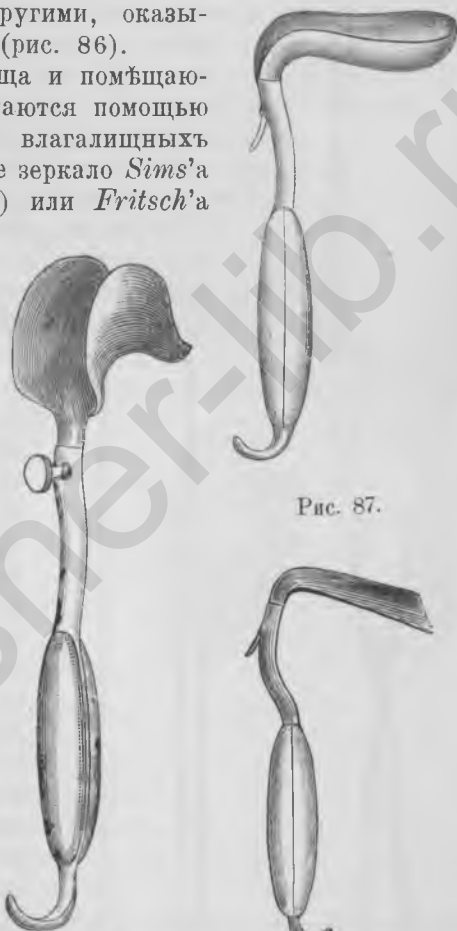


Рис. 87.

Рис. 89.

Рис. 88.

возможностью смѣщать переднюю стѣнку влагалища и края фистулы; этого мы достигаемъ или помощью захватыванія скла-

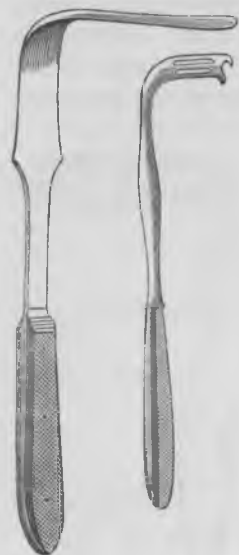


Рис. 90.



Рис. 91.



Рис. 92.

докъ слизистой оболочки въ пулевые щипцы, или же просто различной величины крючками (рис. 92). Въ случаяхъ, когда фистула бываетъ лучше видима въ колѣнно-локтевомъ положеніи, весьма удобно оперировать, примѣняя специально для этой цѣли предложенное зеркало *Heinebaуera* (рис. 93); оно обнажаетъ весьма удовлетворительно переднюю стѣнку влагалища и расширяетъ входъ во влагалище лучше, чѣмъ другія самоудерживающіяся зеркала, предложенныя для этой цѣли (*Sims'a*, *Spencer-Wells'a* и друг.). Края свища и передняя стѣнка влагалища при этомъ зеркалѣ могутъ быть также значительно приближены кнаружи помощью крючковъ, прикрѣпленныхъ къ цѣпочкамъ. Мы много разъ примѣняли это зеркало, и для извѣстныхъ случаевъ оно весьма облегчаетъ операцію. Боковое положеніе больной sub operatione представляется особенно выгоднымъ при фистулахъ, имѣющихъ рѣзко вѣтсрединное положеніе; края ихъ при этомъ гораздо легче могутъ быть сдѣланы болѣе доступными, чѣмъ при другомъ положеніи. Боковое положеніе, впрочемъ, требуетъ извѣстнаго навыка со стороны оператора, иначе на первый разъ оно кажется далеко не такъ удобнымъ.

Помощью вышеприведенныхъ инструментовъ въ обыкновенныхъ не осложненныхъ случаяхъ мы вполне удовлетворительно можемъ сдѣлать доступнымъ поле операціи. При существованіи же болѣе или менѣе значительныхъ рубцевыхъ перетяжекъ или стенозовъ во влагалищѣ, требуется особое предварительное ихъ расширение. Оно производится быстро, какъ

возможностью смѣщать переднюю стѣнку влагалища и края фистулы; этого мы достигаемъ или помощью захватыванія складокъ слизистой оболочки въ пулевые щипцы, или же просто различной величины крючками (рис. 92). Въ случаяхъ, когда фистула бываетъ лучше видима въ колѣнно-локтевомъ положеніи, весьма удобно оперировать, примѣняя специально для этой цѣли предложенное зеркало *Heinebaуera* (рис. 93); оно обнажаетъ весьма удовлетворительно переднюю стѣнку влагалища и расширяетъ входъ во влагалище лучше, чѣмъ другія самоудерживающіяся зеркала, предложенныя для этой цѣли (*Sims'a*, *Spencer-Wells'a* и друг.). Края свища и передняя стѣнка влагалища при этомъ зеркалѣ могутъ быть также значительно приближены кнаружи помощью крючковъ, прикрѣпленныхъ къ цѣпочкамъ. Мы много разъ примѣняли это зеркало, и для извѣстныхъ случаевъ оно весьма облегчаетъ операцію. Боковое положеніе больной sub operatione представляется особенно выгоднымъ при фистулахъ, имѣющихъ рѣзко вѣтсрединное положеніе; края ихъ при этомъ гораздо легче могутъ быть сдѣланы болѣе доступными, чѣмъ при другомъ положеніи. Боковое положеніе, впрочемъ, требуетъ извѣстнаго навыка со стороны оператора, иначе на первый разъ оно кажется далеко не такъ удобнымъ.

это предложилъ *Simon*, помощью надрѣзовъ скальпелемъ въ различныхъ направленіяхъ краевъ рубцевыхъ суженій и расширения тотчасъ же вводимыми зеркалами все большихъ размѣровъ, пока, наконецъ, суженіе не будетъ настолько устранено, что фистула сдѣлается вполне доступною. Для избѣжанія не желательныхъ чрезмѣрно глубокихъ раненій при надрывахъ надрѣзанныхъ мѣстъ требуется извѣстная осторожность.

Устраненіе рубцевыхъ суженій влагалища и достиженіе большей подвижности фиксированныхъ краевъ фистулы было предложено *Vogtan*'омъ въ формѣ такъ называемаго предварительнаго, подготовительнаго лѣченія. Лѣченіе это состоитъ въ томъ, что расширеніе стенозовъ производится медленно помощью повторныхъ, черезъ извѣстный промежутокъ времени производимыхъ неглубокихъ надрѣзовъ и методически на болѣе долгое время вводимыхъ во влагалище шаровъ и цилиндровъ изъ твердаго каучука.

Подъ влияніемъ этого, рубцы дѣлаются мягче, а надрѣзы все болѣе и болѣе расширяютъ просвѣтъ суженія. Фиксированные края свища подвергаются своего рода гимнастикѣ: помощью крючковъ они черезъ день, черезъ два все болѣе и болѣе оттягиваются, такъ что черезъ извѣстный промежутокъ времени нерѣдко получается гораздо большая ихъ подвижность, и операція, казавшаяся прежде невозможной, можетъ быть удачно выполнена.

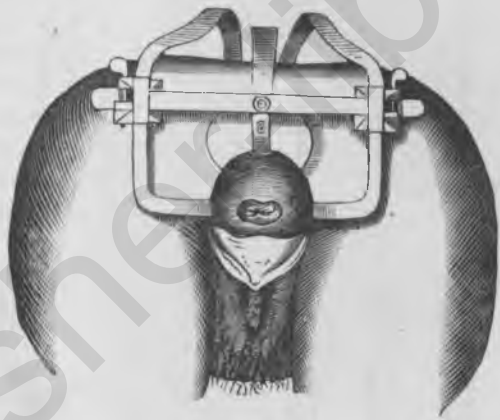


Рис. 93.

При примѣненіи этого предварительнаго лѣченія, слѣдуетъ строго обращать вниманіе на возможность инфекціи, благодаря болѣе или менѣе долгой задержкѣ мочи и отдѣлимаго раненыхъ поверхностей надрѣзовъ, при долго находящихся во влагалищѣ каучуковыхъ твердыхъ тампонахъ; при малѣйшихъ признакахъ появляющагося воспаления, лѣченіе должно быть остановлено на нѣкоторое время.

Окровавливая края свища, мы должны стараться удалить, насколько возможно, всю рубцевую ткань, входящую въ ихъ составъ. Окровавливать можно скальпелемъ или ножницами; едва ли который-нибудь изъ этихъ инструментовъ заслуживаетъ исключительнаго преимущества, — все зависитъ отъ привычки оператора; ножницы въ привычныхъ рукахъ не удаляютъ нисколько не болѣе

глубоко ткани, чѣмъ скапель. Смотри по глубинѣ, на которой приходится оперировать, употребляется или обыкновенный скапель, или же снабженный весьма длинною рукою, причѣмъ иногда весьма удобно, чтобы его клинокъ былъ изогнутъ подъ извѣстнымъ угломъ (рис. 94). Ножницы должны быть также достаточно длинны и изогнуты по плоскости, или же могутъ имѣть двойной изгибъ, по плоскости и по краю, какъ ихъ предложилъ для этой цѣли *Vogelman* (рис. 95). Имѣя два экземпляра такихъ ножницъ съ соотвѣтствующей кривизной для правой и для лѣвой стороны, можно весьма точно и на значительной глубинѣ производить окровавленіе. Во всѣхъ нашихъ операціяхъ фистулъ и при многихъ другихъ окровавленіяхъ во влагалищѣ,

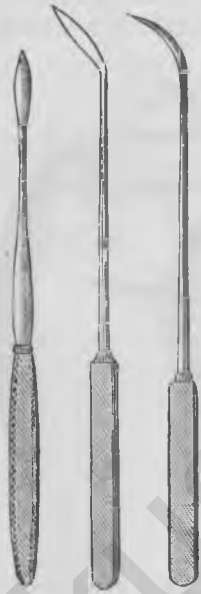


Рис. 94.



Рис. 95.



Рис. 96.

мы примѣняемъ эти ножницы; благодаря привычкѣ къ нимъ, приходится прибѣгать къ скапелю только въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ.

Передъ тѣмъ какъ приступить къ окровавленію, многіе рекомендуютъ остріемъ скапеля обозначить себѣ точно границу долженствующаго быть снятымъ лоскута; при извѣстномъ же навыкѣ въ техникѣ операціи эта предосторожность излишня. Снимаемый лоскутъ во время операціи фиксируется или весьма длиннымъ зубчатымъ пинцетомъ (рис. 96), или же просто крючками. Площадь окровавленія и его глубина должны быть строго принаравливаемы къ условіямъ даннаго случая. Держаться

уорно предложенныхъ двухъ шемъ окровавливанія, въ формѣ поверхностной плоской воронки (методъ американскій), или же болѣе глубокой (методъ нѣмецкій), заурядъ для всѣхъ случаевъ представляется далеко не всегда выгоднымъ. Условія для болѣе глубокой воронкообразной, или болѣе распространенной по поверхности фигуры площади окровавленія даются состояніемъ краевъ фистулы, и нерѣдко приходится комбинировать оба эти метода на одной и той же фистулѣ въ теченіе одной операціи. При толстыхъ и неимѣющихъ много рубцовой ткани краяхъ свища окровавленіе въ формѣ глубокой воронки и при относительно тонкихъ съ далеко по поверхности распространяющимися рубцами окровавленіе въ формѣ весьма плоской воронки — представляются намъ самыми рѣзкими примѣрами для примѣненія того или другого метода. Много уже разъ я позволялъ себѣ не удалять всѣхъ полосокъ рубцовой ткани, попадающей въ область раны окровавленія; оставляя нѣкоторыя изъ глубоко въ ткани проникающихъ рубцовъ и заботясь о томъ, чтобы при наложеніи швовъ и соединеніи раны рубцовая ткань съ одной стороны приходилась къ совершенно здоровой съ другой, я всегда получалъ полное заживленіе раны.

Производя окровавленіе фистулы, слѣдуетъ стараться ограничивать площадь окровавленія кнутри краемъ слизистой оболочки мочевого пузыря и не нарушать цѣлости этой послѣдней. Въ исключительныхъ случаяхъ, конечно, придется иногда удалять и часть этой слизистой оболочки, но, какъ общее правило, слѣдуетъ стараться избѣгать этого, такъ какъ, окровавливая ее, мы не получаемъ никакихъ существенныхъ выгодъ, а появленіе вторичныхъ кровотеченій въ полость мочевого пузыря и остающіяся вторичныя фистулы на мѣстѣ лежащихъ швовъ суть явленія, нерѣдко при этомъ встрѣчающіяся.

Снятіе лоскута лучше всегда начинать съ нижней части

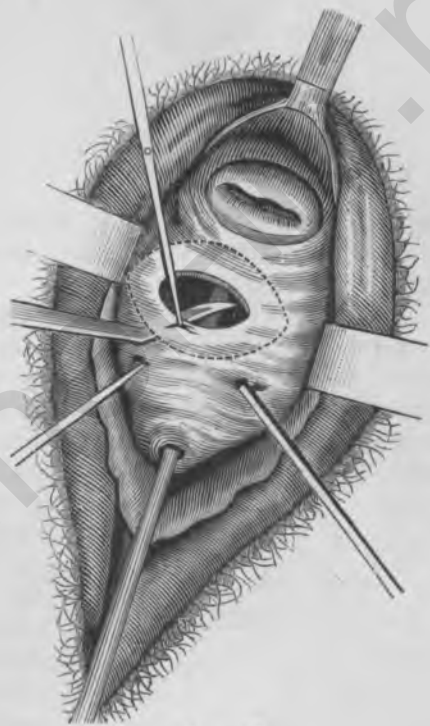


Рис. 97.

окружности свища для того, чтобы появляющееся кровотечение не мѣшало видѣть дальнѣйшій ходъ окровавленія. Прилагаемый рисунокъ (рис. 97) показываетъ снятіе лоскута помощью остроконечнаго изогнутаго скальпеля. Какимъ бы инструментомъ мы ни окровавливали, всегда лучше стараться удалить лоскутъ цѣликомъ; при этомъ мы не рискуемъ оставить неудаленными ма-

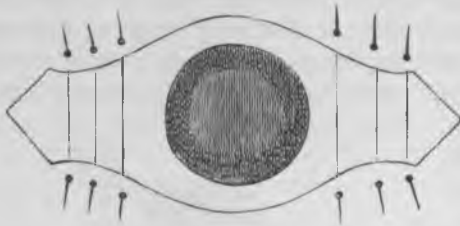


Рис. 98.

ленькія частицы слизистой оболочки, что при операци и особенно на известной глубинѣ можетъ иногда случиться. Въ случаяхъ, когда окровавленію мѣшаетъ выпадающая черезъ свищъ часть слизистой оболочки мочевого пузыря, она легко можетъ быть вправлена и удержана *in situ* или

введенною черезъ фистулу губкою на ниткѣ, или же катетеромъ, или толстымъ зондомъ, введеннымъ черезъ мочеиспускательный каналъ.

Формою окровавливаемыхъ поверхностей уже предрѣшается вопросъ, въ какомъ направленіи будутъ наложены швы и зашита рана; большею частью, если не всегда, приступая къ окровавливанию, мы на основаніи предыдущихъ повторныхъ изслѣдованій должны уже знать, въ какомъ направленіи будетъ выгоднѣе соединить края фистулы, чтобы получилась наименьшая степень натяженія окружающихъ тканей, и сращеніе шло успѣшнѣе. При небольшихъ свищахъ оказывается безразлично, зашивать ли рану въ поперечномъ или продольномъ направленіи, такъ какъ смѣщеніе тканей при этомъ весьма незначительно, поэтому и фигура окровавленія также безразлична. Фи-

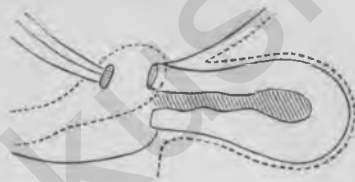


Рис. 99.

стулы большихъ размѣровъ уже легче могутъ быть соединены въ поперечномъ направленіи сверху внизъ. Пузырно-влагалищныя фистулы съ краями, могущими быть только съ трудомъ приведенными въ соприкосновеніе, требуютъ болѣе значительнаго окровавленія по плоскости, такъ что довольно значительная поверхность слизистой оболочки влагалища можетъ быть удалена; придавая такой значительной площади окровавленія форму поперечной ленты, занимающей иногда половину или три четверти окружности просвѣта влагалища, и дѣлая ее достаточно широкой,

мы значительно увеличиваемъ возможность соединенія краевъ свища безъ значительнаго ихъ натяженія. Прилагаемый рисунокъ (рис. 98) такой значительной лентообразной, поперечной фигуры площади окровавленія поясняетъ вышесказанное. Фистулы еще большей величины, имѣющія неправильную форму, требуютъ только простаго окровавленія своихъ краевъ на извѣстномъ пространствѣ, фигура же, получающаяся при соединеніи ихъ швами, обусловливается уже формою самой фистулы. — Точно также небольшие овальные или, вообще, продолговатой формы отверстія окровавливаются такъ, что длинникъ фигуры площади окровавленія совпадаетъ съ ихъ болѣе длиннымъ размѣромъ.

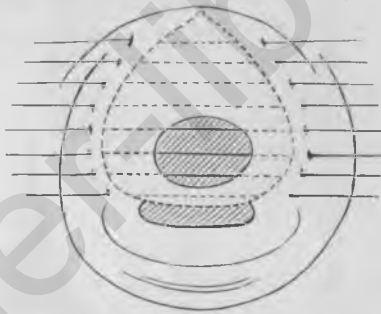
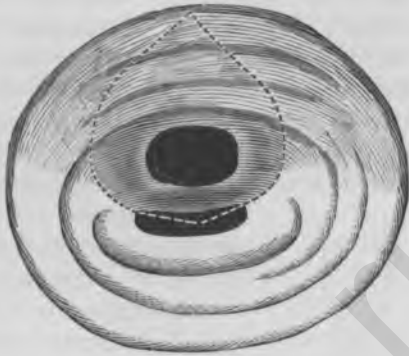


Рис. 100.

При пузырно-маточно-влагалищныхъ свищахъ приходится производить окровавленіе и на остаткѣ передней губы матки; при поверхностныхъ это удается легко, и нижній край фистулы (рис. 99), пришитый къ верхнему маточному, обыкновенно приживаетъ весьма хорошо. Въ случаяхъ, когда отъ передней губы остается только весьма незначительная часть, фигура площади окровавленія должна быть болѣе продольная, и фистула зашивается продольно (рис. 100). *Kaltenbach*'у удавалось получить этимъ путемъ полное излѣченіе, если только передняя стѣнка шейки матки не была превращена въ рубцевую ткань, не смотря на то, что оставался только кусокъ ея весьма незначительной величины. При полной невозможности окровавить остатки передней губы, благодаря ихъ ничтожной величинѣ, фистула зашивается такимъ образомъ, что окровавленіе производится на задней губѣ, и она пришивается (*Jobert*) къ нижнему краю фистулы (рис. 101), причемъ конечнымъ результатомъ при вполнѣ удавшейся операціи, является, разумеется, бесплодіе женщины, такъ какъ отверстіе канала шейки



Рис. 101.



матки обращено непосредственно въ мочевой пузырь, и менструальная кровь въ теченіе уже всей послѣдующей жизни большой изливается черезъ мочеиспускательный каналъ наружу. Пузырно-влагалищныя фистулы, помѣщающіяся высоко въ переднемъ сводѣ влагалища у самой передней губы маточной шейки, должны быть также окрвавляемы такъ, чтобы ихъ можно было зашить въ продольномъ направленіи; при этомъ обыкновенно приходится также вырѣзать продольный клинъ изъ передней губы (рис. 102).



Рис. 103.



Рис. 102.

Во время снятія лоскута иногда встрѣчается значительное кровотеченіе, мѣшающее видѣть поле операциі; если только положеніе свища позволяетъ, мы примѣняемъ всегда постоянную ирригацію sub operatione для устраненія этого неудобства; если же она непримѣнима, то кровь должна быть удаляема ассистентомъ маленькими, хорошо дезинфицированными губками, насаженными на длинные губкодержатели (рис. 103).

Чѣмъ болѣе значительно паренхиматозное кровотеченіе изъ окрвавленныхъ поверхностей, тѣмъ лучше прогнозъ для успѣха сращенія ихъ. Перерѣзанныя артеріи небольшого калибра даютъ обыкновенно на столько незначительную потерю крови, что на нихъ можно не обращать вниманія, и при завязываніи швовъ кровотеченіе это вполне надежно останавливается; исключеніе изъ этого составляетъ

довольно значительная *arteria vesico-uterina*, могущая дать уже весьма солидное кровотеченіе, такъ что дѣлается необходимою ея перевязка въ ранѣ, или же обкалываніе ея параллельно наружному краю раны. Перевязывать ее слѣдуетъ кѣтгутомъ и, обрѣзавъ коротко концы нити, зашить узелъ въ ранѣ; присутствіе его обыкновенно не мѣшаетъ успѣшному ходу сращенія. Болѣе значительное паренхиматозное кровотеченіе останавливается струею холодной или горячей воды.

Окровоавливая края свища, заходящіе далеко въ передній сводъ, иногда можно невольно вскрыть брюшину или попасть въ рыхлую подбрюшинную клетчатку, благодаря измѣнившемуся анатомическому расположенію тканей этой области, вслѣдствіе значительныхъ рубцевыхъ стягиваній и смѣщеній. Эти пораненія брюшины, будучи *lege artis* зашиты, въ настоящее время при антисептической обстановкѣ представляются уже далеко не такъ опасными, какъ это было прежде, когда, вслѣдствіе того, что въ брюшину проникалъ шовъ, развивались смертельные перитониты.

Другое осложненіе, могущее встрѣтиться при операціи зашиванія большихъ фистулъ, это — пораненіе мочеточника или затягиваніе его швомъ. Если намъ приходится производить окровавленіе въ области нахождения мочеточниковъ (рис. 104), мы всегда должны предвидѣть возможность ихъ пораненія, такъ какъ, не имѣя этого въ виду, ихъ можно принять, какъ это уже упоминается нѣкоторыми операторами, за брызжуція артеріи, благодаря тому, что моча, смѣшанная съ кровью, бьетъ изъ нихъ иногда струею. Перевязавъ-же ихъ, какъ артерію, или захвативъ въ шовъ, мы обусловимъ развитіе бурныхъ припадковъ остраго гидронефроза, и вся операція будетъ неудачна, такъ какъ придется расшить рану, чтобы сдѣлать снова проходимымъ мочеточникъ. Для отличія въ подобныхъ случаяхъ рекомендуютъ вводить въ зіяющее отверстіе мочеточника зондъ, который въ данномъ случаѣ, конечно, сразу укажетъ, что мы имѣемъ дѣло не съ кровеноснымъ сосудомъ. Хотя случаи окровавливаній въ области мочеточниковъ весьма часты, но упомянутая случайность встрѣчается только весьма рѣдко, въ большей части случаевъ благодаря тому, что мочеточники представляются также смѣщенными развившеюся рубцевою тканью. Если-бы мы встрѣтились съ зіяющимъ просвѣтомъ мочеточника въ области площади окровавленія, то необходимо позаботиться о перемѣщеніи его отверстія на слизистую оболочку мочевого пузыря. По введенному въ него желобоватому зонду или прямо ножницами расщепляется стѣнка его, обращенная въ мочевой пузырь, на болѣе или менѣе значительное пространство, такъ что его отверстіе не будетъ входить въ область раны, подлежащей сращенію; при наложеніи



Рис. 104.

швовъ, конечно, будетъ обращено вниманіе, чтобы они проходили подъ нимъ.

Окончивъ снятіе лоскута со всей поверхности, подлежащей окровавленію, мы еще разъ тщательно осматриваемъ ее и, если замѣчаемъ нѣкоторыя неровности, вслѣдствіе остающихся выступающихъ островковъ ткани, удаляемъ ихъ, сглаживая всю поверхность ножницами, затѣмъ уже приступаемъ къ наложенію швовъ. Матеріаломъ для швовъ мы употребляемъ шелкъ, хорошо дезинфицированный въ сулемѣ или карболовой кислотѣ, или же пропитанный растворомъ іодоформа въ эфирѣ, кромѣ того, иногда также металлическую проволоку изъ серебра, мѣди или желѣза. Проволоку мы считаемъ лучше примѣнять въ случаяхъ, когда предвидится необходимость удалять швы черезъ болѣе долгое время, какъ, напр., при большихъ фистулахъ и значительномъ напряженіи ткани. Для проведенія швовъ мы употребляемъ только простыя, короткія, достаточно сильно изогнутыя, не пружинящія иглы и къ нимъ иглодержатель *Reinert's*. Иглы и иглодержатель *Hagentorn's* представляются также весьма удобными при наложеніи швовъ на фистулы.

Всѣ бывшія у насъ въ употребленіи трубчатыя, канализированныя иглы для проведенія швовъ изъ проволоки вытѣснены въ настоящее время простыми хирургическими иглами, причѣмъ для проволоки мы употребляемъ предложенныя въ Америкѣ шелковые петли. Какъ бы хорошо и аккуратно ни была фиксирована проволока въ ушкѣ обыкновенной иглы, все-таки весьма часто при наложеніи шва она образуетъ съ иглою уголь, представляющій извѣстное затрудненіе при проведеніи ея въ толщѣ ткани; для устраненія этого неудобства въ иглу вдѣвается шелковая лигатура, снабженная на одномъ изъ своихъ концовъ петлею, въ которую вдѣвается проволока; проведеніе проволоки за шелковой нитью идетъ всегда гладко, и мы не встрѣчаемъ никогда никакого препятствія.

Направленіе, въ которомъ должны быть наложены швы, указывается уже обыкновенно формою, приданною нами площади окровавленія, за исключеніемъ случаевъ весьма большихъ, неправильной формы фистулъ, при которыхъ, какъ мы видѣли, окровавливаются только края, форма же, получающаяся при завязанныхъ уже швахъ, должна быть установлена въ моментъ ихъ наложенія, такъ, напр., фистулы трехугольныя получаютъ конечную форму въ видѣ буквы Т или Y, а четырехугольныя въ видѣ  $\square$ , какъ это видно на приложенномъ рисункѣ (рис. 105). Накладывая швы, мы стараемся не захватывать въ нихъ слизистой оболочки мочевого пузыря, такъ какъ она нерѣдко не прилегаетъ вполне къ части шва, проходящей въ мочевой пузырь, и не закрываетъ ея, что даетъ поводъ къ образованію мочекислыхъ осадковъ на швѣ, проникающихъ иногда и въ каналъ раны

укола, оставляя такимъ образомъ по снятіи швовъ вторичную фистулу. При проведеніи иглы необходимо впередъ точно опредѣлять ея направленіе для того, чтобы не пришлось ее вынуть и вводить снова; при повтореніи такого рода ошибки чаще окажутся пораненными весьма многочисленные участки капилляровъ подъ ранеными поверхностями, и успѣшное заживленіе можетъ не состояться. Количе-

ство захватываемой въ шовъ ткани должно быть достаточно; если же швы будутъ проведены черезъ поверхность подъ окровавленными поверхностями, то они легко и весьма скоро прорѣзаются. Прилагаемый рисунокъ (рис. 106) указываетъ, на сколько глубоко и какъ долженъ лежать шовъ; мы можемъ проводить его или одною иглою

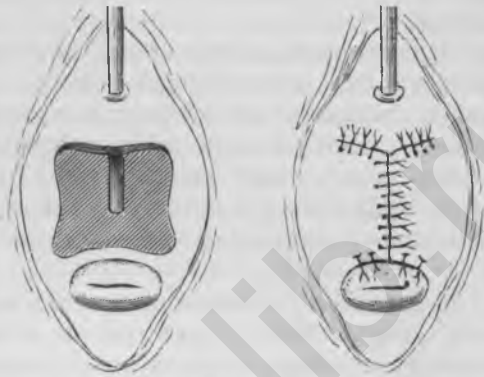


Рис. 105.

справа на лѣво, или же двумя иглами, продѣтыми въ оба конца лигатуры; въ этомъ послѣднемъ случаѣ каждая игла проводится изнутри кнаружи, вкалывается тотчасъ на границѣ между слизистой оболочкою мочевого пузыря и поверхностью окровавленія и выводится затѣмъ за наружнымъ краемъ этой поверхности. Мы накладываемъ всѣ швы на одинаковой относительной глубинѣ, оставляя между каждыми изъ нихъ разстояніе примѣрно около 0,5—0,75 см.; проводя швы очень близко другъ къ другу, мы рискуемъ прекратить доступъ въ достаточномъ количествѣ питательнаго матеріала.

Наложивъ всѣ швы и еще разъ направивъ сильную струю жидкости на рану для отдѣленія приставшихъ къ ея поверхности и особенно къ швамъ кровяныхъ сгустковъ, мы приступаемъ къ завязыванію ихъ. При завязываніи шелковой нити или при закручиваніи проволоки слѣдуетъ смотрѣть за тѣмъ, чтобы петли швовъ не были очень туго затянуты и не лишали такимъ образомъ совсѣмъ питанія тканей. Шелкъ завязывается обыкновеннымъ хирургическимъ узломъ, проволока же просто перекручивается; иногда на значительной глубинѣ перекручиваніе ея весьма удобно совершается помощью двухъ простыхъ маленькихъ пинцетовъ *Péan'a*, въ которые захватываются

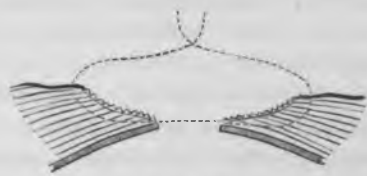


Рис. 106.

порознь оба конца проволоки; при нѣкоторомъ навыкѣ, и накладывая пинцеты довольно близко къ ранѣ, можно весьма точно чувствовать, на сколько туго затянута петля шва. Если послѣ того, какъ всѣ швы уже завязаны, окажется, что на нѣкоторыхъ мѣстахъ края раны слегка расходятся, въ промежуткахъ между швами слѣдуетъ наложить еще соответственное число поверхностныхъ швовъ изъ самаго тонкаго шелку.

Наложенный вышесказаннымъ образомъ рядъ швовъ бываетъ вполне достаточнымъ, чтобы удерживать въ соприкосновеніи раненныя поверхности, и обыкновенно не представляется никакой необходимости въ наложеніи еще специальныхъ, глубокихъ швовъ для уничтоженія напряженія тканей; точно также излишни и надрѣзы слизистой оболочки влагалища параллельно краямъ зашитой фистулы, долженствующіе имѣть то же назначеніе.

При весьма большихъ дефектахъ и особенно распространяющихся далеко книзу, такъ что отсутствуетъ значительная часть мочеиспускательнаго канала, представляется весьма затруднительнымъ пришить верхній край оставшагося куска уретры къ верхнему краю фистулы, лежащему въ области передняго свода влагалища; ткани не могутъ быть на столько смѣщены, и операція кажется не исполнимой. — Для этой цѣли былъ предложенъ такъ называемый вестибулярный надрѣзъ (*Jobert, Simon*) между наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала и угломъ лоннаго соединенія; благодаря этому надрѣзу получается дѣйствительно бѣльшая смѣщаемость уретры, но все-таки относительно незначительная. Примѣнялся этотъ надрѣзъ еще весьма рѣдко, и опредѣлить вполне его достоинство пока не представляется возможнымъ. Лучше уже оказывается расщепленіе въ обѣ стороны шейки матки, вслѣдствіе чего получается довольно значительно увеличенная подвижность верхняго края фистулы. Для болѣе успѣшнаго заживленія спитой раны при пузырно-уретро-влагалищныхъ свищахъ иногда можно произвести троакаркомъ новый, временной мочеиспускательный каналъ съ цѣлью дать полный покой ранѣ. По полученіи полного заживленія моча снова пускается по своему старому пути, и новый каналъ облитерируется.

Большіе дефекты въ нѣкоторыхъ случаяхъ поддаются лучше лѣченію, когда операція производится не въ одинъ сеансъ, а въ нѣсколько. Дефектъ зашивается по частямъ, черезъ извѣстные промежутки времени, и громадное отверстіе фистулы уменьшается мало-по-малу. Въ теченіе самой операціи представляется иногда также болѣе удобнымъ, какъ, напр., при сильномъ кровоточеніи изъ окровавливаемой поверхности, производить оживленіе краевъ не сразу на всемъ пространствѣ большой фистулы, а только въ

одномъ участкѣ, накладывать на него швы и зашивать его, и уже затѣмъ тотчасъ же снова продолжать окровавливаніе далѣе на слѣдующемъ участкѣ.

При атрезіяхъ мочеиспускательнаго канала онѣ должны быть устранены и излѣчены до операціи зашиванія свища. Въ случаяхъ простыхъ зарощеній канала уретры, какъ это чаще встрѣчается въ его верхней части, это зарощеніе устраняется иногда довольно легко, просто съ извѣстною силою проведеннымъ катетеромъ; болѣе стойкія требуютъ уже проведенія троакара. Черезъ вновь образованное отверстіе въ теченіе извѣстнаго времени должны проводиться различной величины бужи или гуттаперчевыя трубки, пока проходимость не будетъ вполне надежно восстановлена. При атрезіи верхней части на болѣе значительномъ пространствѣ восстановить бывший просвѣтъ мочеиспускательнаго канала на этомъ мѣстѣ уже не удастся, и приходится сдѣлать его вновь. При существованіи при этомъ фистуль уретро-влагалищной и пузырно-влагалищной, отдѣленныхъ другъ отъ друга только пространствомъ самой атрезіи, окровавленіе производится, какъ это показано на прилагаемомъ рисункѣ, и верхній край пузырно-влагалищной фистулы пришивается къ нижнему краю уретральной (рис. 107). При совмѣстномъ существованіи нѣсколькихъ фистулъ, смотря по тому, на сколько много здоровой ткани между ними, операція производится или для каждой фистулы отдѣльно, или же, при незначительной величинѣ перемычекъ между ними, слизистая оболочка окровавливается вокругъ всего участка, занятаго свищами, и швы накладываются, какъ если-бы мы имѣли дѣло съ одною большою фистулою.



Рис. 107.

Пузырно-маточныя фистулы (*fist. vesico-cervicalis*), какъ извѣстно, представляютъ весьма часто примѣры самопроизвольнаго заращенія. Если таковое не произойдетъ въ теченіе болѣе долгаго времени, и если прижиганія этой фистулы не дадутъ также никакого результата, то она должна быть зашита. Въ случаяхъ, когда свищъ помѣщается не глубоко въ каналѣ шейки, и зѣвъ матки вслѣдствіе существующихъ значительныхъ боковыхъ разрывовъ сильно зияетъ, онъ представляется довольно легко доступнымъ, и, какъ окровавливаніе его въ формѣ глубокой воронки, такъ и наложеніе швовъ, большею частью въ продольномъ направленіи, производится безъ особенно значительныхъ затрудненій. Въ случаяхъ же, когда фистула не доступна, благодаря своему глубокому положенію, то, какъ мы уже видѣли, при изслѣдованіи этихъ фистулъ, производятся достаточно глубокіе над-

рѣзы шейки матки въ обѣ стороны, и тогда, если этимъ путемъ удастся свободно подойти къ ней, производится операція зашиванія ея. Если и этимъ путемъ не удастся полное ея излѣченіе, то операція *hysteroceleisis*, предложенная *Jobert'омъ de Lamballe* въ 1849 году, можетъ считаться вполнѣ показанной. Производство этой операціи весьма не сложно: края *orificiі externi uteri* достаточно окрвавливаются, и швы накладываются сзади на передъ, слѣдовательно—въ поперечномъ направленіи (рис. 108). Заживленіе происходитъ обыкновенно легко, въ рѣдкихъ только случаяхъ остается еще маленькое отверстіе, которое, не будучи скоро зашито, можетъ обусловить наступленіе беременности.



Рис. 108.

Мочеточнико-влагалищная фистула, описанная впервые *Simon'омъ* въ 1856 г., въ теченіе двадцати лѣтъ не была излѣчиваема непосредственною операціею. Попытки *Simon'a*, направленные къ тому, чтобы образовать вновь соединеніе просвѣта мочеточника непосредственно съ полостью мочевого пузыря, кончились безуспѣшно. Приходилось довольствоваться искусственнымъ образованіемъ новой пузырно-влагалищной фистулы и ниже ея зашивать просвѣтъ влагалища (*colpocleisis*). Въ 1876 г. *Landau* («*Arch. f. Gynaekologie*», *Bd. IX*, *сmp. 434*) сдѣлалъ теоретическое предложеніе метода непосредственнаго зашиванія мочеточниковой фистулы, и *Bandl* уже въ Августѣ того-же года получилъ полное излѣченіе по этому способу. Этотъ способъ *Landau-Bandl'я* состоитъ въ томъ, что какъ разъ у нижняго конца отверстія свища мочеточника производится фистула пузырно-влагалищная; тонкій эластическій катетеръ однимъ концомъ вводится въ мочеточникъ, другимъ же — во вновь образованную фистулу въ мочевой пузырь и изъ него черезъ уретру наружу (рис. 109). Затѣмъ приступаютъ къ окрвавленію обѣихъ фистулъ, какъ бы одной, и поверхность окрвавленія получаетъ форму продольнаго овала, длинникомъ своимъ лежащаго по направленію нормальнаго хода нижняго конца мочеточника. Швы накладываютъ поперечно относительно длинника овала, надъ лежащимъ *in situ* катетеромъ; они завязываются, и катетеръ непосредственно сообщаетъ мочеточникъ съ полостью мочевого пузыря. Въ теченіе первыхъ дней послѣ операціи катетеръ не удаляется. *Bandl* получилъ этимъ способомъ полное излѣченіе въ двухъ

случаяхъ. Больныя его совершенно поправились, скоро вышли изъ госпиталя, но дальнѣйшая судьба ихъ осталась неизвѣстною.

Предполагая возможность стриктуры вновь образованнаго нижняго конца мочеточника, вслѣдствіе развитія рубца на мѣстѣ искусственно произведенной пузырно-влагалищной фистулы, *Schede* («*Centralblatt f. Gyn.*», 1881, стр. 547) предлагаетъ избѣгать этой возможности тѣмъ, что операція дѣлится на два сеанса. На первый разъ производится пузырно-влагалищная фистула, и слизистая оболочка влагалища пришивается къ слизистой оболочкѣ мочевого пузыря, получается *prima intentio*, и края фистулы представляются свободными отъ сокращающейся рубцовой ткани. Спустя недѣли двѣ, приступаютъ уже къ зашиванію свища мочеточника совершенно такъ же, какъ и при способѣ *Landau-Bandl'*я, стараясь только оставить на сколько возможно болѣе слизистой оболочки влагалища вокругъ отверстія фистулы и между ними, такъ что по окончаніи операціи со стороны мочевого пузыря получается углубленіе, покрытое слизистой оболочкой влагалища, не способное уже сокращаться и кромѣ того служащее хорошо путеводною точкою при желаніи катетеризировать мочеточникъ изъ мочевого пузыря.

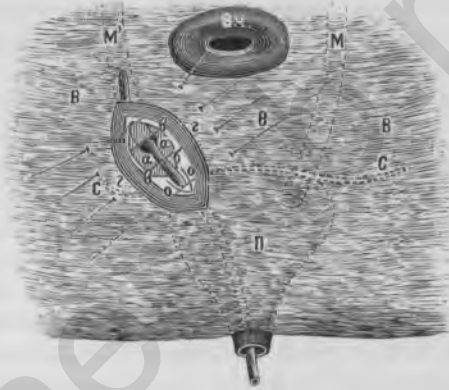


Рис. 109.

*В*—поверхность влагалища; *СС*—соединеніе, полученное послѣ первой операціи; *П*—мочевой пузырь; *В*, *и*—влагалищная часть шейки матки; *М*—лѣвый мочеточникъ; *М'*—правый мочеточникъ, открывающійся у *aa* во влагалище; *bb*—первый разрѣзъ; *а*—плоскость оживленія во влагалищѣ; *О*—искусственно созданное отверстіе въ мочевой пузырь.

У насъ въ Россіи первая и пока единственная подобная операція была произведена съ успѣхомъ докторами *Соловьевымъ* и *Саковымъ* въ Москвѣ (*Соловьевъ*, «*Случай оперативнаго излѣченія мочеточничко-влагалищной фистулы*». «*Медицинское обозрѣніе*», 1884 г., № 19). Операція была произведена по способу *Landau-Bandl'*я, и только вмѣсто катетера послѣ зашиванія фистулы была оставлена *in situ* гуттаперчевая трубка. Случаи, въ которыхъ почему бы то ни было этимъ путемъ не удастся получить полнаго излѣченія, подлежатъ лѣченію помощью операціи *colpocleisis* съ предварительнымъ наложеніемъ искусственной пузырно-влагалищной фистулы.



Фистулы мочеточнико-маточныя (цервикальныя), наблюдавшіяся впервые въ *Hôpital de la Pitié A. Berard'*омъ и описанныя имъ въ 1841 году, представляютъ еще большія затрудненія въ оперативномъ лѣченіи; до сихъ поръ еще не удалось излѣчить ихъ непосредственнымъ путемъ, и при существованіи совмѣстной пузырно-цервикальной фистулы производится операція *hysteroceleisis*, въ противномъ же случаѣ должна быть образована вновь пузырно-влагалищная фистула, и просвѣтъ влагалища зашить ниже ея (*colpocleisis*).

Вообще, мочеточниковыя фистулы, если ихъ не удастся излѣчить какимъ бы то ни было образомъ, могутъ вполне справедливо дать поводъ къ операціи *nephrectomi'* и, — вырѣзыванія почки, соответствующей пораженному мочеточнику; такъ при фистулѣ мочеточника, открывавшейся на брюшныя стѣнки послѣ операціи оваріотоміи, *Simon* удалилъ лѣвую почку; при мочеточнико-влагалищной фистулѣ *Czerny* удалилъ правую почку, и при мочеточнико-маточной — *Zweifel* лѣвую и *B. Credé jun.* правую. Всѣ случаи окончились полнымъ выздоровленіемъ.

Уходъ за больными послѣ операціи зашиванія моче-влагалищной фистулы представляется въ настоящее время крайне не сложнымъ и существенно ни чѣмъ не отличается отъ такого же послѣ всякой другой операціи, произведенной на влагалищѣ. Еще недавно предлагавшіяся частыя промыванія раны во влагалищѣ и даже постоянная ирригація ея (*Леннеръ*) совершенно оставлены. Защищенная рана, посыпанная въ изобиліи порошкомъ іодоформа, тотчасъ по окончаніи операціи оставляется, на сколько возможно, въ покоѣ. Катетеризація мочевого пузыря и влагалищныя инъекціи производятся только тогда, когда къ этому существуютъ свои показанія. Послѣ болѣе сложныхъ операцій лучше продержатъ больную въ постели дней 8—10; въ обыкновенныхъ же ей позволяется вставать на короткое время, начиная уже съ перваго дня послѣ операціи. Пища легкая, удобоваримая, въ достаточномъ количествѣ. Существующій запоръ устраняется часто примѣняемыми клистирами изъ обыкновенной комнатной воды. Вызывать же запоры опіатами совершенно излишне. При значительно уменьшенномъ въ объемѣ мочевомъ пузырьѣ, при бывшихъ большихъ дефектахъ, показанъ дренажъ ея (см. стр. 201). Шелковые швы мы начинаемъ снимать обыкновенно съ 6 дня, проволоку же гораздо позже. Снимая швы, слѣдуетъ воздерживаться отъ изслѣдованія раны, зажила-ли она, такъ какъ каждое лишнее прикосновеніе къ ея краямъ въ первое время можетъ легко обусловить разрывъ еще рыхло склеенныхъ поверхностей.

При неудавшейся операціи произвольное истеченіе мочи большею частью замѣчается уже на 3—4 день; больныя снова жалуются, что онѣ лежатъ постоянно мокрыми; рѣже уже мы

наблюдаемъ это тотчасъ по снятіи швовъ. Если не произошла полная неудача, и рана не разоплась вся, то обыкновенно заживаетъ только маленькая вторичная фистула на мѣстѣ лежавшаго шва; эти фистулы заживаютъ иногда весьма легко сами собою. Для ускоренія ихъ заживленія въ нѣкоторыхъ случаяхъ показаны прижиганія *Arg. nitrico* или аппаратомъ *Raquelin*'а. Если моча течетъ только иногда, а при извѣстныхъ положеніяхъ больной она остается сухою, то съ успѣхомъ предписывается сохранять на болѣе долгое время это положеніе; фистула, оставаясь болѣе долгое время въ покоѣ, заживаетъ быстрѣе. Спустя 3—4 недѣли послѣ операціи, если остающаяся маленькая фистула не заросла, требуется повтореніе операціи, которая въ большинствѣ случаевъ даетъ уже полное излѣченіе. Фигура площади кровоавленія при ней должна быть произведена такъ, чтобы своимъ длинникомъ она перекрещивала, на сколько возможно, подъ прямымъ угломъ получившійся рубецъ зажившей части бывшей большой фистулы. Встрѣчаются, впрочемъ, такіе случаи, въ которыхъ эта повторенная операція должна быть произведена нѣсколько разъ.

Осложненія въ послѣоперационномъ періодѣ встрѣчаются не особенно часто. Самымъ частымъ является катарръ мочевого пузыря, связанный иногда съ весьма сильными и болѣзненными натугами. Этиологическимъ моментомъ къ его развитію почти всегда служитъ катетеризація или дренажъ мочевого пузыря. Температура, при обычномъ теченіи представляющаяся всегда нормальной, можетъ при этомъ слегка повыситься. Устраняя какъ можно скорѣе употребленіе катетера и назначая наркотическія средства и щелочное питье, обыкновенно удается прекратить весьма скоро безнокошіе больную припадки. Но какъ сильныя натуги, такъ и возможность инфекціи раны со стороны мочевого пузыря могутъ въ этихъ случаяхъ вести къ неполному ея сращенію и тѣмъ обусловить неуспѣшность самой операціи.

Появляющіяся въ первые дни послѣ операціи вторичныя кровотеченія какъ во влагалище, такъ и въ мочевой пузырь могутъ быть очень сильны; въ первомъ случаѣ горячіе души, тампоны и наложеніе еще шва на кровоточащее мѣсто останавливаютъ его своевременно и надежно. Кровотеченія въ мочевой пузырь достигаютъ иногда такой степени, что могутъ обусловить всѣ явленія острой анеміи; крови въ пузырьъ накапливается столько, что онъ сильно растягивается, и его верхняя граница достигаетъ иногда до уровня пупка; развиваются сильныя весьма болѣзненные тенезмы, кровянистая моча извергается только понемногу, и спустя лишь извѣстное время начинаютъ отходить маленькими хлопьями кровяные сгустки. Примѣненіе льда на нижнюю часть живота, клистиры изъ опія и морфій

подъ кожу облегаютъ только до извѣстной степени страданія больной. Нерѣдко зашитая рана подъ вліяніемъ тенезмовъ разрывается сама собою, и кровь изливается во влагалище; если наша помощь застаётъ больную еще во-время, до болѣе значительной потери крови, то, если мы помнимъ расположеніе пораженныхъ sub operatiōne артерій, можно попытаться обкалываніемъ этихъ мѣстъ остановить кровотеченіе. Если это не удастся, то лучше расшить рану и остановить потерю крови изъ кровоточащаго мѣста, чѣмъ, примѣняя не вполне надежныя средства, ждать, пока не произойдетъ разрывъ ея самъ собою.

Въ до-антисептической періодъ сравнительно съ настоящимъ временемъ встрѣчались относительно часто различныя формы инфекціоннаго заболѣванія ранъ. Теперь мы можемъ считать почти совершенно исчезнувшими въ послѣоперационномъ періодѣ заживленія фистулъ различнаго рода флегмоны, лимфангоиты, флебиты, рожу, дифтеритъ и септической перитонитъ, обуславливавшіе въ свое время нерѣдко летальный исходъ. Вслѣдствіе этого и процентъ смертности послѣ операціи понизился весьма значительно и можетъ быть оцѣниваемъ приблизительно въ 2%; болѣе высокіе проценты, какъ, напр., 6,2% *Verneuil*'я, должны находить свое объясненіе въ недостаточно точно проводимой антисептикѣ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи времени послѣ вполне удачныхъ операцій приходится иногда наблюдать развитіе камней мочевого пузыря; нерѣдко этиологическимъ моментомъ является оставшаяся часть шва. Камни эти состоятъ обыкновенно изъ фосфатовъ, мягки и легко могутъ быть раздроблены простымъ корнцангомъ и извлечены *per urethram*. Мнѣ пришлось произвести *colpocystotomiam* при весьма значительной величинѣ камня, развившагося въ теченіе многихъ лѣтъ послѣ операціи зашиванія фистулы и представлявшагося совершенно неподвижнымъ, вслѣдствіе плотнаго соединенія съ областью рубца на мѣстѣ бывшей фистулы.

Какъ бы ни былъ великъ дефектъ въ *septum vesico-vaginale*, если только края его еще могутъ быть до извѣстной степени растянуты и состоятъ изъ здоровой ткани, надежда на успѣхъ операціи непосредственнаго его соединенія не должна считаться потерянной. Случаи, представляющіеся на первый разъ какъ не оперируемые, при повторныхъ изслѣдованіяхъ и проведенномъ точно предварительномъ, подготовительномъ лѣченіи могутъ нерѣдко оказаться еще доступными операціи. Только въ случаяхъ чрезмѣрной потери ткани и при значительныхъ плотныхъ рубцевыхъ приращеніяхъ большихъ участковъ краевъ фистулы къ костямъ можно считать операцію уже не выполнимой и попытаться другимъ путемъ устранить произвольное истеченіе мочи.

При этомъ большія поврежденія *septi vesico-vaginalis* могутъ

быть раздѣлены на двѣ категоріи, во-первыхъ, когда мочеиспускательный каналъ еще на столько сохраненъ, что восстановление произвольнаго держанія мочи можетъ быть еще достигнуто, и, во вторыхъ, случаи, въ которыхъ онъ или совершенно разрушенъ, или же оставшаяся его часть на столько мала, что не можетъ быть и рѣчи о возможности держанія мочи. Въ первомъ рядѣ случаевъ показано производство поперечной облитераціи влагалища (*colpocleisis*), во второмъ — *obliterationo vaginae rectalis*, или же *episcleisis cum fistula vesico-abdominale artificiale*.

Поперечная облитерація влагалища (*colpocleisis*) была уже произведена *Velpeau* въ 1836 году въ *Hôpital de la Charité* («*Le-Double. Du Cleisis Génital*». *Thèse, 1876, сmp. 86*), но безуспѣшно. Полный успѣхъ былъ достигнутъ *G. Simon*'омъ. Въ настоящее время, съ большимъ усовершенствованіемъ техники, операція зашиванія влагалища производится все рѣже и рѣже; но все-таки всрѣчаются случаи, въ которыхъ операція эта должна считаться показанной. Она состоитъ въ томъ, что ниже отверстія фистулы искусственно уничтожается просвѣтъ влагалища пришиваніемъ его стѣнокъ другъ къ другу въ поперечномъ направленіи. Кромѣ чрезмѣрной потери ткани и обширныхъ рубцевыхъ фиксацій краевъ, она производится еще въ неудачныхъ случаяхъ послѣ повторныхъ попытокъ достигнуть сращенія фистулы путемъ непосредственнаго ея зашиванія, причемъ послѣ каждой такой попытки отверстіе свища дѣлается все больше и больше. Нѣкоторые, болѣе сложные случаи фистулъ мочеточнико-влагалищныхъ и особенно мочеточнико-маточныхъ требуютъ, какъ мы уже видѣли, производства этой операціи при совмѣстномъ наложеніи искусственной пузырио-влагалищной фистулы. Мы повторяемъ еще разъ, что съ производствомъ ея не слѣдуетъ торопиться, такъ какъ извѣстны случаи, въ которыхъ послѣ ея производства *Simon*'у удавалось, изслѣдуя черезъ мочевой пузырь, опредѣлять возможность непосредственнаго зашиванія фистулы, и, дѣйствительно, вскрывая зарощенное влагалище, онъ производилъ съ успѣхомъ обычную *fistulorrhaphi*'ю.

Техника производства операціи *colpocleisis* не сложна. Помощью притягиванія крючками передней и задней стѣнки другъ къ другу, мы опредѣляемъ мѣсто, на которомъ всего удобнѣе и при меньшемъ натяженіи этого можно достигнуть. Кромѣ того, мы стараемся выбрать мѣсто тотчасъ подъ фистулою, съ тѣмъ, чтобы облитерація влагалища пришлась какъ можно глубже, и нижній остающійся проходимымъ участокъ былъ на сколько возможно больше. При существующей рубцовой стриктурѣ влагалища, мѣсто окровавленія избирается тотчасъ подъ нимъ. Опредѣливъ такимъ образомъ мѣсто операціи и фиксировавъ его,

окровавленіе слизистой оболочки влагалища производится въ формѣ кольца, занимающаго въ поперечномъ направленіи соответствующія части извѣстнаго участка всѣхъ его стѣнокъ. Окровавленіе можетъ быть произведено скальпелемъ или ножницами; особенно слѣдуетъ обратить вниманіе на то, чтобы точно были окровавлены боковыя стѣнки влагалища. Швы — шелковыя лигатуры — накладываются въ поперечномъ направленіи (рис. 110) по тѣмъ же правиламъ, какъ при *fistulorrhaphi*'и. Затѣмъ, послѣ

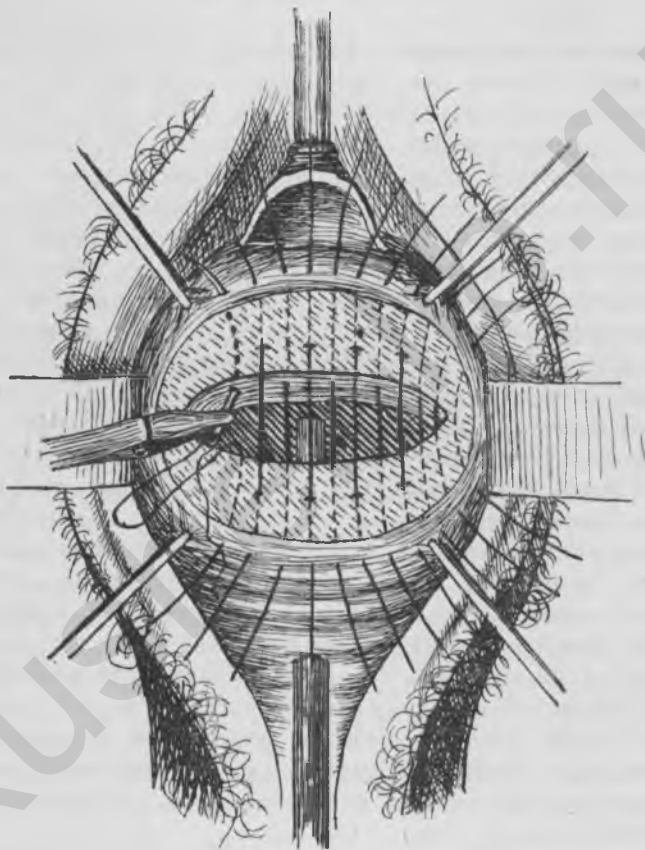


Рис. 110.

того какъ уже всѣ швы наложены, они завязываются, и мы имѣемъ передъ собою полную непроходимость влагалища въ извѣстной его части. Передъ завязываніемъ швовъ слѣдуетъ еще разъ хорошо вымыть вышележащую полость влагалища и обсыпать ее въ достаточномъ количествѣ іодоформомъ. Послѣ операціонное лѣченіе также не сложно, какъ и послѣ зашиванія фи-  
стуль.

Чѣмъ выше произведенъ colpocleisis, тѣмъ можно вѣрнѣе рассчитывать на успѣхъ заживленія сразу. Въ нижнихъ частяхъ влагалища весьма часто, послѣ снятія швовъ, въ одномъ изъ боковыхъ угловъ замѣчается маленькая вторичная фистула, которая нерѣдко можетъ потребовать нѣсколькихъ повторныхъ операцій для своего излѣченія. *Simon* въ одномъ случаѣ экстремданнаго положенія высоко номѣщавшейся фистулы сдѣлалъ частичную косую облитерацію влагалища и именно его свода, соотвѣтствовавшаго мѣстонахожденію дефекта.

При colpocleisis, окончившейся полнымъ выздоровленіемъ, мы имѣемъ надъ искусственно произведеннымъ сращеніемъ просвѣта влагалища одну довольно большую полость, состоящую изъ полости мочевого пузыря и полости верхней части влагалища, — *septum vesico-vaginale* почти совершенно отсутствуетъ (рис. 111). Изъ открывающейся непосредственно въ эту полость матки менструальная кровь и всѣ ея выдѣленія смѣшиваются съ накапливающеюся здѣсь мочою и извергаются затѣмъ черезъ мочеиспускательный каналъ наружу.



Рис. 111.

Теоретическія соображенія, что вслѣдствіе этого могутъ происходить различнаго рода мѣстныя разстройства, не оправдываются для большинства случаевъ. Правда, при этой операціи относительно чаще наблюдается развитіе мочевыхъ камней, чѣмъ послѣ операціи непосредственнаго зашиванія фистулы, но случаи эти все-таки рѣдки и далеко не могутъ считаться за общее правило. Мнѣ самому пришлось наблюдать больную, которая, явившись снова въ клинику черезъ годъ послѣ успѣшной colpocleisis, принесла съ собою камень величиною съ грецкій орѣхъ, обусловившій продыравленіе рубца поперечной облитераціи влагалища и удаленный черезъ это отверстіе самою больною. Операція была повторена, и больная снова, чувствуя себя здоровою, отправилась домой въ деревню.

Операція colpocleisis далеко не можетъ быть поставлена рядомъ съ операціею простаго зашиванія фистулы, такъ какъ результатомъ ея всегда является *impotentia concipiendi*, а иногда и *impotentia coeundi*, хотя, какъ операція, устраняющая непро-

извольное истечение мочи при здоровомъ мочеиспускательномъ каналѣ, она всегда сохранить свое мѣсто въ ряду этихъ операцій.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, при весьма короткой доступной части влагалища, съ цѣлью сдѣлать его длиннѣе — глубже, для уничтоженія *impotentiae coeundi*, *Simon*'омъ была произведена операція *sui generis* пластического удлиненія влагалища. На задней стѣнкѣ влагалища былъ отпрепарованъ четырехугольный лоскутъ, основаніемъ обращенный къ рубцу кольпоклеяза, затѣмъ тотчасъ за этимъ рубцомъ былъ образованъ ходъ кверху въ рыхлой клѣтчаткѣ *septi recto-vaginalis* на пространствѣ 1,5 см., и въ него вшитъ вышесказанный лоскутъ. Больная поправилась и имѣла влагалище на 1,5 см. длиннѣе прежняго. Показанія къ подобной операціи, конечно, весьма относительны, и французы не безъ ироніи называютъ ихъ *opérations par complaisance*.

Мы уже видѣли, что операція *colpocleisis* довольно рѣдко даетъ сразу полное заживленіе окровавленныхъ поверхностей, обыкновенно остаются небольшія отверстія, требующія повторныхъ операцій. Вслѣдствіе этого было-бы весьма неосторожнымъ отпускать больныхъ домой до полного ихъ излѣченія; такъ извѣстны случаи (см. стр. 196), въ которыхъ, не смотря на присутствіе весьма незначительнаго отверстія въ рубцѣ, наступала беременность.

Фистулы пузырно-уретро-влагалищныя, причемъ разрушена большая часть уретры, или же мочеиспускательный каналъ вполнѣ отсутствуетъ, представляютъ самый неблагоприятный прогнозъ для излѣченія ихъ оперативнымъ путемъ. Возстановить способность произвольно задерживать мочу — представляется задачей не только трудною, но иногда и вполнѣ неразрѣшимою. Случаи, въ которыхъ вся уретра или большая часть ея представляется разрушенною, требуютъ, конечно, прежде всего попытокъ возстановленія мочеиспускательнаго канала. Съ этою цѣлью производится операція путемъ окровавленія оставшихся стѣнокъ уретры и соединенія ихъ швами, что въ большинствѣ случаевъ удается весьма трудно и никакъ не можетъ быть поставлено въ параллель съ случаями возстановленія ея при врожденныхъ расщепленіяхъ (*hypospadiâ, epispadiâ*). Такъ какъ остающіяся части стѣнокъ уретры въ большинствѣ случаевъ бываютъ весьма малы, то недостатокъ ихъ старались замѣнить образованіемъ лоскутовъ изъ передней или задней стѣнки влагалища, или же изъ ткани малыхъ губъ и *introitus vaginae*, но, не смотря на то, что пластическая операція удавалась, результатъ ея былъ вполнѣ отрицательный, такъ какъ произвольное держаніе мочи не возстановлялось. Тѣмъ-же недостаткомъ отличается и методъ *Baker-Brown'a* — образовать новый мочеиспускательный каналъ помощью троакара, проведеннаго въ оставшейся ткани подъ лоннымъ соединеніемъ. Не смотря, слѣдовательно, на всѣ эти по-

пытки, больныя остаются все-таки мокрыми, и положеніе ихъ остается такимъ же ужаснымъ, какъ и до операціи.

Предназначенные для задержки мочи различные пелоты и каучуковые клапанообразные аппараты, равно какъ и весьма искусно сдѣланные мочепріемники далеко не удовлетворяютъ практически своей цѣли, больныя все-таки мокры, а быть мокрой слегка или совсѣмъ—не представляетъ для больныхъ большой разницы. Въ такихъ тяжелыхъ случаяхъ, когда всякая надежда на излѣченіе потеряна, могутъ быть примѣнены еще нѣкоторыя попытки, дающія, по крайней мѣрѣ иногда, весьма удовлетворительный успѣхъ. Роль мышечнаго аппарата, задерживающаго мочу, долженъ въ подобныхъ случаяхъ взять на себя *m. sphincter ani*. Производится сначала искусственная фистула въ *septum recto-vaginale* и затѣмъ зашиваются наружныя половыя органы (*episiocleisis*), операція названная *Rose ex 1877 году obliterationo vulvae rectalis* («*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*» Bd. IX). Операція эта, *episiocleisis cum fistula recto-vaginale artificiale*, была произведена впервые въ госпиталь *Cochin* въ Парижѣ *Maisonneuve*'омъ въ 1851 году («*Anatole Le-Double. Du cleisis genital*». *Thèse de Paris. 1876*). Затѣмъ въ 1862 году она была вновь предложена *Da Costa Duaste*, и въ 1875 году, произведена, какъ новая, *Rose* въ Цюрихѣ. За послѣднее время стали являться уже болѣе часто случаи примѣненія этой операціи, и она была произведена *Antal*'емъ («*Arch. f. Gynaek.*», томъ XVI, стр. 304.), *Schroeder*'омъ («*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, X, стр. 126. *Bröse*»), *Cazin*'омъ («*Arch. de Tocologie*» 1881), *v. Dittel*'емъ («*Oestr. med. Jahrb.*» 1881. стр. 563.), *P. Pick*'омъ («*Medical Times*», 1884), *Kaltenbach*'емъ («*Centralbl. f. Gyn.*» 1883, стр. 761.) и *Fritsch*'емъ («*Centralblatt f. Gyn.*» 1885, стр. 404, *Heilbrun*). Кромѣ того *episiocleisis* примѣнялась также и при совмѣстномъ существованіи *fistulae vesico-urethro-vaginalis* и *fistulae recto-vaginalis*; сюда относятся случаи *Baker-Brown*'а (цитир. у *LeDouble l. c.*, стр. 109) и мой (*Протоколы Съезда русскихъ естествоиспытателей и врачей 1876* въ Варшавѣ. Второе засѣданіе секціи научной медицины, стр. 4.). *Maisonneuve (Le Double, l. c.*, стр. 110) произвелъ при этомъ зашиваніе влагалища, такъ какъ фистулы помѣщались достаточно высоко.

*Obliterationo vulvae rectalis* производится слѣдующимъ образомъ: сначала образуется фистула въ *septum recto-vaginale*, причемъ слѣдуетъ имѣть всегда въ виду, что брюшина задняго Дугласова пространства можетъ иногда заходить весьма глубоко между влагалищемъ и прямою кишкою. Операція наложенія искусственной фистулы можетъ быть произведена или со стороны влагалища, или со стороны *recti*. Скалпелемъ производится лучше всего поперечный разрѣзъ въ 1,5 или 2,0 см., и края слизи-



стыхъ оболочекъ пришиваются другъ къ другу. Затѣмъ уже приступаютъ тотчасъ-же къ episioleisis. Изъ боковой поверхности большихъ губъ вырѣзываются лентообразныя полоски ткани въ 1,0 см. шириною, окровавленіе книзу захватываетъ кожу промежности и кверху обходить выше клитора, или тотчасъ подъ нимъ, или же иногда клиторъ при этомъ удаляется (*Schroeder*). Швы накладываются справа налѣво, и рана зашивается. Какъ и при colpocleisis, сразу почти никогда не получается полного заживленія раны episioleisis, и требуется еще нѣсколько повторныхъ операцій.

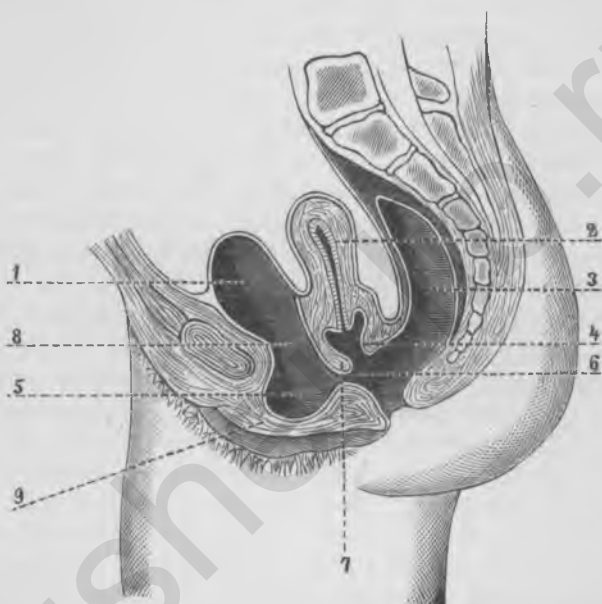


Рис. 112. 1. Мочевой пузырь. 2. Матка. 3. Прямая кишка. 4. Верхній отдѣлъ влагалища. 5. Нижній отдѣлъ влагалища. 6. Искусственная кишечно-вагалищная фистула. 7. Клапанообразная передняя стѣнка влагалища. 8. Слизистая оболочка моч. пузыря. 9. Зашитый входъ во влагалище.

Результатъ относительно держанія мочи получается вполне удовлетворительный, больныя въ теченіе нѣсколькихъ часовъ могутъ держать мочу и совершать мочеиспусканіе произвольно. Опасенія, что слизистая оболочка прямой кишки не будетъ выносить раздраженія мочею, оказались неосновательны; равно какъ и предположенія, что должны развиваться поносы, не подтверждаются на практикѣ,—больныя напротивъ того страдаютъ иногда упорными запорами. Неудача операцій зависитъ болѣе отъ того, что полость, образуемая мочевымъ пузыремъ и влагалищемъ, подвергаясь раздраженію со стороны входящаго въ нее

содержимаго прямой кишки—кала и газовъ, подвергается воспаленіямъ и обусловливаетъ нестерпимыя болѣзненные ощущенія, такъ что рубецъ episiocleisis долженъ быть снова вскрытъ (*Maisonneuve, Schroeder*). Случаи, въ которыхъ больныя въ дальнѣйшемъ теченіи оставались довольны своимъ состояніемъ, объясняются тѣмъ, что отверстіе fistulae recto-vaginalis можетъ помѣщаться такимъ образомъ, что получаетъ отъ сосѣднихъ частей нѣчто въ родѣ кланава, регулирующаго болѣе или менѣе количество проходящихъ черезъ него жидкихъ и газообразныхъ веществъ; прилагаемый рисунокъ случая *Antal'*я (рис. 105) показываетъ, что роль подобнаго клапана играла верхняя часть не вполне разрушенной передней стѣнки влагалища. Благодаря образующимся, еще далеко не вполне выясненнымъ приспособленіямъ, приходится наблюдать явленія, весьма различныя для каждаго отдѣльнаго случая; такъ, напр., въ однихъ случаяхъ моча совершенно не скопляется въ прямой кишкѣ и только при натугахъ проходитъ черезъ нее, въ другихъ же она постоянно находится въ нижнемъ отрѣзкѣ recti, и больныя жалуются на мокрый flatus.

Исслѣдованія на секціонномъ столѣ (случаи *Maisonneuve'*а и *Rose*) подтверждаютъ возможность этой операціи, такъ какъ слизистыя оболочки мочевого пузыря, влагалища и прямой кишки были находимы безъ измѣненій. Имѣя въ виду малочисленность извѣстныхъ до сего времени случаевъ, еще нельзя точно высказаться за достоинство этой операціи, и она можетъ быть пока еще только производима, въ виду полной безпомощности больныхъ и безнадежнаго ихъ состоянія, когда уже все другіе способы лѣченія остались безуспѣшными.

Совершенно то же мы должны сказать и о другой операціи, предложенной и производимой при подобныхъ обстоятельствахъ. *Nussbaum* («*Künstliche Harnwege*», *München, 1883*), основываясь на томъ, что онъ наблюдалъ въ случаяхъ своей практики надъ мужчинами, произвелъ двѣ операціи образованія искусственной пузырно-брюшной фистулы съ послѣдовательнымъ episiocleisis у больныхъ, имѣвшихъ неизлѣчимую пузырно-уретро-влагалищную фистулу. Результатъ получился весьма удовлетворительный; фистула, вновь произведенная изъ мочевого пузыря тотчасъ надъ лоннымъ соединеніемъ, помѣщалась какъ разъ между m. m. recti abdominis и pyramidales. Мышцы эти настолько хорошо обусловливали держаніе мочи, что больныя были постоянно сухи и могли даже произвольно, безъ помощи катетера, опорожнять извѣстное количество мочи. Вообще же, онѣ должны были черезъ каждые два часа вставлять катетеръ во вновь образованный мочеиспускательный каналъ надъ симфизой. Этотъ успѣхъ сравнительно съ ихъ прежнимъ состояніемъ представляется уже весьма достаточнымъ. *Rutenberg* и *Werth* («*Hegar u. Kaltenbach*»,

l. с., стр. 701 и 679) предлагаютъ эту операцію, исходя также изъ той точки зрѣнія, что приспособленіе различнаго рода запирающихъ аппаратовъ и мочепріемниковъ должно представляться гораздо болѣе удобнымъ при надлобковой фистулѣ, чѣмъ при оставляемыхъ отверстіяхъ на мѣстѣ наружныхъ половыхъ органовъ. Оцѣнка и этой операціи — *episocleisis cum fistula vesico-abdominale artificiale* — принадлежитъ также еще будущему.

Намъ осталось еще указать на дальнѣйшее лѣченіе тѣхъ случаевъ, когда послѣ исполнѣнн удавшейся операціи непосредственнаго шиванія фистулы остается недержаніе мочи. Наблюденія указываютъ, что для восстановленія способности держать мочу, бываетъ достаточно, когда отъ мочеиспускательнаго канала остается его наружная часть длиною въ 2,0 см., иногда даже въ 0,5 см.,

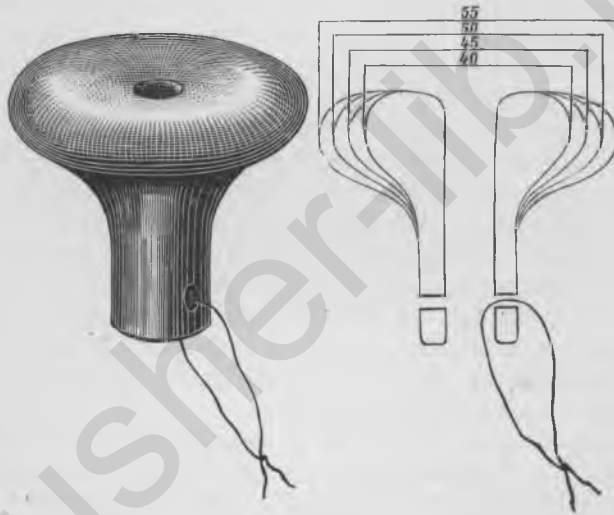


Рис. 113.

если только эта часть представляется совершенно здоровою, и если при этомъ способность мочевого пузыря растягиваться не потеряна. Въ первомъ случаѣ, при достаточно длинномъ остаткѣ мочеиспускательнаго канала и все-таки остающемся произвольномъ истеченіи мочи, приносятъ иногда несомнѣнную пользу методическіе холодные души и примѣненіе электричества въ формѣ прерывистаго тока на нижнюю стѣнку уретры. Во второмъ случаѣ постоянное растяженіе полости мочевого пузыря мало-по-малу уваличиваемыми количествами воды, помощью инъекцій изъ ирригатора или воронки *Negar'a*, даютъ иногда также весьма удовлетворительный результатъ.

Временное закрытіе просвѣта мочеиспускательнаго канала, вслѣдствіе какихъ бы то ни было причинъ потерявшаго способ-

ность сокращаться, можетъ быть достигнуто двумя путями: или лѣченіемъ механическимъ, или же оперативнымъ. Къ первому относится введеніе во влагалище пессаріевъ *Schatz'a* (рис. 113). Пессарій этотъ, сдѣланный изъ твердаго каучука и имѣющій форму воронки, введенный во влагалище своимъ широкимъ концемъ кверху, дѣйствуетъ, какъ коническій клапанъ, придавливая мочеиспускательный каналъ къ лоннымъ костямъ, и только значительный напоръ мочи подѣ влияніемъ произвольнаго сокращенія мышцъ можетъ преодолѣть препятствіе, обусловленное прижатіемъ инструмента. Пессарій *Schatz'a*, приготовленный изъ твердаго каучука, не всегда удобенъ, особенно при нахожденіи въ болѣе значительномъ количествѣ рубцовой ткани въ стѣнкахъ нижнихъ частей влагалища. Простое, извѣстной величины, мягкое кольцо *Mayer'a* или тотъ же пессарій *Schatz'a*, только изъ мягкаго каучука, могутъ также весьма успѣшно обусловливать временную задержку мочи, производя со стороны влагалища достаточно сильное давленіе на нижній отрѣзокъ мочевого пузыря и на уретру. Мнѣ самому приходилось два раза примѣнять этотъ способъ лѣченія послѣ пластическаго восстановленія верхнихъ двухъ третей уретры при полномъ недержаніи мочи, и успѣхъ получался полный.

Обусловить перегибъ уретры оперативнымъ путемъ было предложено *Pawlick'омъ* («*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», VII, стр. 38); вырѣзавъ клиновидный кусокъ ткани сначала съ одной стороны наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, наложивъ швы и выждавъ полного заживленія, то же самое дѣлается и съ другой стороны; въ результатѣ получается поперечное растяженіе стѣнокъ канала и приближеніе верхней его стѣнки къ нижней; кромѣ того, вырѣзая эти клиновидные куски такъ, что верхніе концы ихъ заходятъ выше по направленію къ клитору, получается также смѣщеніе всего *orificii externi urethrae* кверху, и образуется перегибъ мочеиспускательнаго канала. Этотъ перегибъ, съ одновременно достигнутымъ приближеніемъ верхней стѣнки къ нижней, оказался вполне достаточнымъ, чтобы представить механическое препятствіе къ постоянному непроизвольному истеченію мочи.

Иногда, съ цѣлью сѣзуть уретру, бываетъ также достаточно вырѣзать продольно-овальный лоскутъ слизистой оболочки влагалища изъ *septum urethro-vaginale* и, наложивъ поперечно швы, обусловить выстоющую въ просвѣтъ мочеиспускательнаго канала складку ткани.

Если же вся вышесказанная терапія оказывается безуспѣшною, то остается единственный исходъ — или носить мочеприемникъ, или сдѣлать послѣднюю попытку образовать искусственный новый мочеиспускательный каналъ надъ лоннымъ соединеніемъ (см. стр. 229) и зашить старую уретру.

## 2) Влагалищныя фистулы кишечнаго канала.

Влагалищныя фистулы кишечнаго канала встрѣчаются или какъ фистулы прямой кишки (*fistula recto-vaginalis*), или какъ фистулы тонкихъ кишекъ (*fistula ileo-vaginalis*); первыя наблюдаются при томъ гораздо чаще, чѣмъ послѣднія.

### а) Влагалищныя фистулы прямой кишки.

Этіологическимъ моментомъ происхожденія ненормальнаго со-общенія полостей влагалища и прямой кишки чаще всего являются травматическія поврежденія и затѣмъ уже болѣзненные процессы, обуславливающіе изъязвленія тканей стѣнокъ или со стороны влагалища, или же и со стороны прямой кишки.

Между травматическими причинами на первомъ планѣ стоитъ родоразрѣшеніе; разрывы задней стѣнки влагалища, происходящіе при этомъ, могутъ иногда проникать насквозь *septum recto-vaginale* и давать такимъ образомъ фистулу; уже рѣже не проникающій сразу разрывъ подъ вліяніемъ изъязвленія дѣлается таковымъ вторично. — Гангрена, наступающая вслѣдъ за сильнымъ давленіемъ на ткани задней стѣнки влагалища, наблюдается рѣдко и то при особыхъ патологическихъ состояніяхъ. Только въ нижней трети влагалища процессъ этотъ имѣетъ мѣсто при чрезмѣрно долго стоящей головкѣ въ выходѣ таза, при чемъ *fistula recto vaginalis* образуется тотчасъ надъ *sphincter ani* (*Emmet, «The principles and practice of Gynaecology», London, 1879, стр. 653*). Роды, оконченные оперативнымъ путемъ, представляются также нерѣдко исходною точкою происхожденія фистулъ, какъ и, вообще, разрывовъ задней стѣнки.

Послѣ операціи зашиванія глубокихъ разрывовъ промежности, проникающихъ въ прямую кишку, заживленіе получается иногда неполное, при чемъ хорошо заживаетъ только нижній участокъ разрыва, въ верхнемъ же, въ *septum recto-vaginale*, остается влагалищная фистула прямой кишки. Гинекологическія операціи при атрезіи и рубцевыхъ суженіяхъ влагалища, а также и вырѣзываніе опухолей задней стѣнки могутъ случайно дать поводъ къ образованію отверстія въ прямую кишку. Инородныя тѣла влагалища и влагалищныя пессаріи, подобно тому, какъ они могутъ служить причиной образованія фистулы мочевыхъ путей, образуютъ таковыя же и по направленію въ прямую кишку. Постороннія тѣла прямой кишки, обладая особенно острыми краями, обуславливаютъ иногда прободеніе ея

стѣнки по направленію во влагалище; такъ я наблюдалъ, при задержкѣ въ теченіе извѣстнаго времени въ прямой кишкѣ большой кости изъ черепа рыбы, образованіе *fistulae recto-vaginalis* на 3,0 см. выше входа во влагалище. По удаленіи кости ручными приѣмами *per rectum*, фистула зажила сама собою въ теченіе четырехъ недѣль. Также какъ катетеръ былъ уже причиной образованія мочевыхъ фистулъ, такъ и наконечникъ клистирной трубки давалъ поводъ къ происхожденію *fistulae recto-vaginalis*.

Къ заболѣваніямъ влагалища, влекущимъ за собою прободеніе *septi recto-vaginalis*, слѣдуетъ отнести дифтеритъ, гангрену (иногда послѣ тифа), сифилитическія, туберкулезныя (*Chrobak*, «*Wiener medicinische Blätter*», 1887, № 27) язвы и новообразованія. Нарывы, развивающіеся въ клѣтчаткѣ между влагалищемъ и прямою кишкою, а также и въ дугласовомъ пространствѣ, пролагая себѣ путь въ обѣ стороны, даютъ сообщеніе между полостями обоихъ органовъ; тоже наблюдается иногда и при нагноеніи въ мѣшкѣ внѣматочной беременности.

*Fistula recto-vaginalis* можетъ встрѣчаться въ любомъ возрастѣ; такъ у дѣтей она наблюдалась, какъ вслѣдствіе гангрены и язвеннаго воспаленія задней стѣнки влагалища, такъ и вслѣдствіе травматическихъ поврежденій.

Мѣстомъ нахожденія разбираемаго нами свища представляется обыкновенно нижнія двѣ трети задней стѣнки влагалища, въ верхней же трети онъ встрѣчается только относительно рѣдко. Величина его бываетъ крайне различна — отъ едва видимаго отверстія до почти полнаго разрушенія *septi recto-vaginalis*. Большею частью отверстіе кругло или поперечно щелеобразно, рѣдко оно сохраняетъ форму разрыва по длинѣ задней стѣнки, края его обыкновенно тонки, особенно въ средней трети влагалища; иногда же свищъ имѣетъ форму воронки, широкимъ концомъ своимъ обращенной или во влагалище, или въ прямую кишку, смотря по тому, съ которой стороны начался процессъ разрушенія. Абсцессы, вскрывающіеся въ обѣ полости, оставляютъ послѣ себя фистулу обыкновенно въ формѣ болѣе или менѣе длиннаго канала, отверстія котораго во влагалищѣ и въ прямой кишкѣ не лежатъ на одномъ уровнѣ, а одно помѣщается выше другого. Края обыкновенно свободны и только въ рѣдкихъ случаяхъ, при совмѣстномъ присутствіи значительныхъ рубцевыхъ образованій, они представляются болѣе или менѣе приращенными къ крестцовой кости или къ копчику. Фистулы, помѣщающіяся въ нижней трети влагалища, рѣдко находятся по срединной линіи, большею же частью онѣ наблюдаются рядомъ съ *colonna rugarum posterior*; въ случаяхъ разрывовъ, огибающихъ съ обѣихъ сторонъ эту послѣднюю, свищъ можетъ помѣщаться тотчасъ подъ нею и быть ею прикрыта на подобіе лоскутообраз-

наго клапана. Фистулы, выше лежащія, также нерѣдко представляются смѣщенными въ одну изъ сторонъ рубцевыми образованиями.

Влагалищная фистула прямой кишки нерѣдко осложняется совмѣстнымъ существованіемъ пузырно-влагалищнаго свища и болѣе или менѣе значительно выраженными рубцевыми стенозами влагалища. Къ весьма рѣдкимъ наблюдавшимся осложнениямъ относится выпаденіе во влагалище черезъ отверстіе фистулы инвертированной части S-образной кривизны толстой кишки (*Winckel*). Выпавшая часть представляла мѣстныя приращенія своей слизистой оболочки къ краю *fistulae recto-vaginalis* и обуславливала такимъ образомъ происхожденіе нѣсколькихъ отверстій. *Breisky* видѣлъ рядомъ съ влагалищною фистулою прямой кишки разрывъ задняго свода, черезъ который выпала во влагалище разорвавшаяся и вывернувшаяся дермоидная киста яичника, обусловившая отхожденіе черезъ влагалище волосъ въ теченіе довольно продолжительнаго времени.

Непроизвольное отхожденіе кала (*incontinentia alvi*) и газовъ (*incontinentia flatuum*) представляютъ самый главный и самый тягостный *симптомъ* заболѣванія. Свищи различной величины и характеръ кала обуславливаютъ то болѣе, то менѣе постоянное присутствіе этого припадка. Вслѣдствіе болѣе или менѣе постоянной примѣси каловыхъ массъ къ выдѣленіямъ влагалища, слизистая оболочка его представляетъ различныя степени воспалительныхъ явленій, точно также какъ и наружные половые органы и кожа внутренней поверхности бедеръ у женщинъ не чисто плотныхъ.

Присутствіе влагалищныхъ фистулъ прямой кишки, особенно если онѣ не особенно велики, и если непроизвольное изверженіе кала не постоянно, не обуславливаютъ ни *impotentia coeundi*, ни *impotentia concipiendi*. Больныя забеременѣваютъ и могутъ родить въ срокъ, причемъ свищъ въ теченіе родового акта обыкновенно увеличивается, но въ дальнѣйшемъ теченіи времени можетъ самопроизвольно зажить подъ вліяніемъ этой травмы. Вообще, *fistula recto-vaginalis* представляетъ большую склонность къ самопроизвольному уменьшенію своихъ размѣровъ, переходящему нерѣдко въ самопроизвольное излѣченіе. Общее состояніе здоровья больныхъ иногда значительно подорвано, и не разъ уже наблюдалось развитіе хроническихъ заболѣваній (чахотка). Фистулы, въ основѣ которыхъ лежитъ изъязвленіе новообразованія, какъ, напр., раковаго, постоянно прогрессируютъ вплоть до летальнаго исхода заболѣванія.

**Распознаваніе** въ большей части случаевъ не представляетъ большого затрудненія, и только при фистулахъ незначительной величины мы должны прибѣгать къ проведенію черезъ свищъ зонда, а обыкновенно верхушка пальца, введеннаго въ прямую кишку,

бываетъ уже видна со стороны влагалища. Для опредѣленія фистулъ незначительной величины должно быть точно изслѣдовано *septum recto-vaginale* двумя пальцами, причемъ одинъ палецъ вводится въ *rectum*, другой во влагалище, и такимъ образомъ, имѣя ее между ними, уже легко можетъ быть опредѣлено присутствіе даже весьма небольшого отверстія. При еще меньшей величинѣ свища можетъ потребоваться также инъекція молока или какой-либо другой окрашенной жидкости въ прямую кишку, съ цѣлью воочію убѣдиться въ сообщенія полостей влагалища и прямой кишки. Возможность смѣшать непроизвольное отхожденіе газовъ и кала изъ влагалища съ *garrulitas vulvæ sive vulva loquaх* и съ случайно во влагалище попавшимъ каломъ вполне устранивается точнымъ изслѣдованіемъ и тѣмъ болѣе повторнымъ.

**Предсказаніе** привлагалищной фистулъ прямой кишки не можетъ въ настоящее время считаться также особенно неблагоприятнымъ. Терпѣніе, настойчивость и хорошая техника оператора обыкновенно преодолеваютъ иногда довольно значительныя затрудненія оперативнаго лѣченія этихъ свищей.

**Лѣченіе.** Фистулы, обусловленныя распаденіемъ раковаго новообразованія, обыкновенно неизлѣчимы, за исключеніемъ только относительно рѣдкихъ случаевъ, въ которыхъ новообразование не заняло еще большого пространства и можетъ быть удалено все вмѣстѣ съ фистулою. Экстирпировавъ всю опухоль и образуя вмѣстѣ съ тѣмъ болѣе или менѣе значительный дефектъ въ *septum recto-vaginale*, зашиваютъ этотъ послѣдній *lege artis*, и случай можетъ считаться излѣченнымъ настолько, насколько это, вообще, возможно при удаленіи раковыхъ новообразованій.

При констатированной влагалищной фистулѣ прямой кишки тотчасъ послѣ родовъ показано немедленное наложеніе швовъ на разорванныя части задней стѣнки влагалища. Успѣхъ получается въ большинствѣ случаевъ полный. Если время для немедленной операціи пропущено, или фистула образовалась только на 3—4 день *post partum*, слѣдуетъ выжидать до конца послѣродового періода и, поддерживая чистоту, наблюдать, не произойдетъ-ли самопроизвольнаго зарощенія, такъ какъ случай этого послѣдняго далеко не рѣдки. При остающейся небольшой фистулѣ съ не особенно тонкими краями, лѣченіе ея помощью прижиганія вполне умѣстно; *Arg. nitricum*, *Acid. nitricum fumans*, *Tinctura cantharidum* и каленое желѣзо уже не разъ обуславливали полное заживленіе фистулы и притомъ гораздо легче и чаще, чѣмъ такихъ же небольшихъ фистулъ моче-влагалищныхъ.

Фистулы, обладающія тонкими краями и большой величиною, требуютъ операціи окровавленія краевъ съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ. Операція эта далеко не всегда представляется легкой, какъ со стороны техники, вслѣдствіе иногда



весьма трудной доступности свища, такъ и со стороны полученія полного заживленія, которое довольно часто нарушается переменнымъ состояніемъ краевъ раны, не пользующихся необходимымъ покоемъ, вслѣдствіе сократительной дѣятельности *septi recto-vaginalis* и нерѣдкаго попаданія со стороны *recti* кала въ неплотно прилежащіе участки раны. Операция производится или со стороны влагалища, или со стороны расщепленной промежности, или же со стороны прямой кишки. Выборъ одного изъ этихъ методовъ обыкновенно рѣшается на основаніи мѣста нахождения фистулы и ея доступности, а также и основываясь на неудачахъ предшествовавшихъ операций.

Операция со стороны влагалища имѣетъ весьма много общаго съ операцией зашиванія моче-влагалищныхъ фистулъ. Если во влагалищѣ находятся значительныя рубцевыя суженія, то до операции примѣняется подготовительное лѣченіе *Вогетан*'а, какъ и при пузырно-влагалищныхъ свищахъ. Доступною для операции фистула дѣлается помощью влагалищныхъ подъемниковъ, пулевыхъ щипцовъ и крючковъ, смѣщающихъ ее ближе ко входу во влагалище, а также и помощью пальца, введеннаго въ прямую кишку и выпячивающаго впередъ и внизъ *septum recto-vaginale*. Передъ началомъ операции въ прямую кишку вводится хорошо дезинфицированный ватный тампонъ, чтобы каловыя массы не мѣшали во время операции. Окровавленіе производится по тѣмъ же принципамъ, какъ и при *fistula vesico-vaginalis*. Швы — шелкъ или проволока — накладываются такъ, чтобы не захватывать много слизистой оболочки прямой кишки, и лучше иглы со стороны *recti* выводить на границѣ слизистой оболочки, не захватывая ее вовсе, такъ какъ въ противномъ случаѣ во время завязыванія швовъ весьма легко получается заворотъ складокъ во внутрь зашиваемой раны; при большихъ свищахъ и широкой, плоской площади окровавленія, глубокіе швы должны чередоваться съ болѣе поверхностными. Форма фистулы указываетъ на то, въ какомъ направленіи она должна быть зашита — въ поперечномъ или продольномъ; первое представляется болѣе выгоднымъ при фистулахъ большихъ размѣровъ, такъ какъ смѣщаемость слизистой оболочки влагалища сверху внизъ больше, чѣмъ справа налѣво.

При свищахъ, обладающихъ весьма малыми краями и крайне бѣдными здоровою тканью, окровавленіе съ успѣхомъ можетъ быть произведено такимъ образомъ, что край фистулы расщепляется, подобно тому, какъ мы уже это видѣли при производствѣ операции зашиванія глубокаго разрыва промежности по *Lawson Tait*'у (см. стр. 180). Выгода такого способа окровавленія, называемаго французскими хирургами *dedoublement*, та же, что и при сказанной операции. *Schauta* («*Centralblatt f. Gynaecol.*» 1886. № 30, стр. 485) считаетъ для нѣко-

торыхъ случаевъ гораздо болѣе вѣрнымъ успѣхъ операціи при производствѣ площади окровавленія при *fistula recto-vaginalis* на подобіе того, какъ оно производится при *colporrhaphia posterior*: онъ производитъ, слѣдовательно, операцію сшиванія задней стѣнки влагалища, приче́мъ уже, такъ сказать, между прочимъ зашивается и сама фистула; выгода этого приема заключается въ полученіи весьма большой площади окровавленія и болѣе плотнаго и стойкаго соприкосновенія раны при наложенныхъ швахъ; на фистулу при этомъ можно наложить отдѣльно швы изъ *catgut'a*, не трогая слизистой оболочки прямой кишки. При весьма значительной потерѣ ткани *septi recto-vaginalis* *Simon* произвелъ операцію такимъ образомъ, что пришилъ переднюю губу матки къ нижнему краю свища, получилось полное язвѣченіе, и отверстіе матки было обращено въ полость прямой кишки, такъ что больная менструировала *per rectum*. При весьма большихъ дефектахъ примѣнялся также методъ трансплантаціи лоскутовъ кожи большихъ губъ и промежности.

Принимая во вниманіе, что техника операціи зашиванія промежности достигла извѣстнаго совершенства, и что на заживленіе послѣ нея всегда можно разсчитывать, примѣняется методъ зашиванія *fistulae recto-vaginalis* со стороны расщепленной промежности. Въ случаяхъ трудной доступности фистулы, она можетъ быть весьма хорошо и удобно окровавлена, если произвести разрѣзъ всей, ниже ея лежащей части *septi recto-vaginalis*, т. е. искусственно образовать глубокой, полный разрывъ промежности. Благодаря этому, фистула помѣщается какъ разъ въ верхнемъ углу этого разрѣза, и края ея дѣлаются легко доступными; производится достаточно широкое окровавленіе ихъ, и вся рана зашивается такимъ образомъ, какъ это дѣлается при операціи зашиванія разрыва промежности (см. стр. 171). Если бы по расщепленіи промежности послѣдняя оказалась весьма тонкою, такъ что получившаяся поверхность разрѣза была бы значительно узка, то обыкновенно производится окровавленіе съ цѣлью сдѣлать ее шире и, зашивъ, получить промежность нормальнаго объема.

Послѣ неудачныхъ попытокъ зашить кишечно-влагалищный свищъ со стороны влагалища или со стороны расщепленной промежности, и при болѣе легкой доступности его *per rectum*, операція зашиванія производится со стороны прямой кишки. Весьма широкая промежность и присутствіе стеноза влагалища, рубцевую ткань котораго по какой бы то ни было причинѣ считается неудобнымъ удалить, служатъ также показаніями къ этому методу операціи. Захлороформировавъ больную, мы растягиваемъ заднепроходное отверстіе помощью тѣхъ же зеркалъ и подъемниковъ, какъ и *introitus vaginae*, и, также захватывая пулевыми щипцами и крючками слизистую оболочку передней

стѣнки recti, смѣщаемъ фистулу на сколько возможно внизъ. Окровавленіе и наложеніе швовъ производится по тѣмъ же правиламъ, какъ и при зашиваніи свища со стороны влагалища, съ тою только разницею, что здѣсь въ шовъ захватывается и слизистая оболочка прямой кишки.

Операция зашиванія влагалищной фистулы прямой кишки обыкновенно даетъ полное заживленіе, если только края ея были достаточно широко и хорошо окровавлены, и если при завязываніи швовъ края слизистой оболочки recti не завернулись на раненую поверхность. Процентъ смертности отъ этой операціи представляется еще меньшимъ, чѣмъ при fistula vesico-vaginalis.

Послѣоперационное лѣченіе также просто; рана, засыпанная порошкомъ іодоформа, оставляется въ покоѣ; влагалищныя инъекціи и промыванія со стороны прямой кишки производятся только при существованіи извѣстныхъ показаній. Для устраненія растяженія прямой кишки газами, мы вставляемъ въ задній проходъ на нѣсколько дней каучуковую дренажную трубку. Больная, кишечный каналъ которой былъ достаточно опорожненъ до операціи, получаетъ всю первую недѣлю только жидкую пищу и молоко. На четвертый день дается приѣмъ ol. ricini для устраненія возможности скопленія болѣе твердыхъ каловыхъ массъ въ прямой кишкѣ. Передъ первымъ испражненіемъ послѣ операціи вводится въ прямую кишку помощью клистира большое количество прованскаго масла (3j—3ij). Съ пятаго дня, если существуетъ склонность къ запорамъ, больная получаетъ среднія соли (горькая вода) для поддержанія правильныхъ жидкихъ испражнений. Снимать швы торопиться не слѣдуетъ, и мы оставляемъ ихъ, если нѣтъ никакихъ особенныхъ показаній, покойно лежать 2—4 недѣли.

### б) Влагалищныя фистулы тонкихъ кишекъ.

При существованіи сращеній петель тонкихъ кишекъ, помѣщающихся въ cavum recto-uterinum, съ брюшиною, покрывающею эту полость, можетъ состояться сообщеніе между полостью влагалища и полостью одной изъ приращенныхъ кишечныхъ петель. Это ненормальное сообщеніе — fistula stercoralis vaginae s. ileo-vaginalis — происходитъ или вслѣдствіе разрыва задняго свода во время родовъ, преимущественно при примѣненіи акушерскихъ инструментовъ, или вслѣдствіе болѣзненныхъ язвенныхъ процессовъ, локализирующихся въ заднемъ сводѣ (гангрена, дифтеритъ, абсцессы и др.). Прижиганія шейки матки, произведенныя небрежно или неумѣло, могутъ обусловить развитіе струпа въ заднемъ сводѣ съ послѣдовательною fistula ileo-vaginalis; такъ извѣстенъ подобный случай при прижиганіи Kali caustico.

Свищи тонкой кишки помѣщаются исключительно только въ заднемъ сводѣ влагалища, и, какъ рѣдкое исключеніе при *enterocoele vaginalis anterior*, онѣ могутъ помѣщаться также и въ переднемъ.

Разрывы шейки матки и задняго свода влагалища, происшедшіе во время родовъ и обусловившіе выпаденіе кишечныхъ петель, могутъ также вызвать омертвѣніе болѣе или менѣе значительнаго куска тонкой кишки. Омертвѣвшая часть, достигающая иногда до фута и болѣе длины, или отваливается сама собою, или удаляется искусственно самою больною, или даже неумѣлою рукою, желающею все-таки оказать пособіе. Вслѣдствіе этого получается, благодаря наступающему приращенію концовъ кишки на мѣстѣ ущемленія, *anus praeternaturalis ileo-vaginalis*. Такого рода обширная травма наблюдалась при акушерскихъ пособіяхъ, подаваемыхъ людьми совершенно незнакомыми съ дѣломъ; такъ однажды нѣкій родоразрѣшитель введенною во влагалище рукою, съ цѣлью произвести искусственное удаленіе послѣда, разорвалъ задній сводъ, вошелъ въ полость брюшины и вмѣсто послѣда вывелъ наружу конгломератъ петель тонкихъ кишекъ. Извѣстенъ только одинъ случай, происшедшій не у беременной женщины, а у 10-ти-лѣтней дѣвочки, при изнасилованіи которой былъ разорванъ задній сводъ съ выпаденіемъ кишекъ.

Опорожненіе черезъ влагалище жидкаго содержимаго тонкихъ кишекъ представляетъ главный симптомъ даннаго заболѣванія, причемъ при *fistula ileo-vaginalis* извергается только часть его, другая же поступаетъ въ нижній отрѣзокъ кишечнаго канала, и больная, слѣдовательно, время отъ времени имѣютъ произвольныя испражненія кала. При *anus praeternaturalis vaginalis* извергается во влагалище все содержимое, и больная совершенно не имѣютъ испражненій черезъ задне-проходное отверстіе; при этомъ онѣ значительно худѣютъ и жалуются на постоянно мучащій ихъ голодь. Часть кишечнаго канала, лежащая ниже мѣста нарушенной цѣлости, спадается и можетъ иногда даже совершенно облитерироваться. — Влагалище и наружные половые органы въ обоихъ случаяхъ представляются въ различной степени воспаленными, вслѣдствіе раздраженія, производимаго постоянно истекающимъ жидкимъ содержимымъ кишекъ.

Дифференціальныи діагнозъ между фистулами тонкой и прямой кишки основывается, во-первыхъ, на изслѣдованіи извергаемаго изъ влагалища содержимаго, которое, представляя въ одномъ случаѣ всѣ особенности *chylus'a*, а въ другомъ — уже готоваго кала, довольно легко даетъ данныя для отличія ихъ другъ отъ друга; во-вторыхъ, должно быть доказано всегда помощью инъекцій молока или окрашенныхъ жидкостей въ прямую кишку присутствіе или отсутствіе ненормальнаго ея сообщенія съ влагалищемъ. — Мѣсто свища на протяженіи тонкой кишки

можетъ быть приблизительно оцѣнено по количеству времени, потребному для прохожденія пищевыхъ массъ до нея, для чего къ пищѣ подмѣшиваются не измѣняющіяся при пищевареніи вещества, какъ, напр., *Semina lycopodii*.

*Fistula ileo-vaginalis* и *anus praeternaturalis* отличаются при изслѣдованіи другъ отъ друга тѣмъ, что введенный въ отверстие фистулы зондъ можетъ быть проведенъ въ обѣ стороны при *fistula ileo-vaginalis*, такъ какъ отверстие въ кишкѣ только пристѣнное, и просвѣтъ ея одинаково продолжается въ обѣ стороны. При *anus praeternaturalis vaginalis* почти всегда имѣются во влагалищѣ два отверстия, и зондъ, введенный въ нихъ, идетъ только въ одномъ направленіи; при существованіи одного только отверстия, расширяя его и вводя палецъ, легко прощупываются глубже существующія два отверстия и характерный край раздѣляющей ихъ перегородки. Въ случаѣ облитерациі нижняго отрѣзка кишечнаго канала, во влагалище открывается только одно отверстие, и введенный въ него зондъ идетъ только въ одномъ направленіи. Кромѣ объективнаго изслѣдованія и припадковъ для дифференціального распознаванія въ данномъ случаѣ важенъ и анамнезъ, указывающій на выпаденіе петель кишекъ и омертвѣніе или удаленіе части ихъ.

Влагалищныя свищи тонкихъ кишекъ представляютъ прогвозъ значительно худшій, чѣмъ таковыя же прямой кишки, такъ какъ, во-первыхъ, присутствіе первыхъ гораздо болѣе вредно отражается на общемъ состояніи больныхъ, и, во-вторыхъ, оперативный путь излѣченія ихъ сопряженъ съ гораздо болѣшими затрудненіями и болѣшими опасностями для больной.

**Лѣченіе.** Небольшія фистулы могутъ представлять иногда самопроизвольное зараненіе; случаи излѣченія ихъ помощью прижиганій также извѣстны. Свищи же большой величины и *anus praeternaturalis* требуютъ всегда оперативнаго вмѣшательства. Операція *fistulae ileo-vaginalis* по technikѣ своего производства ничѣмъ не отличается отъ таковой же при фистулахъ пузырьно-влагалищныхъ; первая представляется только обыкновенно болѣе трудно доступною, и, слѣдовательно, операція представляетъ болѣшія затрудненія. Смотра по тому, на какомъ странствѣ существуетъ приращеніе нетли тонкой кишки къ брюшинѣ, покрывающей задній сводъ влагалища, возможность раненія брюшины будетъ болѣе или менѣе легкою; но и здѣсь, производя операцію со всѣми антисептическими предосторожностями, мы можемъ тщательнымъ наложеніемъ шва предупредить развитіе иногда столь опасныхъ воспаленій.

При лѣченіи *anus praeternaturalis vaginalis* самымъ рациональнымъ методомъ представляется методъ превращенія его въ простую фистулу тонкой кишки съ послѣдовательнымъ зашиваніемъ ея. При рѣдкости, вообще, случаевъ *anus praeternaturalis*

vaginalis операція эта была успѣшно произведена всего только одинъ разъ *O. Weber* омъ и *Heine*. Превращеніе въ простую фистулу было достигнуто тѣмъ, что на перегородку, раздѣляющую оба отверстія кишки во влагалище, были наложены такъ называемыя кишечныя ножницы *Dupuytren*'а, слегка измѣненные сообразно данному случаю; инструментъ этотъ, дѣйствуя какъ жомъ, въ теченіе нѣсколькихъ дней обусловилъ разрушеніе этой перегородки, и такимъ образомъ получилась простая fistula ileo-vaginalis, которая и была *Heine* зашита съ полнымъ успѣхомъ.

Другіе, предлагавшіеся для этой же цѣли методы уже далеко не такъ рациональны, такъ какъ ими не достигается возстановленіе просвѣта кишки на мѣстѣ нарушенія ея цѣлости, а верхній конецъ ея отводится въ прямую кишку (*Jobert* и *Casamayor*). *Simon* для этой цѣли предлагаетъ производить искусственную fistula recto-vaginalis и затѣмъ ниже ея зашивать просвѣтъ влагалища (colpocleisis). Вполнѣ рациональнымъ можетъ считаться методъ, предложенный *Roux* еще въ 1828 г. (*Breisky*, l. c., стр. 780): чревосъченіе, освобожденіе приращенныхъ концовъ кишечнаго канала и затѣмъ соединеніе ихъ кишечнымъ пивомъ. Въ настоящее время методъ этотъ уже далеко не такъ страшенъ, какъ онъ былъ во времена *Roux*, и, имѣя въ основѣ своей вѣрный принципъ, онъ можетъ быть примѣненъ въ подходящемъ случаѣ.

## X. V a g i n i s m u s.

Подъ названіемъ вагинизма мы подразумѣваемъ тоническое сокращеніе окружающихъ влагалище и соседнихъ съ ними мышцъ, обусловливающее значительное суженіе просвѣта влагалища и болѣею частью сопровождающееся сильными болевыми ощущеніями. Мышцы, принимающія участіе въ этомъ спазмѣ, относятся какъ къ поперечно-исчерченнымъ произвольнымъ (*mm. constrictor cunni, levator ani, sphincter ani, ischio-cavernosus, transversi perinei*) (рис. 114), такъ и къ гладкимъ мышцамъ непроизвольнаго движенія (мышцы стѣнокъ влагалища, а, можетъ быть, также сокращаются одновременно и мышцы матки). Иногда кромѣ тоническаго сокращенія мышцъ произвольнаго движенія, продолжающагося болѣе или менѣе долгое время, приходится наблюдать развивающіяся контрактуры ихъ, какъ, напр., мышцы, поднимающей задній проходъ, образующей значительное суженіе на протяженіи просвѣта влагалища.

Не всѣ перечисленныя мышцы сокращаются всегда одновременно; такъ при незначительныхъ степеняхъ вагинизма сокращаются только мышцы входа во влагалище, мышцы же тазового дна не принимаютъ въ этомъ участія; въ случаяхъ же сильно выраженного страданія онѣ сокращаются всѣ, обуславливая при этомъ также значительное приподыманіе всего тазового дна. Болѣе рѣдко встрѣчается обособленное сокращеніе только одного m. levatoris ani. Сокращеніе мышцъ можетъ при вагинизмѣ на столько сильно сжимать просвѣтъ влагалища, что введенный въ это время палецъ обхва-



Рис. 114.

тывается стѣнками влагалища настолько сильно, что теряетъ способность осязанія совершенно такъ-же, какъ это иногда наблюдается при сокращеніяхъ матки во время акушерскаго поворота, когда рука, находящаяся въ ней, нѣмѣетъ и теряетъ осязаніе. При наружномъ изслѣдованіи sphincter ani при этомъ представляется на столько сильно сокращеннымъ, что даетъ ощущение шара изъ слоновой кости, и одна изъ больныхъ *M. Sims'a* предполагала, что у нея развилась опухоль въ заднемъ проходѣ, и просила вырѣзать ее («*Gebär-*

*mutter-Chirurgie*», 1873, стр. 265).

**Этиологія.** Изъ опредѣленія болѣзни мы видимъ, что она представляетъ только симптомъ, могущій развиваться подъ вліяніемъ различныхъ причинъ. Мы различаемъ развивающійся первично и вторично вагинизмъ. Первичный вагинизмъ встрѣчается, вообще, весьма рѣдко и находится въ связи съ извѣстными мѣстными состояніями раздраженія спинного мозга. Области 7-го и 8-го спинныхъ позвонковъ при этомъ нерѣдко представляются весьма болѣзненными при легкомъ давленіи. Извѣстенъ также случай *neuralgiae vulvo-vaginalis*, появлявшейся поочередно съ *neuralgia facialis*. При первичномъ вагинизмѣ мы не находимъ

обыкновенно никаких мѣстныхъ измѣненій входа во влагалище и сосѣднихъ частей; являясь, какъ чистый неврозъ, онъ можетъ быть локализованъ только на одной сторонѣ; иногда онъ развивается подъ вліяніемъ сладострастныхъ сновъ, и только сильныя боли будятъ больную (*M. Duncan*, «*Clinical lectures*». 1883, стр. 143).

Гораздо чаще приходится наблюдать развитіе вагинизма вторично, путемъ рефлекса, совершенно такъ, какъ мы это видимъ при блефароспазмѣ, развивающемся вслѣдъ за кератитами. На наружныхъ половыхъ органахъ и сосѣднихъ съ ними частяхъ развиваются иногда измѣненія, связанная съ весьма сильными болевыми ощущениями, дающими при малѣйшемъ къ нимъ прикосновеніи рефлексъ на подлежащія мышцы. Очевидно, что сокращенія ихъ будутъ легче вызываемы и рѣзче выражены у субъектовъ, обладающихъ, вообще, повышенной рефлекторною возбудимостью подъ вліяніемъ какихъ бы то не было причинъ; особенно съ этой стороны рѣзки явленія вагинизма у истеричекъ. Мѣстныя измѣненія, представляющія исходную точку для вторичнаго, рефлекторнаго вагинизма, встрѣчаются на слизистой оболочкѣ половой щели, на дѣвственной плевѣ, на мочеиспускательномъ каналѣ, у заднепроходнаго отверстія, а также и на влагалищѣ, маткѣ и яичникахъ.

Чаще всего приходится встрѣчать измѣненія наружныхъ половыхъ органовъ и дѣвственной плевы. Область задней спайки (*comissura posterior*) при этомъ представляетъ иногда весьма болѣзненное при дотрогиваніи, сильно переполненное кровью красное пятно (*painful red spot* англійскихъ авторовъ), имѣющее всѣ особенности мѣстнаго воспалительнаго процесса, развивающагося обыкновенно при попыткахъ перваго coitus, не совершаемаго вполнѣ. Эти воспалительныя измѣненія области *fossae navicularis* наблюдаются нерѣдко при извѣстномъ анатомическомъ расположеніи наружныхъ половыхъ частей, именно при очень высоко помѣщенной vulva, такъ что между лонною дугою и *comissura posterior* остается только относительно незначительное пространство, и *penis*, не находя свободно путь въ *introitus vaginae*, наноситъ болѣе или менѣе значительную травму ладьеобразной ямкѣ; при этомъ могутъ иногда получаться незначительной величины надрывы слизистой оболочки какъ въ этой области, такъ и у мочеиспускательнаго канала и клитора, не заживая скоро, вслѣдствіе повторяющейся травмы при неполномъ совокупленіи, они нагнаиваются и обусловливаютъ чрезвычайно сильное болевое ощущеніе. Болѣзненность половыхъ частей при зараженіи трипернымъ ядомъ, при первыхъ совокупленіяхъ, и явленія *vulvitis* при онанизмѣ — могутъ также вызывать рефлекторный спазмъ мышцъ, окружающихъ влагалище; то же наблюдалось и при заболѣваніи Барто-



линовыхъ желѣзъ. *Simpson* удалялъ маленькія невромы, сидѣвшія подѣ слизистой оболочкой наружныхъ половыхъ частей, и тѣмъ устранялъ тяжелые припадки вагинизма.

Часто встрѣчающаяся гиперестезія дѣвственной плевы, какъ причина развивающагося тоническаго сокращенія мышцъ, считается нѣкоторыми авторами (*Winckel*) за единственную причину вагинизма, причемъ они забываютъ совершенно случаи послѣдняго, въ которыхъ эта гиперестезія отсутствуетъ, или когда, не смотря на удаленіе всего гимена, вагинизмъ нисколько не уменьшается и продолжаетъ существовать далѣе. Какъ на дѣвственной плевѣ, такъ и на слизистой оболочкѣ наружныхъ половыхъ органовъ *M. Duncan* (I. с. стр. 147) наблюдалъ развитіе язвеннаго процесса, принимаемаго имъ за *lupus*; эти весьма болѣзненные язвочки вызывали рѣзко выраженный спазмъ мышцъ влагалища. Остающіяся отъ дѣвственной плевы послѣ родовъ *carunculae myrtiformes* иногда могутъ быть, благодаря рѣзко выраженной болѣзненности при дотрагиваніи, также источникомъ вагинизма. Изъ заболѣваній мочеиспускательнаго канала мы укажемъ на весьма болѣзненные карукулы его наружнаго отверстія и на случаи расширенія его при неудачныхъ попыткахъ къ *coitus'u*, когда онъ мало-по-малу расширяется и дѣлается весьма болѣзненнымъ. Трещины задняго прохода, дающія, какъ извѣстно, весьма сильныя болевые ощущенія, могутъ быть также причиною развитія вагинизма. Въ этомъ же направленіи весьма важно знать, что и болѣзненные мѣста, лежащія выше во влагалищѣ и на маткѣ, а также и опущенія яичниковъ были уже наблюдаемы, какъ исходныя точки разбираемаго нами страданія. Изъ общихъ заболѣваній вагинизмъ наблюдался при отравленіяхъ свинцомъ (*Neftel. «Centralbl. f. med. Wissenschaft.» 1868, № 52.*)

**Припадки.** Главный симптомъ, по которому обыкновенно больныя обращаютъ вниманіе на болѣзнь, это — невозможность *coitus'a*. Вслѣдствіе сокращенія мышцъ до уничтоженія просвѣта влагалища и сильной боли, введеніе чего бы то ни было во влагалище дѣлается совершенно невозможнымъ. Вслѣдствіе этого болѣзнь встрѣчается чаще у женщинъ, недавно вышедшихъ замужъ. Вагинизмъ встрѣчается также и у дѣвушекъ, но остается весьма долгое время не признаннымъ и опредѣляется только при изслѣдованіи, при попыткѣ ввести палецъ во влагалище. Въ данномъ случаѣ его не слѣдуетъ смѣшивать съ нормальною существующею извѣстною степенью болѣзненности дѣвственной плевы, которая ощущается всегда большими при проведеніи пальца черезъ гименальное кольцо.

При упомянутыхъ уже нами неудачныхъ первыхъ попыткахъ къ *coitus'u* или развиваются мѣстныя измѣненія, обуславливающія страшную болѣзненность совокупленія (*dyspareunia*), или же вслѣдствіе сильнаго первнаго возбужденія, осо-

бенно при нѣкоторой импотенціи мужа, довольно быстро являются припадки *irritatio spinalis* съ значительно развитымъ тоническимъ сокращеніемъ всѣхъ мышцъ тазоваго дна, или только извѣстной ихъ группы. Вольныя дѣлаются нервно-раздражительными, много плачутъ, теряютъ сонъ и аппетитъ, начинаютъ быстро худѣть и изъ цвѣтущей дѣвушки до замужества превращаются въ блѣдную, худую, истерическую женщину, душевное состояніе которой нерѣдко уже весьма близко къ психозу. Супружеская жизнь съ самаго начала является пыткой какъ для самой больной, такъ и для ея мужа; начинаются вопросы о разводѣ. Вотъ въ это-то время большею частью больныя и обращаются за нашею помощію. Иногда поразительна медленность, съ которою больныя приходятъ къ убѣжденію о своей гинекологической формѣ заболѣванія и попадаютъ къ гинекологу только черезъ весьма долгое время; такъ *M. Sims* видѣлъ случай, въ которомъ, какъ онъ выражается, въ теченіе четверти столѣтія женщина, бывшая замужемъ, оставалась дѣвою. Я видѣлъ случай, какъ въ теченіе 10 лѣтъ супружеской жизни, вслѣдствіе вагинизма, совершенно анатомически нормальный гименъ оставался цѣлымъ, не смотря на многочисленныя попытки къ совершенію *coitus'a* мужемъ, обладавшимъ полною способностью къ половой жизни. Такая медленность въ опредѣленіи причины страданія и смиреніе, съ которымъ ему подчиняются какъ больная, такъ и ея мужъ, встрѣчаются относительно все-таки рѣдко, и намъ приходится наблюдать случаи обыкновенно въ началѣ ихъ развитія.

Для изслѣдованія предполагающагося вагинизма, мы кладемъ больную на спину съ согнутыми ногами и стараемся развести въ стороны большія губы, чтобы точно осмотрѣть слизистую оболочку наружныхъ половыхъ частей. Больная при этомъ въ сильномъ страхѣ, крайне возбуждена, не оттого, что мы причиняемъ ей боль, но уже только отъ мысли, что таковая можетъ быть причинена. Картина этого страха индивидульно различна и зависитъ, вообще, отъ степени уже существующихъ разстройствъ ея нервной системы. Въ сильно выраженныхъ случаяхъ первичнаго вагинизма уже простое прикосновеніе къ большимъ губамъ, или только движеніе руки, указывающее больной на возможность такого прикосновенія, вызываетъ полную картину тонического сокращенія мышцъ тазоваго дна, а также и *m. m. adductores femoris*. Ноги такъ сильно сжимаются, что нѣтъ возможности одному ихъ расжать. изслѣдованіе немислимо. Если больная переноситъ прикосновеніе руки къ кожѣ наружныхъ половыхъ частей, то, раздвигая большія губы, мы изслѣдуемъ чувствительность помощію прикосновенія пуговкою маточнаго зонда; при этомъ мы также ничего не достигаемъ, такъ какъ болѣзненность повсюду такъ велика, что достаточно прикосновенія лишь струи воздуха, чтобы получился спазмъ, и даль-

нѣйшее изслѣдованіе стало-бы невозможнымъ; мы убѣждаемся только, такъ сказать, въ разлитой повышенной чувствительности, не ограниченной какимъ-нибудь небольшимъ участкомъ. Дальнѣйшее изслѣдованіе должно быть уже произведено подъ наркозомъ, во время котораго мы можемъ убѣдиться, что предъ нами нѣтъ никакихъ мѣстныхъ измѣненій какъ наружныхъ половыхъ частей, такъ и дѣвственной плевы.

При вторичномъ вагинизмѣ' помощью прикосновенія зондомъ мы можемъ уже вполне удовлетворительно опредѣлить болѣзненное мѣсто и при этомъ такъ

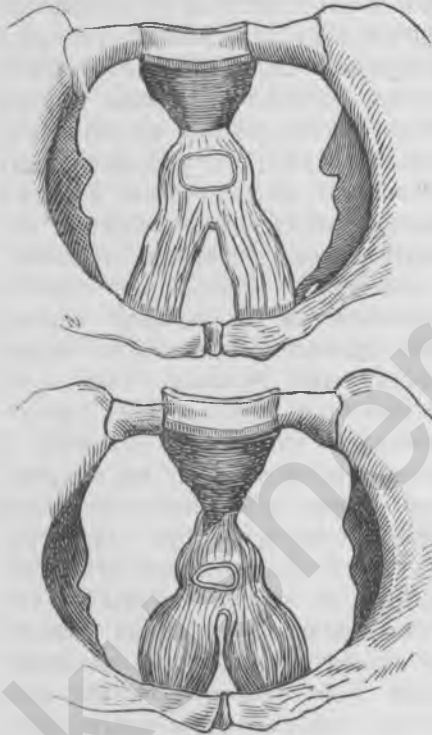


Рис. 115.

же констатировать, какъ явленія воспалительныя, такъ и присутствіе трещинъ на половой щели или у *anus'a*, или разраженій около наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Нупен въ значительномъ числѣ случаевъ представляетъ также только мѣстную, ограниченную гиперестезію. При дотрогиваніи къ болящему мѣсту сразу же наступаетъ спазмъ мышцъ; мы видимъ, какъ входъ во влагалище плотно закрывается, все тазовое дно приподымается, дѣлается плотнымъ, *sphincter ani* рѣзко обозначается. Изолированное сокращеніе только извѣстныхъ мышцъ далеко уже не такъ болѣзненно, какъ одновременное всѣхъ; сокращеніе только *constrictoris cunni* при нѣкоторомъ терпѣніи и осторожности можетъ быть преодолѣно изслѣдую-

щимъ пальцемъ, и внутреннее гинекологическое изслѣдованіе можетъ быть произведено. То же самое наблюдается и при изолированномъ тоническомъ сокращеніи *m. levatoris ani*.

Извѣстно, что нѣкоторыя женщины обладаютъ на столько хорошо развитою этою мышцею и совершенно подчиненною волѣ, что могутъ весьма значительно сокращать ее произвольно. Наблюденія *Budin'a* удостовѣряютъ насъ въ этомъ. Сокращенія *levatoris ani* сужаютъ просвѣтъ влагалища съ боковъ и сзади, сильно прижимая его къ симфизу, какъ это показала *Hilde-*

*brand.* Шемы этой мышцы (рис. 115) въ состояніи пооя и сокращенія разъясняютъ ея отношеніе къ влагалищу. *Budin*, вводя во влагалище женщины, обладавшей способностью произвольно сокращать levator ani, цилиндръ изъ мягкаго воска, получалъ отпечатокъ суженія влагалища, производимаго этою мышцею. Суженіе это на цилиндрѣ получалось въ формѣ кольца, при чемъ передняя часть его по всей вѣроятности зависѣла отъ сильнаго прижатія цилиндра къ костямъ передней стѣнки таза. *Zweifel* (*Billroth und Luecke's «Handbuch d. Frauenkr.»*, III, стр. 304.) выражаетъ сомнѣніе, что кольцо, получающееся на влагалищѣ, обусловливается сокращеніемъ m. levatoris ani, и предполагаетъ, что въ этомъ принимаютъ участіе мышцы, заложенныя непосредственно въ стѣнкѣ влагалища; изслѣдованія *Budin'a* на женщинахъ, произвольно вызывающихъ это кольцо сокращенія, несомнѣнно указываютъ анатомическое мѣсто этого кольца, занимающаго какъ разъ положеніе m. levatoris ani.

Тоническое, произвольное сокращеніе m. levatoris ani, обуславливающее суженіе влагалища на его протяженіи, получило названіе vaginismus superior. Наблюдается оно подъ конецъ сокупуленія и при этомъ не вызываетъ болевыхъ ощущеній. Сокращеніе мышцы производитъ кольцеобразное суженіе просвѣта влагалища; такъ по крайней мѣрѣ оно представляется при изслѣдованіи; кольцо это помѣщается во влагалищѣ индивидуально различно, отъ 2,0 до 5,0 см. надъ его входомъ. *Sims*, не зная, что передъ нимъ сократившійся levator ani, наблюдая его сокращенія, предположилъ о существованіи особаго втораго верхняго констриктора влагалища и считалъ его роль весьма важною при вопросѣ объ оплодотвореніи. Чрезмѣрное тоническое сокращеніе этой мышцы можетъ обусловить подъ конецъ сокупуленія ущемленіе penis'a во влагалищѣ, такъ что извлечь его обратно оказывается невозможнымъ (penis captivus). M. levator ani, участвуя въ спазмѣ всѣхъ мышцъ тазового дна, въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ вагинизма, вмѣстѣ съ сокращеніемъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ влагалища, обуславливаетъ полную непроходимость его, и, не смотря на примѣненіе весьма значительной силы, проникнуть во влагалище не удается.

Vaginismus, какъ мы видѣли, можетъ продолжаться годы, прежде чѣмъ больныя обратятся за помощію; результатомъ его при невозможности coitus'a является безплодіе. Впрочемъ, уже не разъ наблюдались случаи, въ которыхъ при неполномъ сокупуленіи только между наружными половыми частями sperma все-таки проникала во влагалище, и при цѣлой дѣвственной левѣ наступало забеременѣваніе. Американскіе врачи нерѣдко примѣняютъ наркозъ для возможности coitus'a, рассчитывая на то, что послѣ родовъ явленія вагинизма пропадутъ. Дѣйствительно,

для многихъ случаевъ излѣченіе вагинизма послѣ родовъ и послѣ связаннаго съ ними разрыва сокращающихся мышцъ представляетъ несомнѣнный фактъ, но остается еще весьма большое число случаевъ, въ которыхъ этого не наблюдается вовсе, или поступаетъ только незначительное облегченіе. Въ рѣдкихъ случаяхъ развитіе вагинизма наблюдалось именно какъ разъ за бывшими родами и ставилось въ связь съ разрывомъ какой-нибудь незначительной величины нервной вѣточки съ послѣдовательнымъ травматическимъ невритомъ.

Тоническое сокращеніе мышцъ тазового дна во время родового акта можетъ представить иногда весьма значительное препятствіе поступательному движенію подлежащей части. Особенно контрактура *m. levatoris ani* бываетъ при этомъ такъ значительно выражена, что уже для устраненія ея представляется не достаточнымъ примѣненіе наркоза, и роды должны быть окончены оперативнымъ путемъ.

И такъ, мы видимъ, что *vaginismus* можетъ дать себя знать или сразу, при первомъ же совокупленіи, или же онъ развивается мало-по-малу при неудачныхъ попыткахъ къ *coitus*'у, при особенностяхъ со стороны самой женщины или ея мужа. Нерѣдки также случаи, когда онъ обнаруживается уже послѣ долгой половой жизни вслѣдствіе присоединяющихся заболѣваній наружныхъ половыхъ частей и даже послѣ уже имѣвшаго мѣсто родового акта. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ онъ можетъ быть опредѣленъ и у дѣвушекъ до начала половой жизни.

Распознаваніе вагинизма не трудно; тоническое сокращеніе мышцъ опредѣляется легко. Гораздо труднѣе уже представляется установить причину, подъ влияніемъ которой развиваются припадки вагинизма. Точное изслѣдованіе наружныхъ половыхъ органовъ необходимо; въ большей части случаевъ при этомъ долженъ быть примѣненъ наркозъ. Кромѣ того изслѣдованіе матки, яичниковъ и окружающихъ ихъ частей, при отсутствіи измѣненій снаружи, должно быть произведено также весьма тщательно. Не слѣдуетъ забывать, что и болѣзни заднепроходнаго отверстія могутъ дать поводъ къ развитію тонического сокращенія мышцъ тазового дна. Изслѣдованіе общаго состоянія организма, особенно нервной системы, въ случаяхъ первичнаго вагинизма должно стоять на первомъ планѣ; при вторичномъ оно также весьма важно; такъ на почвѣ функциональныхъ разстройствъ нервной системы явленія вагинизма развиваются гораздо легче, и припадки его представляются гораздо болѣе интенсивно выраженными.

Теченіе болѣзни — длительное, при неустраненной причинѣ можетъ продолжаться годами и даже десятки лѣтъ; особенно это относится къ случаямъ первичнаго вагинизма и вагинизма, развивающагося подъ влияніемъ постоянно продолжаемыхъ попы-

токъ къ совокупленію со стороны импотентнаго мужа. Вагинизмъ новобрачныхъ, встрѣчаясь весьма часто, съ наступленіемъ правильнаго coitus'a нерѣдко проходитъ самъ собою; сюда же относятся случаи вульвитовъ, вызывающихъ спазмъ мышцъ, — по излѣченіи ихъ безъ вмѣшательства врача вагинизмъ какъ бы проходитъ самъ собою.

**Предсказаніе** нельзя считать неблагоприятнымъ, такъ какъ терапия наша даетъ весьма удовлетворительные результаты. Болѣзнь никогда не угрожаетъ летальнымъ исходомъ. Долгое существованіе же ея весьма вредно отзывается, какъ на общемъ состояніи здоровья, такъ и на правильномъ ходѣ супружеской жизни, — больныя очень несчастны. Случаи первичнаго вагинизма, вообще, поддаются лѣченію болѣе трудно, чѣмъ случаи вторичнаго, но и въ самыхъ трудныхъ и тяжелыхъ случаяхъ настойчивость и терпѣніе, какъ врача, такъ и больной, въ концѣ концовъ все-таки преодолѣваютъ эти затрудненія, и больныя выздоравливаютъ.

**Лѣченіе.** Главною задачею терапии является—удовлетворить причинному показанію. Всякія попытки къ coitus'у во время лѣченія должны быть строго запрещены. При первичномъ вагинизмѣ все вниманіе должно быть обращено на общее лѣченіе, особенно большую пользу въ этихъ случаяхъ приносятъ гидротерапія и, если возможно, временная перемѣна обстановки вседневной жизни больной.

Точное знакомство съ причиною, вызывающею рефлексъ при вторичномъ вагинизмѣ, только одно гарантируетъ успѣшность нашей терапии, такъ какъ она заключается въ мѣстномъ лѣченіи констатированныхъ измѣненій половыхъ органовъ больной. Терапія при *hymen hyperaestheticum* уже изложена въ соответствующей главѣ (см. стр. 19) и заключается главнымъ образомъ въ оперативномъ удаленіи всей дѣвственной плевы (*hymenectomy*); при этомъ, какъ мы уже совѣтовали, слѣдуетъ всегда зашивать тонкимъ шелкомъ получающуюся циркулярную рану входа во влагалище, иначе легко получается при заживленіи *per secundam* весьма болѣзненный при дотрогиваніи рубецъ, дающій въ свою очередь исходную точку для рефлекторнаго спазма мышцъ, окружающихъ влагалище. Уже *M. Sims* описываетъ возможность такой болѣзненной точки на мѣстѣ рубца, съ удаленіемъ которой наступало уже полное излѣченіе. Совершенно подобную же случайность и мнѣ пришлось наблюдать у больной послѣ *hymenectomy*; швы послѣ операции, по небрежности больной, не были удалены во-время, и два рядомъ лежащіе шва дали нагноеніе и прорѣзались; развился на пространствѣ менѣе діаметра горошины плотный, бѣлый, весьма болѣзненный рубецъ, и припадки вагинизма, хотя и уменьшились, но все-таки препятствовали совершенію правильнаго coitus'a; удаленіе этой бо-

лѣзненной точки съ послѣдовательнымъ наложеніемъ четырехъ швовъ сразу устранило вагинизмъ.

Лѣчение травматическаго vulvitis, развившагося при попыткахъ неполнаго совокупленія, устраненіемъ этихъ послѣднихъ идетъ весьма успѣшно при мѣстномъ примѣненіи чистоты и примочекъ изъ легко вяжущихъ средствъ. Язвы и трещины, констатируемыя на слизистой оболочкѣ наружныхъ половыхъ органовъ и заднепроходнаго отверстія, требуютъ энергичныхъ прижиганій Arg. nitr. или каленымъ желѣзомъ *Raquelin* a. Fissura ani съ успѣхомъ лѣчится насильственнымъ ручнымъ растяженіемъ sphincteris ani. Весьма болѣзненные карункулы наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала должны быть тщательно удалены оперативнымъ путемъ; въ случаяхъ воронкообразнаго расширенія этого отверстія, вслѣдствіе несознательныхъ попытокъ производить coitus въ него, должно быть предпринято оперативное суженіе его. *Schroeder (l. c., стр. 528)* для этой цѣли расщепляетъ въ обѣ стороны расширенную часть мочеиспускательнаго канала и вырѣзаетъ изъ нея клиновидные куски; при наложеніи швовъ слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы суженное этимъ путемъ отверстіе было смѣщено нѣсколько болѣе кпереди. Не слѣдуетъ также игнорировать встрѣчающіяся при вагинизмѣ заболѣванія матки и яичниковъ, требующія соотвѣтственнаго лѣченія, такъ какъ и болѣзни этихъ органовъ могутъ въ свою очередь быть исходною точкою рефлекторнаго вагинизма.

При симптоматическомъ лѣченіи, когда причина, производящая болѣзнь, намъ не извѣстна или не устранима, показано нарушеніе цѣлости мышцъ, суживающихъ просвѣтъ влагалища. Оно производится или помощью разрѣза, или же безкровнымъ путемъ. Первое предложено *M. Sims*'омъ и извѣстно подъ именемъ его операціи. *M. Sims* предложилъ шему шаблоннаго лѣченія вагинизма, примѣняемаго имъ во всякомъ встрѣчающемся случаѣ. Сначала производится humentomia, затѣмъ разрѣзъ мышцъ, сжимающихъ входъ во влагалище, съ послѣдовательнымъ введеніемъ въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени стеклянныхъ или каучуковыхъ бужей, имѣющихъ форму цилиндрическихъ зеркалъ. Разрѣзъ производится слѣдующимъ образомъ: больной въ состояніи наркоза вводятся во влагалище два пальца лѣвой руки и ими поперечно растягиваютъ introitus vaginae, затѣмъ обыкновеннымъ скальпелемъ производится по разрѣзу съ каждой стороны внизъ и кнутри по направленію къ промежности, на которой они оба соединяются въ одинъ, такъ что вся форма разрѣза получаетъ видъ буквы Y.

Нарушеніе цѣлости мышцъ можно получить также весьма удовлетворительно помощью ихъ разрыва, не нарушая при этомъ цѣлости покрывающихъ ихъ тканей; захлороформированной боль-

ной вводятъ во влагалище указательные пальцы обѣихъ рукъ или и по два пальца каждой руки и затѣмъ съ силою растягиваютъ входъ во влагалище, насколько только возможно; при этомъ иногда бываетъ хорошо ощутимъ своего рода трескъ, происходящій при разрывѣ мышцы. Послѣдовательнаго расширенія цилиндрическими толстыми бужами можно и не употреблять, такъ какъ результатъ операціи и безъ того получается удовлетвори- тельный. До производства операціи никогда не слѣдуетъ забывать — получить достаточно точное свѣденіе о способности мужа совершать coitus; иначе терапія наша далеко не будетъ имѣть того успѣха, который ей обыкновенно присущъ.

При сильныхъ болевыхъ ощущеніяхъ показано примѣненіе наркотическихъ; самая лучшая форма ихъ примѣненія — подкожныя инъекціи морфія въ область внутренней поверхности бедеръ. Suppositoria или globuli vaginales изъ морфія (gr.  $\frac{1}{4}$  на  $\frac{3}{3}$  But. Cacao), Extr. opii aquos. (gr.  $\frac{j}{\beta}$  — gr.  $\frac{jj}{\text{pro dosi}}$ ), Extr. Belladonnae (gr.  $\frac{j}{\text{p. d.}}$ ), Kalii bromati (gr.  $\frac{vjij}{\text{—gr. X, p. d.}}$ ) и др. приносятъ иногда значительное облегченіе, но встрѣчаются случаи, когда они совершенно не примѣнимы, такъ какъ ввести ихъ во влагалище оказывается совершенно невозможнымъ. Примѣненіе cocaini muriatici въ видѣ 5%—10% вазелиновой мази, втираемой во входъ влагалища ~~передъ~~ ~~каждымъ~~ совокупленіемъ, имѣетъ больше значеніе средства, дѣйствующаго на психику (Львовъ (Казань), «Русская Медицина», 1885 года, № 24.). Подвергать больную наркозу для возможности производства coitus'a, по примѣру американскихъ врачей, едва ли у насъ можетъ быть примѣнено, тѣмъ болѣе, что и конечная цѣль — забеременѣваніе и роды, — какъ мы уже видѣли, не могутъ считаться вѣрнымъ средствомъ, излѣчивающимъ вагинизмъ.

Во время родового акта вагинизмъ обыкновенно не представляетъ болѣе или менѣе значительнаго препятствія, и только, какъ исключительно рѣдкій случай, сократившійся m. levator ani можетъ представить таковое. Извѣстны случаи, въ которыхъ онъ былъ принятъ за рубцовое суженіе влагалища (см. стр. 32), съ цѣлью устраненія котораго были произведены надрѣзы. Примѣненіе наркоза обыкновенно бываетъ достаточно, чтобы устранить этотъ спазмъ; но тѣмъ не мѣнѣе извѣстно уже нѣсколько случаевъ, когда потребовалось наложеніе щипцовъ, чтобы окончить при этомъ роды; однажды оказалась необходимой даже перфорация головки живого плода (F. Benicke. «Ueber Geburtsstörungen durch die weichen Geburtswege. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.», II, 1878, стр. 262).

При явленіи penis captivus, если намъ приходится наблюдать самый припадокъ, наиболѣе надежнымъ средствомъ будетъ, конечно, хлороформированіе больной; при даже не совершенно полномъ наркозѣ m. levator ani расслабляется, и ущемленіе penis'a



во влагалищѣ проходить. На сколько этого же можно достигнуть предложеннымъ, на основаніи теоретическихъ соображеній, расширеніемъ m. sphincteris ani введеннымъ въ прямую кишку пальцемъ, д-ръ Генрихсенъ (Одесса), («*Archiv f. Gynaekologie*», XXIII, 1884, стр. 64), предлагающій эту манипуляцію, не говорить, такъ какъ на практикѣ ему не приходилось примѣнять ее.

Для устраниенія возможности тонического сокращенія мышцъ при вагинизмѣ, *Simpson* производилъ подкожно перерѣзку *N. pudendi* и получалъ хорошіе результаты. Съ другой стороны, извѣстны случаи, въ которыхъ подобная перерѣзка оставалась совершенно безуспѣшной. Справедливо при этомъ обвиняется самъ методъ операціи: перерѣзка производится подкожно, и мы не можемъ быть никогда убѣждены, былъ-ли нервъ дѣйствительно перерѣзанъ; кромѣ того, въ подобныхъ случаяхъ вѣрнѣе производить не перерѣзку только нерва, но вырѣзываніе извѣстной длины куска его, чтобы предотвратить mogućее снова послѣдовать сращеніе перерѣзанныхъ концовъ его.

# БОЛѢЗНИ МАТКИ.

## I. Пороки развитія.

Въ концѣ перваго мѣсяца внутриутробной жизни у зародыша появляются Мюллеровы ходы въ видѣ парнаго органа, имѣющаго свою исходную точку въ Вольфовыхъ тѣлахъ; вначалѣ эти ходы не имѣютъ просвѣта и состоятъ сплошь изъ клѣточныхъ элементовъ, и только мало-по-малу они дѣлаются полыми, причемъ просвѣтъ начинается появляться сверху внизъ; — въ это время они, каждый отдѣльно, нижнимъ своимъ концомъ открываются въ область будущаго *sinus urogenitalis*.

Мюллеровы ходы при дальнѣйшемъ развитіи индивидуума женскаго пола идутъ на образование Фаллопиевыхъ трубъ, матки и влагалища, причемъ матка развивается изъ ихъ среднихъ третей путемъ ихъ слитія воедино, — нижнія же трети, сливаясь между собою, образуютъ влагалище.

Это преобразование парнаго органа въ одинъ непарный начинается со втораго мѣсяца зародышевой жизни; первою точкою, на которой начинается ихъ взаимное соединеніе, а далѣе и полное слитіе, представляется граница между среднею и нижнею третями, — область будущей влагалищной части матки; затѣмъ соединеніе это распространяется на ихъ нижнія трети (влагалище), и уже только послѣ этого начинаютъ сливаться средняя треть (матка) по направленію снизу вверхъ. — Въ началѣ третьяго мѣсяца они прилежатъ только весьма близко другъ къ другу, и просвѣты ихъ еще вполнѣ сохраняютъ свою самостоятельность, и только съ этого времени стѣнки обоихъ ходовъ, служившія на мѣстѣ своего соприкосновенія перегородкою между обоими просвѣтами, начинаютъ пропадать, и оба просвѣта сливаются въ одинъ. Это слитіе, какъ уже сказано, начинается снизу и только постепенно идетъ кверху, такъ что влагалище представляетъ одинъ просвѣтъ ранѣе, чѣмъ матка. У зародыша на 8—9 недѣль его развитія можно уже констатировать почти полное слитіе влагалищныхъ частей Мюллеровыхъ ходовъ въ одинъ полный органъ, тогда какъ матка представляется еще состоящей изъ двухъ отдѣльныхъ частей (рис. 116). Въ теченіе всего третьяго и четвертаго мѣсяца слитіе среднихъ третей Мюллеровыхъ хо-

довъ мало-по-малу подвигается впередъ, и уже къ пятому мѣсяцу зародышевой жизни оно совершенно заканчивается.

Въ это же время, верхнія трети Мюллеровыхъ ходовъ начинаютъ принимать положеніе и характеръ Фаллопиевыхъ трубъ, причемъ всегда на мѣстѣ перехода ихъ въ маточныя части Мюллеровыхъ ходовъ рѣзко опредѣлимо мѣсто отхожденія круглыхъ маточныхъ связокъ (*ligg. rotunda*). Постоянство этого анатомическаго мѣста отхожденія круглыхъ маточныхъ связокъ отъ границы между среднею и верхнею третью Мюллеровыхъ ходовъ, т. е. между маткою и Фаллопиевыми трубами, какъ мы увидимъ ниже, представляется весьма важнымъ, иногда даже почти единственнымъ признакомъ для рѣшенія вопроса о характерѣ и анатомической классификаціи даннаго порока развитія матки.

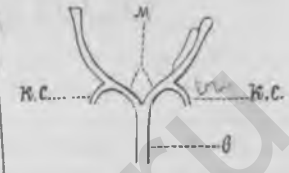


Рис. 116.  
и — влагалище; м — 2 рога будущей матки; к. с. — круглыя связки.

Въ то время, какъ маточныя части Мюллеровыхъ ходовъ слились между собою во всей нижней части, приблизительно до половины всей своей длины, въ концѣ третьяго мѣсяца зародышевой жизни на мѣстѣ перехода ихъ въ нижнія (влагалищныя) трети, уже вполне слившіяся, начинаетъ развиваться циркулярное возвышеніе, все болѣе и болѣе проминирующее въ просвѣтъ полового канала и представляющее начало развитія *portio vaginalis uteri* съ своимъ *orificium externum* (рис. 117). Въ это время *portio vaginalis*, не обладающая еще въ изобиліи гладкими мышечными волокнами и имѣющая пока характеръ складки, весьма напоминаетъ собою циркулярную дѣвственную плеву, такъ что анатомическій характеръ перехода влагалища въ наружныя половыя органы во время внѣутробной жизни имѣетъ полную аналогію въ характерѣ перехода полости матки (шейка) въ полость влагалища во внутриутробной; здѣсь, какъ и тамъ, одна полость переходитъ въ другую не непосредственно, а имѣетъ на границѣ своей складку ткани, впячивающуюся въ нижележащее пространство. — Нѣсколько позже, чѣмъ *orificium externum uteri*, начинаетъ дифференцироваться и *orificium internum*, — граница между полостью тѣла матки и шейки ея.

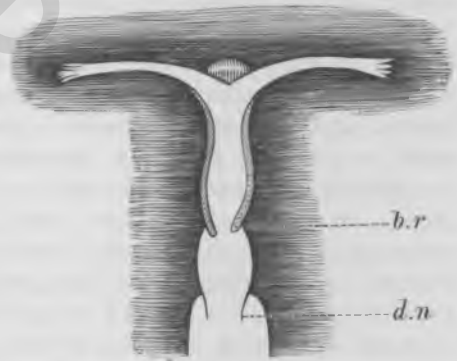


Рис. 117. d. n. — дѣвственная плева; b. r. — влагалищная часть матки.

Въ дальнѣйшемъ теченіи зародышевой жизни матка мало-по-малу получаетъ все болѣе и болѣе толстыя стѣнки; въ полости шейки на внутренней поверхности ея стѣнокъ начинаютъ ясно обрисовываться складки — *arbor vitae*; полость тѣла матки пріобрѣтаетъ свою характерную треугольную форму; дно (*fundus*) представляется хорошо развитымъ, такъ что къ концу внутриутробной жизни не остается и слѣда бывшаго раздѣленія матки на двѣ части, ея раздвоенія. Весьма важно, въ виду болѣе яснаго пониманія происхожденія различныхъ видовъ пороковъ развитія матки, отметить еще разъ то обстоятельство, что фомированіе матки идетъ снизу вверхъ и при томъ такъ, что нижняя ея часть (шейка) представляется уже въ видѣ одного полаго органа, тогда какъ верхняя еще раздвояна и состоитъ изъ двухъ совершенно самостоятельныхъ частей.

Матка новорожденной дѣвочки (*uterus foetalis s. infantilis*) еще далеко не представляется вполне законченной въ своемъ развитіи; тѣло ея (*corpus uteri*) сравнительно съ шейкою весьма мало, стѣнки его тонки, и въ полости могутъ быть иногда ясно различимы вѣтвящіяся складки, продолжающіяся сюда изъ полости шейки; *orificium internum* еще далеко не рѣзко выражено. Шейка же, напротивъ того, сравнительно велика, стѣнки ея толсты, *orificium externum* нерѣдко зияетъ, иногда даже въ состояніи выворота (*ectropion*). Первые годы жизни остаются почти безъ всякаго вліянія на дальнѣйшее развитіе и ростъ матки, и только, приближаясь къ періоду наступленія половой зрѣлости, мы замѣчаемъ начинающійся ростъ тѣла матки, такъ что оно по толщинѣ своихъ стѣнокъ и по своему объему начинаетъ значительно превалировать надъ шейкою. Полость матки рѣзко отдѣляется отъ таковой же шейки, и эта послѣдняя принимаетъ также мало-по-малу всѣ особенности, свойственныя шейкѣ вполне развитой матки. Вполнѣ законченною въ своемъ развитіи матка представляется, какъ это считаетъ *P. Müller*, на двадцатомъ году жизни женщины и можетъ, слѣдовательно, функционировать — забеременѣвать и рожать — еще ранѣе окончанія своего полного развитія.

Вышеприведенная краткая шема исторіи развитія матки дѣлаетъ болѣе удобопонятными ея пороки развитія, которые могутъ быть резюмированы въ нижеслѣдующемъ порядкѣ. — Подъ вліяніемъ болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ мѣстныхъ нарушеній питанія, въ формѣ ли зародышевыхъ воспаленій, или давленія со стороны сосѣднихъ частей, можетъ развиться полная неспособность къ дальнѣйшему развитію извѣстныхъ отдѣловъ Мюллеровыхъ ходовъ. При дѣйствіи этой причины въ очень ранній періодъ на маточную часть Мюллеровыхъ ходовъ получается полный дефектъ развитія матки, или она представляетъ только рудиментъ своего развитія. При такомъ дефектѣ или ру-

диментъ только одного Мюллерова хода и при одновременномъ исполнѣннѣ достаточномъ развитіи другого въ дальнѣйшемъ теченіи времени мы имѣемъ предъ собою однорогую матку, съ полнымъ дефектомъ другой стороны, или же съ рудиментарнымъ развитіемъ другого рога. Причина, обуславливающая полную невозможность дальнѣйшаго развитія, можетъ дѣйствовать на весьма ограниченное мѣсто, и мы встрѣчаемъ тогда дефектъ только извѣстнаго участка матки, какъ, напр., дефектъ шейки матки или ея рудиментарное развитіе.

Другая серія причинъ, задерживающая правильный ходъ развитія, но не обуславливающая дефекта ткани, представляется еще совершенно темною; мы знаемъ только, что соединеніе обоихъ Мюллеровыхъ ходовъ можетъ быть воспрепятствовано, или же, по соединеніи ихъ перегородка между ихъ полостями не пропадаетъ; въ первомъ случаѣ мы имѣемъ двурогую матку, во второмъ же — двуполостную. Конечно, какъ степень двурогости, такъ и двуполостности можетъ быть весьма различна, смотря по тому времени, когда подѣйствовала причина, задержавшая правильный ходъ развитія, — тогда-ли, когда еще соединеніе Мюллеровыхъ ходовъ совершенно не началось, или когда только ихъ верхнія части не были еще соединены, и матка была въ состояніи зародышевой, фізіологической двурогости; при первой возможности, при дальнѣйшемъ ходѣ самостоятельнаго развитія каждаго отдѣльнаго Мюллерова хода, получается исполнѣннѣ двойная матка, при второй же — нижнія ихъ части будутъ уже плотно соединены между собою, и только верхнія раздвоятся — матка двурогая *sensu stricto*. То же наблюдается и при уничтоженіи перегородки: или она вся сохраняется, и матка на всемъ своемъ протяженіи раздѣлена на двѣ отдѣльныя полости, или же это раздѣленіе наблюдается только въ верхней части, и, слѣдовательно, перегородка не полная.

Обѣ половины матки, какъ при двурогой, такъ и при двуполостной, могутъ быть совершенно достаточно развиты, и количество тканей, входящихъ въ ихъ составъ, можетъ быть даже относительно больше, такъ какъ нерѣдки случаи, въ которыхъ вѣсь обѣихъ половинъ представляется бѣльшимъ, чѣмъ вѣсь нормальной, правильно развитой матки.

Къ порокамъ же развитія мы должны отнести и задержку развитія матки во время уже внѣутробной жизни, когда она сохраняетъ форму матки новорожденной съ преобладающимъ развитіемъ шейки, или же, приобрѣтая мало-по-малу въ общемъ форму исполнѣннѣ развитой матки, она при этомъ представляется какъ бы атрофированною, малаго объема съ весьма тонкими стѣнками.

И такъ, мы различаемъ слѣдующія группы пороковъ развитія матки: I. Полный дефектъ матки и рудиментарная матка

(*defectus uteri et uterus rudimentarius*). II. Дефектъ шейки матки или рудиментъ ея (*defectus cervicis uteri et cervix uteri rudimentaria*). III. Однорогая матка, — полный дефектъ одного Мюллера хода (*uterus unicornis*). IV. Зачаточный рогъ при однорогой маткѣ (*uterus unicornis cum cornu rudimentario*). V. Двойная и двурогая матка (*uterus duplex didelphys et uterus bicornis*). VI. Двуполостная матка (*uterus bilocularis*). VII. Недостаточно развитая матка (*hypoplasia uteri, — uterus foetalis et infantilis*).

Какъ мы уже видѣли при группировкѣ пороковъ развитія влагалища, съ точки зрѣнія врача-практика представляется весьма удобнымъ дѣлать пороки развитія на двѣ большія категоріи, смотря по тому, проходимъ или непроходимъ просвѣтъ полового канала. Удовлетворяя этому, а равно и для удобства изложенія, мы раздѣлимъ также и пороки развитія матки на такіе, при которыхъ просвѣтъ ея полости или полостей повсюду проходимъ, и на такіе, въ которыхъ или просвѣта не существуетъ вовсе, или же онъ непроходимъ только на извѣстномъ участкѣ. Къ перввй группѣ будутъ относиться: однорогая, двойная, двурогая и двуполостная матка, а также и *hypoplasia et stenoses uteri*; ко второй же — дефекты и рудименты матки и шейки и рудиментъ одного рога при однорогой маткѣ.

## A. Пороки развитія матки, при которыхъ просвѣтъ существующей матки повсюду вполнѣ проходимъ.

### 1) Однорогая матка. (*Uterus unicornis*).

Подъ именемъ *uterus unicornis* мы подразумѣваемъ такой порокъ развитія матки, при которомъ вполнѣ развивается только одинъ изъ Мюллеровыхъ ходовъ, другой же или совершенно отсутствуетъ, или же представляется только въ зачаточномъ состояніи. Въ настоящей главѣ мы разберемъ случаи однорогой матки съ полнымъ отсутствіемъ какихъ бы то ни было рудиментарныхъ образований другой стороны, такъ какъ присутствіе послѣднихъ нерѣдко вызываетъ тяжкіе припадки, свойственные порокамъ развитія нашей второй категоріи, и будетъ нами разсмотрѣно ниже въ соотвѣтствующей главѣ.

Однорогая матка представляется всегда значительно развитою въ длину относительно своей ширины; при этомъ она рѣзко дугообразно изогнута, ея выпуклая сторона обращена въ сторону дефекта (рис. 118). Шейка матки длинна и напоминаетъ отношеніе, существующее между шейкою и тѣломъ въ зародышевой маткѣ. *Portio vaginalis* мала. Тѣло матки обладаетъ относительно тонкими стѣнками и, конусообразно постепенно суживаясь кверху, незамѣтно переходитъ въ Фаллопиеву трубу, такъ что только мѣсто прикрѣпленія *lig. rotundi* рѣзко обозначаетъ мѣсто

этого перехода. Продольная складка *arboris vitae* въ каналѣ шейки лежитъ вѣсерединно, гораздо ближе къ выпуклой сторонѣ. Влагалище большею частью узко вслѣдствіе того, что оно развилось только изъ одного Мюллерова хода; но нерѣдки случаи, когда влагалищныя части Мюллеровыхъ ходовъ развиваются правильно, и влагалище получаетъ всѣ свои нормальные размѣры. Яичникъ и труба развиты нормально, и въ большей части случаевъ они могутъ быть найдены также и на другой сторонѣ.

Дефектъ Мюллерова хода на одной сторонѣ, какъ мы это видимъ при *uterus unicornis*, часто связанъ также и съ пороками развитія мочевыхъ органовъ; такъ нерѣдки случаи отсутствія почки и мочеточника на соответствующей дефекту сторонѣ.

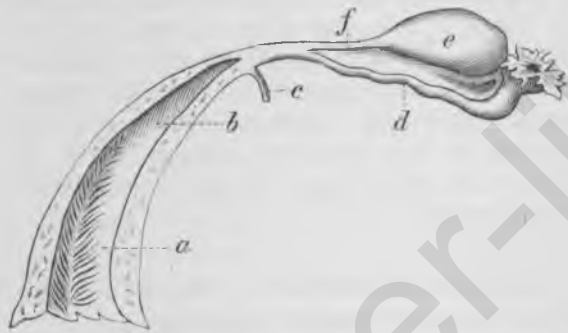


Рис. 118. Шематическій рисунокъ дѣтской однорогой матки (*Kussmaul*).

a. cervix; b. corpus uteri; c. lig. rotundum; d. tuba Fallopii; e. ovarium; f. lig. ovarii.

Если однорогая матка оказывается вполне развитою и не представляетъ никакихъ задержекъ развитія, то ея фізіологическія отклоненія совершенно нормальны. Половая зрѣлость наступаетъ въ-время, менструальныя кровотоčenja правильны. Забеременѣваніе происходитъ также легко, какъ и при нормальной маткѣ. Беременность достигаетъ своего нормального конца, и роды наступаютъ въ срокъ. Наблюдались также случаи родовъ двойнями. Родовой актъ и мышечная работа матки во время него не представляютъ также отклоненій отъ нормы; извѣстенъ пока только одинъ случай произвольнаго разрыва стѣнки матки во время родовъ однорогой матки. *Moldenhauer* («*Archiv für Gynäkologie*», Bd. VII, стр. 178), объясняетъ его значительнымъ аномальнымъ истонченіемъ стѣнокъ верхняго сегмента матки. Роды мертваго ребенка тѣмъ не менѣе произошли нормально, безъ всякой помощи со стороны искусства и только послѣдъ былъ задержанъ. Вскрытіе показало однорогую матку (рис. 119) съ разрывомъ стѣнки въ области дна и значительнымъ истонченіемъ всего верхняго отрѣзка матки. Рудиментъ второго рога былъ въ зачаточномъ состояніи и представлялся въ видѣ совершенно солиднаго образованія величиною въ лѣсной орѣхъ.

Діагнозъ присутствія однорогой матки, какъ въ неберемен-

номъ, такъ и въ беременномъ состоянїи представляется весьма затруднительнымъ и иногда совершенно невозможнымъ. Изслѣдуя женщину въ небеременномъ состоянїи и находя матку уменьшенною въ объемѣ съ значительнымъ отклоненїемъ ея дна въ одну изъ сторонъ и убѣдившись, что нѣтъ никакихъ патологическихкихъ процессовъ (пери-параметриты), объясняющихъ это отклоненїе, мы должны приступить къ изслѣдованію зондомъ съ одновременнымъ изслѣдованїемъ пальцемъ черезъ прямую кишку. Находя при этомъ рѣзкое отклоненїе зонда въ одну сторону и форму матки въ видѣ конуса, значительно заостряющагося къверху, предположенїе о томъ, что мы имѣемъ передъ собою однуорогую матку, можетъ сдѣлаться весьма вѣроятнымъ. Въ состоянїи беременномъ опредѣленїе еще труднѣе, такъ какъ форма конуса тѣла матки подъ вліяніемъ растяженїя полости яйцомъ совершенно изглаживается, а отклоненїе матки въ сторону представляетъ заурядное явленїе *sub graviditate*. Прощупыванїе при наружномъ изслѣдованїи круглыхъ маточныхъ связокъ можетъ иногда дать въ этихъ случаяхъ весьма цѣнныя данныя для опредѣленїя присутствїя только одного рога.

Лѣченїе должно ограничиваться лишь осложненїями, изъ которыхъ пока представляется извѣстнымъ только возможность произвольнаго разрыва матки *sub partu*. При происшедшемъ уже разрывѣ въ области тѣла матки лѣченїе должно быть, конечно, только оперативное, и, по моему мнѣнїю, какъ, вообще, при *ruptura uteri* въ областяхъ дна и тѣла матки, можетъ быть только при посредствѣ чревосѣченїя, причемъ разрывъ долженъ быть зашитъ, или же матка вмѣстѣ съ разорвавшимся мѣстомъ удалена вся цѣликомъ (см. К. Славянскій: «*Ruptura uteri sub graviditate*», «Врачъ», 1885, № 49).

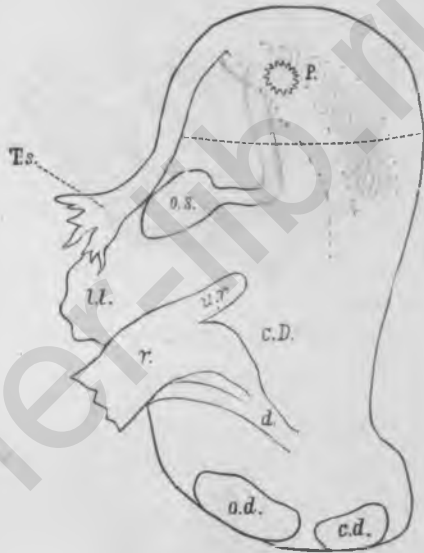


Рис. 119. Разрывъ однорогой матки во время родовъ (*Moldenhauer*).

T. s. Tuba sinistra; o. s. Ovarium sin. l. l. ligamentum latum; r. Rectum; u. r. Lig. utero-rectale sinistrum; c. D. Cavum Douglasij; d. Lig. utero-rectale dextrum. o. d. ovarium dextrum; c. d. Uterus rudiment. dextr. P. мѣсто разрыва; ..... граница истонченнаго участка.



## 2) Двурогая матка. (*Uterus bicornis*).

При существованіи въ ранней зародышевой жизни причинъ, препятствующихъ соединенію Мюллеровыхъ ходовъ между собою, обусловливается возможность развитія каждаго изъ нихъ порознь: получаютъ вмѣсто одной матки два рога ея, подобно тому, какъ



Рис. 120. (*Fraenkel*).

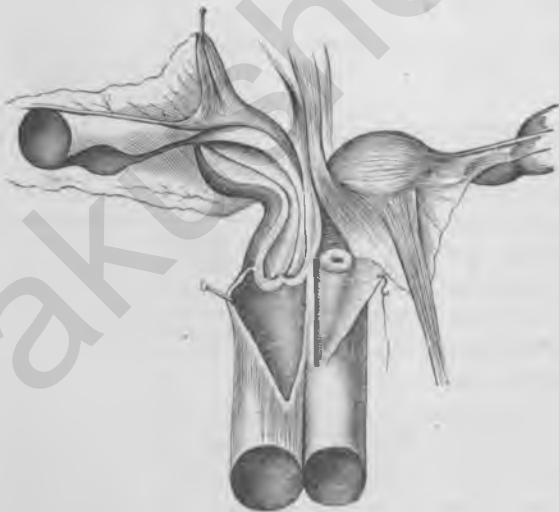


Рис. 121. (*Cassan*).

это нормально встрѣчается у животныхъ. Смотря по тому періоду времени, когда начинается дѣйствовать задерживающая нормальный ходъ развитія причина, дѣленіе матки на два рога бываетъ полнымъ или неполнымъ. Начало задержки развитія, относящееся къ самому раннему времени, когда еще оба Мюллеровыхъ хода не начали соединяться между собою, обусловливаетъ въ дальнѣйшемъ развитіи полную самостоятельность обоихъ роговъ, — получаютъ двѣ самостоятельныя одноргія матки; матка такимъ образомъ представляется вполнѣ двойною, *uterus duplex separatus* s. *uterus didelphys*. Если же задержка развитія происходитъ уже послѣ того, какъ Мюллеровы ходы соединились между собою своими частями, находящимися на границѣ ихъ среднихъ третей съ нижними, то получаютъ два рога матки, соединенныхъ между собою

своими шейками — *uterus bicornis*. Смотря по тому, представляется ли шейка двурогой матки обладающею двумя кавалами,

или только однимъ, мы различаемъ *uterus bicornis duplex* и *uterus bicornis infra-simplex s. unicollis*.

Весьма труднымъ и до сихъ поръ субъективно различнымъ представляется отличие нѣкоторыхъ случаевъ *uterus didelphys* отъ *uterus bicornis duplex*. Если отличительною чертою двойной матки (*uterus didelphys*) мы будемъ считать полную обособленность обѣихъ половинъ полового канала, такъ, чтобы шейки матокъ даже не соприкасались между собою, какъ мы это наблюдаемъ у жизнеспособныхъ уродовъ съ значительными пороками развитія нижней половины тѣла, и влагалище представлялось бы также двойнымъ (рис. 120), то такихъ на анатомическихъ препаратахъ. Считая же за *uterus didelphys* обѣ шейки матки прилежать только другъ къ другу и связаны между собою лишь соединительною тканью, причемъ стѣнки ихъ совершенно самостоятельны, а влагалище одно общее, мы находимъ уже достаточное число наблюдений и у женщинъ, не представляющихъ, кромѣ этой аномалии, никакихъ другихъ пороковъ развитія; но опредѣленіе самостоятельности и отсутствія болѣе тѣснаго сращенія и соединенія ихъ между собою, какъ мы уже сказали, субъективно весьма различно, такъ напр. случай, представленный на рис. 121.



Рис. 122. *Uterus didelphys* съ правой стороны гематометрой (*Freudenberg*).

случаевъ у взрослыхъ женщинъ до сихъ поръ не наблюдалось. также и случаи, при которыхъ

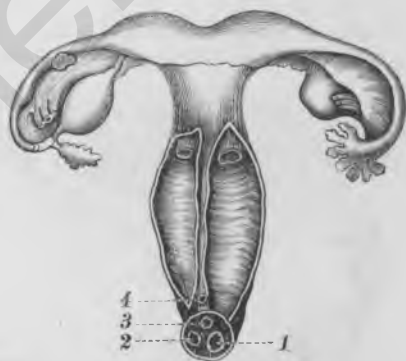


Рис. 123. *Uterus bicornis duplex* (*Hunkemöller*). 1 и 2—входы въ два влагалища; 3 — нар. отверстіе мочеиспуск. канала; 4—перерѣзанный мочеиспускательный каналъ.

(Передняя стѣнка обихъ влагалищъ удалена).

можетъ быть считаемъ и за *uterus didelphys* и за *uterus bicornis duplex*. Рядъ случаевъ двойной матки, въ которыхъ одна половина представлялась атрезированной и содержала въ себѣ скопившуюся кровь (*haematometra unilateralis*). представляетъ дѣйствительно соединеніе шеекъ

между собою только на весьма незначительномъ пространствѣ, и даже и на этомъ мѣстѣ онѣ довольно значительно удалены

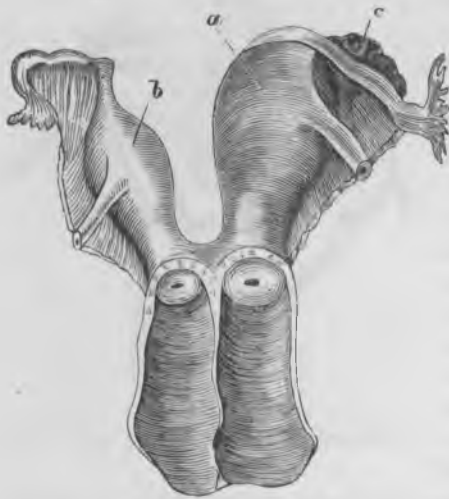


Рис. 124. Uterus didelphys 42-х лѣтней женщины умершей черезъ 3 мѣсяца послѣ пятой беременности (Cirrhosis hepatis).

а. лѣвая матка; б. правая матка; с. лѣвый яичникъ, правый не нарисованъ.

другъ отъ друга, не нарушая при этомъ цѣлости ихъ стѣнокъ, обращенныхъ къ срединной линіи тѣла.



Рис. 125. Uterus bicornis unicollis (Kussmaul).

зобратъ въ одной общей главѣ uterus didelphys и uterus bicornis, тѣмъ болѣе, что, какъ физиологія, такъ и пато-

другъ отъ друга; но остается не выясненнымъ, насколько могло вліять на это ихъ взаимное удаленіе растяженіе соединявшихъ ихъ тканей, имѣвшее мѣсто при развитіи увеличенія въ объемѣ атрезированнаго рога подъ вліяніемъ растяженія его скоплавшеюся въ немъ кровью (рис. 122).

Во всякомъ случаѣ мы будемъ считать за uterus bicornis duplex случаи, въ которыхъ существуетъ одна общая шейка матки, снабженная двумя каналами и двумя влагалищными частями

(рис. 123), за uterus didelphys же—все случаи, въ которыхъ дѣленіе на двѣ самостоятельныя шейки выражено ясно, и онѣ могутъ быть отпрепарованы ножомъ (рис. 124). Типомъ uterus didelphys у взрослой женщины по справедливости слѣдуетъ считать случай *Ollivier* («Memoires lus à la Société de biologie», 1870, стр. 36), анатомическій препаратъ котораго изображенъ на приложенномъ рисункѣ (рис. 124).

На основаніи вышесказаннаго я считалъ болѣе цѣлесообразнымъ ра-

логія ихъ для большинства случаевъ представляютъ одни и тѣ же явленія.

При *uterus bicornis infra-simplex* дѣленіе тѣла матки на два рога представляется въ различныхъ случаяхъ различно; такъ дѣленіе можетъ доходить до области шейки, и матка при этомъ имѣеть рѣзкую двурогаю форму (рис. 125); дѣленіе, оставшееся только въ области дна, обуславливаетъ незначительное сѣдлообразное вдавленіе этой области, — получается *uterus arcuatus* (рис. 126); еще болѣе легкое отклоненіе отъ нормы представляетъ *uterus incudiformis* (рис. 127); при немъ днс матки остается плоскимъ, его нормальная выпуклость отсутствуетъ, полость матки рѣзко трехугольна, наружный видъ такой матки напоминаетъ наковальню.



Рис. 126. *Uterus arcuatus* (Förster).

Двурогаая матка весьма часто представляетъ свою лѣвую половину лежащую нѣсколько болѣе впереди, чѣмъ правую, напоминая этимъ нормальное положеніе вполне развитой матки, лѣвый край которой также, какъ извѣстно, отклоненъ болѣе впереди, вслѣдствіе мѣстонахожденія прямой кишки въ заднелѣвой половинѣ таза. Относительно рѣдко оба рога двойной или двурогаой матки развиты совершенно одинаково, болѣею же частью одинъ изъ нихъ болѣе или менѣе отстаетъ въ своемъ развитіи, и эта задержка развитія, будучи рѣзко выражена, какъ напр. при рудиментарныхъ рогахъ, обуславливаетъ уже картину однорогой матки съ зачаточнымъ рогомъ. Иногда при удовлетворительно сохраненномъ наружномъ очертаніи обоихъ роговъ, одинъ изъ нихъ представляетъ болѣе или менѣе значительно атрезированную полость матки, такъ что зондъ входитъ только на незначительную глубину;



Рис. 127. *Uterus incudiformis* (Oldham).

подобный случай недавно описанъ *Личкусомъ* («Врачъ», 1885, 420). Атрезіи въ области шейки одного изъ роговъ, давая поводъ къ развитію *haematometra unilateralis*, будутъ нами рассмотрѣны ниже въ соотвѣтствующей главѣ о порокахъ развитія матки съ уничтоженіемъ просвѣта на извѣстномъ участкѣ. Двойная и двурогаая матки весьма часто осложняются также и двойнымъ влагалищемъ, причемъ перегородка во влагалищѣ нерѣдко совершенно полная, или же встрѣчаются

только остатки ея въ видѣ перемычекъ; осложненіе это настолько часто, что каждый разъ, когда передъ нами *vagina septa*, мы должны предполагать о возможности совмѣстнаго раздвоенія матки, и въ большинствѣ случаевъ дальнѣйшее изслѣдованіе укажетъ, что такое предположеніе оправдывается. Далеко еще не объясненнымъ остается интересное совпаденіе случаевъ разбираемаго нами порока развитія матки съ увеличеніемъ развитія всего тѣла въ ширину, особенно выражающимся на ширинѣ лица, грудной клѣтки и таза.

Этіологическимъ моментомъ, обусловливающимъ развитие раздвоенія всей матки или только верхней части ея, по крайней мѣрѣ для нѣкоторыхъ случаевъ, можно считать—неправильное положеніе сосѣднихъ органовъ, въ особенности нижняго конца кишки, представляющагося при нѣкоторыхъ уродствахъ значительно протянутымъ кпереди и помѣщаемымъ такимъ образомъ между Мюллеровыми ходами. Кромѣ того, нерѣдко при



Рис. 128. *Ligamentum recto-vesicale* при *uterus bicornis* (Schatz).

*uterus bicornis* наблюдается дубликатура брюшины въ формѣ связки, идущей отъ прямой кишки къ мочевому пузырю между обоими рогами матки (*ligamentum recto-vesicale*) (рис. 128 и см. рис. 121, стр. 260). Присутствіе подобной связки можетъ быть считаемо за причину, вызвавшую въ данномъ случаѣ задержку развитія. Происхожденіе ея и развитие изъ какого нибудь образованія зародышевой жизни не можетъ имѣть мѣста, такъ какъ такого

образованія до сихъ поръ констатировать не удалось, и присутствіе ея объясняется или растяженіемъ брюшины въ формѣ дубликатуры, вслѣдствіе смѣщенія прямой кишки снова болѣе кзади, или же она представляетъ только ложную перенонку, оставшуюся здѣсь, какъ результатъ бывшихъ перитонитическихъ явленій въ этой области въ теченіе зародышевой жизни.

Половая зрѣлость при двойной и двурогой маткѣ наступаетъ правильно, и менструація идетъ своимъ чередомъ; только въ случаяхъ рѣзко выраженной двойственности матки обѣ половины ея могутъ жить, каждая своей собственной жизнью, вполне независимо одна отъ другой. Менструальное кровотеченіе происходитъ изъ каждой изъ нихъ порознь и одновременно, такъ что, вообще, правильный типъ менструаціи нарушается. Смотря по степени своего развитія, каждая изъ нихъ можетъ терять неодинаковое количество крови, такъ

что обильныя регулы правильно чередуются иногда съ весьма незначительною потерей крови. Въ большинствѣ случаевъ забеременѣваніе одного рога все-таки прекращаетъ менструальныя потери крови изъ другого, но, особенно при *uterus didelphys*, существуютъ наблюденія продолжавшейся менструаціи во все время беременности. *И. Буяльскій* описываетъ подобный случай, въ которомъ при четвертой беременности «мѣсячныя крови всякій мѣсяць во все время беременности правильно открывались и были довольно обильны, что также было и при первыхъ трехъ беременностяхъ («Анатомико-патологическое описаніе двойной матки, изъ коихъ каждая въ разное время была беременною». *С.-Петербургъ, 1832, стр. 5*).



Рис. 129. Uterus duplex separatus (*И. Буяльскій*).

Имѣя передъ собою возможность такой самостоятельной жизни каждаго рога матки, вопросъ о *superfecundatio* въ подобныхъ случаяхъ долженъ быть рѣшаемъ положительно, тѣмъ болѣе, что и продолженіе дѣятельности яичниковъ — созрѣваніе Граафовыхъ пузырьковъ *sub graviditate*, какъ показываютъ изслѣдованія послѣдняго времени (мое наблюденіе, — «*Annales de Gynékologie*», IX, 82, и наблюденія *Christofer'a* — «*Ovulation during pregnancy*», «*American Journal of Obstetr.*», 1886. 457), можетъ имѣть мѣсто и во время беременности. Интересенъ съ этой стороны случай д-ра *Н. Сачавы* («*Московская Медицинская Газета*», 1878, стр. 615), въ которомъ *superfoetatio* доказывается возможностью опредѣлить время

совокупленія черезъ правое влагалище, тогда какъ обычно оно производилось черезъ лѣвое.

При разбираемомъ нами пороки развитія не наблюдается ни отсутствія полового влеченія, ни бесплодія. Coitus совершается правильно, за исключеніемъ случаевъ, въ которыхъ перегородка vaginae septae можетъ иногда служить препятствіемъ; обыкновенно, впрочемъ, одно изъ влагалищъ довольно быстро приспособляется, такъ что и это препятствіе только рѣдко требуетъ врачебной помощи (см. стр. 24). Въ большей части случаевъ забеременѣваетъ послѣдовательно каждый разъ только одинъ рогъ, но и поочередное забеременѣваніе каждого рога, особенно при двойной маткѣ, наблюдалось уже нерѣдко. Только что упомянутый случай *Буяльскаго* служитъ тому хорошимъ примѣромъ; прилагаемый рисунокъ его показываетъ объ матки бывшими уже беременными, причѣмъ въ правой была послѣдняя, четвертая беременность, послѣродовой періодъ которой кончился летально (рис. 129). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при до извѣстной степени задержанномъ развитіи одного изъ роговъ матки, беременность въ немъ кончается постоянно выкидышемъ, такъ что женщины, обладающія такою маткою, могутъ поочередно то рожать въ срокъ, то выкидывать, смотря по тому, въ которомъ изъ роговъ наступаетъ беременность.

Во время беременности одной половины матки или одного рога ея, второй подвергается всегда гипертрофіи, подобно тому какъ мышечныя опухоли матки (фибро-миомы) всегда принимаютъ участіе въ общей гипертрофіи матки, во время беременности. Слизистая оболочка второго рога также всегда представляетъ развитіе истинной отпадающей оболочки (*decidua vera*), которая извергается или во время родовъ, или же въ послѣродовомъ періодѣ, но можетъ быть также извергнута еще и во время беременности. Во время сокращенія мышцъ беременнаго рога матки при родовой дѣятельности, мышцы второго рога также принимаютъ большее или меньшее участіе, смотря по степени самостоятельности обѣихъ половинокъ. При беременности въ обоихъ рогахъ одновременно, сокращенія мышцъ могутъ чередоваться и при томъ съ различною интенсивностью, или же одна половина матки можетъ находиться даже въ относительномъ покоѣ, такъ что роды каждой отдѣльной половины происходятъ далеко не одновременно, и періодъ времени между ними можетъ доходить до нѣсколькихъ недѣль. Двойни помѣщаются большею частью по одному въ каждомъ рогѣ, но извѣстны случаи, гдѣ оба плода помѣщались въ одной половинѣ; роды тройными также уже наблюдались при *uterus bicornis*.

Въ большинствѣ случаевъ продолжительность родовъ представляется увеличенною. Хотя косое положеніе беременной матки иногда весьма скоро выравнивается, но, если это происходитъ не скоро,

то подлежащая часть — головка — вступает во входъ таза не перпендикулярно къ его плоскости, а подъ болѣе или менѣе значительнымъ острымъ угломъ, такъ что упирается въ противоположную стѣнку таза; опусканію головки можетъ также до известной степени иногда препятствовать второй небеременный рогъ матки или *ligamentum recto-vesicale*, а въ дальнѣйшемъ теченіи и существующая перегородка во влагалищѣ; но большею частью всѣ эти препятствія преодолеваются силами природы, и въ результатѣ получается только нѣсколько большая продолжительность родового акта. Неправильныя положенія плода, и именно поперечныя и косыя, встрѣчаются при тѣхъ формахъ двурогой матки, когда полость ея тѣла для обоихъ роговъ общая (*uterus bicornis unicoroneus*), какъ это наблюдается при *uterus arcuatus et incurvatus*. Роды при этомъ требуютъ обыкновенно помощи искусства для своего окончанія, и акушерскій поворотъ представляется вполне показаннымъ.

Кровотеченій въ послѣродовомъ періодѣ обыкновенно не наблюдается, и только въ рѣдкихъ случаяхъ *uteri arcuati*, при существованіи перегородки въ маткѣ и при прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста къ ней, въ силу недостаточности ея сокращенія получаютъ сильныя кровотеченія, требующія немедленной помощи. Теченіе послѣродового періода обыкновенно нормально, хотя процентъ заболѣванія при порокахъ развитія матки представляется нѣсколько большимъ сравнительно съ случаями нормально развитой матки. При родахъ двойнями изъ обоихъ роговъ матки, происходящихъ черезъ известной болѣе долгій промежутокъ времени, выдѣленіе послѣродовыхъ очищеній и молока послѣ вторыхъ родовъ значительно усиливается.

При отсутствіи неправильности и аномальной частоты менструальнаго кровотеченія и какихъ бы то ни было другихъ симптомовъ, вопросъ о присутствіи двурогой матки рождается только при внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи, если мы находимъ перегородку во влагалищѣ, или двѣ отдѣльныя влагалищныя части матки, или одну, но съ двумя наружными отверстіями. Совмѣстное изслѣдованіе зондами и пальцемъ черезъ прямую кишку обыкновенно довольно легко уясняетъ намъ характеръ имѣющагося порока развитія матки. Зонды, введенныя каждый въ одно изъ существующихъ двухъ наружныхъ отверстій матки, не могутъ быть сведены другъ съ другомъ при дальнѣйшемъ слѣдованіи, а напротивъ того рѣзко расходятся въ противоположныя стороны; палецъ, ощупывающій форму матки черезъ прямую кишку, легко опредѣляетъ контуры расходящихся роговъ ея, при чемъ при *uterus didelphys* раздѣленіе шеекъ и ихъ самостоятельность, какъ отдѣльныхъ образований, опредѣляется также сравнительно легко. На *uterus bicornis unicollis* вниманіе наше обращается обыкновенно только при изслѣдованіи пальцемъ по-



лости матки или тотчасъ послѣ родовъ, или же послѣ искусственнаго расширенія шейки матки; наталкиваясь на существующую выше перегородку, мы при дальнѣйшемъ изслѣдованіи зондами и per gestum убѣждаемся въ существованіи двурогости по прощупываемому характерному вдавленію области дна матки между обоими рогами. При существованіи недостаточно полного развитія одного изъ роговъ матки, когда часть его полости, или она вся атрезирована, и зондъ не можетъ быть введенъ, возможно принять его за онухоль, развившуюся на маткѣ; впрочемъ, характерное его положеніе и конфигурація, а также и отсутствіе симптомовъ какого-нибудь новообразованія съ теченіемъ времени вполне выясняютъ діагнозъ.

Опредѣленіе двурогой матки *sub graviditate* одного изъ роговъ представляется уже болѣе труднымъ, вслѣдствіе тѣхъ же причинъ, какъ и при беременной *uterus unicornis* (см. стр. 259), тѣмъ болѣе, что второй, небеременный рогъ обыкновенно настолько смѣщается въ сторону и кзади, что его прощупать не удается. Только въ началѣ беременности, еще при незначительномъ увеличеніи роговъ, контуры ихъ бываютъ хорошо и ясно опредѣлимы. При забеременѣваніи обоихъ роговъ иногда, особенно у многогородящихъ, дѣленіе матки на двѣ части различается довольно ясно; у первобеременныхъ же при упругихъ брюшныхъ стѣнкахъ они настолько придавлены другъ къ другу, что контуры каждаго въ отдѣльности уже прощупаны быть не могутъ. Определеніе незначительной степени двурогости, какъ, напр., при *uterus arcuatus*, въ беременномъ состояніи иногда довольно легко, особенно во время сокращеній матки сѣдлообразная впадина обрисовывается весьма рельефно; но необходимо помнить, что и при нормальной маткѣ въ извѣстный періодъ родовъ и при извѣстныхъ обстоятельствахъ, при плотномъ обхватываніи стѣнками матки ея содержимаго, могутъ получаться такія сѣдлообразныя вдавленія. Какъ и при *uterus unicornis*, прощупываніе черезъ наружные покровы круглыхъ маточныхъ связокъ можетъ иногда дать весьма цѣнные указанія на форму матки.

*Uterus didelphys* и *uterus bicornis* сами по себѣ, какъ пороки развитія, не требуютъ никакого лѣченія, и только во время родовъ, благодаря имъ, можетъ потребоваться вмѣшательство врачебной помощи. Такъ, при значительномъ косомъ вставленіи предлежащей головки во входъ въ малый тазъ, положеніе роженицы на боку, противоположномъ беременному рогу, обыкновенно довольно легко устраняетъ это отклоненіе. Чрезмѣрная продолжительность родовъ и появляющееся иногда въ послѣродовомъ періодѣ кровотеченіе могутъ потребовать соотвѣтственныхъ акушерскихъ операцій.

### 3) Двуполостная матка. (*Uterus septus s. bilocularis*).

Подъ именемъ двуполостной матки мы понимаемъ матку, имѣющую только одно общее тѣло, полость же ея представляется раздѣленною перегородкою на двѣ части; дно матки также хорошо развито и имѣетъ свою нормальную выпуклость наружу; впрочемъ, большее или меньшее развитіе дна обусловливаетъ различныя переходныя формы отъ *uterus septus* къ *uterus bicornis*, вѣрнѣе — *arcuatus*. Тѣло матки обыкновенно представляетъ нѣсколько болѣе развитымъ въ ширину, хотя и совершенно нормальные его размѣры встрѣчаются далеко не рѣдко. Смотри по тому, раздѣляетъ ли перегородка всю полость матки и ея шейки на двѣ совершенно отдѣльныя полости, или же это дѣленіе только частично, различаются двѣ формы двуполостной матки: *uterus septus duplex* (рис. 130) и *uterus subseptus*. Эта послѣдняя форма, по мѣсту, занимаемому перегородкою, и ея протяженію, дѣлится на: *uterus subseptus unifornis* (рис. 131), когда полная перегородка внизу не достигаетъ до *orificium externum*, такъ что это отверстіе не представляется двойнымъ; *uterus subseptus unicolis*, когда перегородка доходитъ только до *orificium internum*, такъ что полость

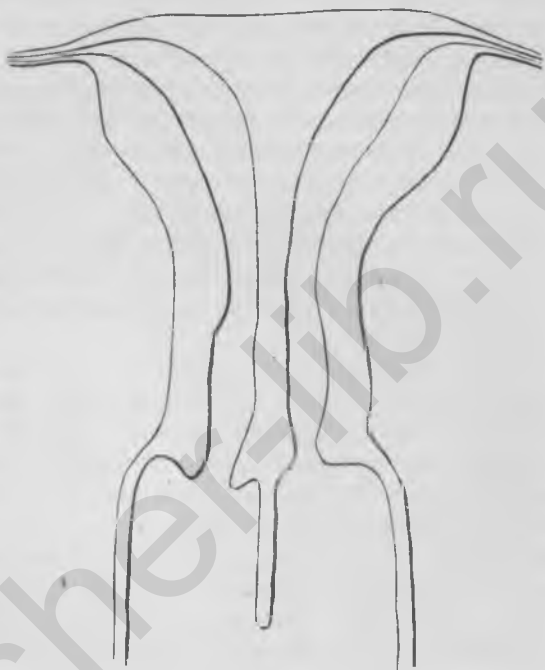


Рис. 130.



Рис. 131. *Uterus subseptus unifornis* (Gravel.).

Рис. 131. *Uterus subseptus unifornis* (Gravel.). Эта послѣдняя форма, по мѣсту, занимаемому перегородкою, и ея протяженію, дѣлится на: *uterus subseptus unifornis* (рис. 131), когда полная перегородка внизу не достигаетъ до *orificium externum*, такъ что это отверстіе не представляется двойнымъ; *uterus subseptus unicolis*, когда перегородка доходитъ только до *orificium internum*, такъ что полость

шейки только одна; *uterus subseptus unicomplexus*, когда полная перегородка находится только въ области дна матки, а въ остальной части полости или совершенно не существуетъ, или же только выражена въ видѣ гребня, идущаго по задней или передней стѣнкѣ матки; и, наконецъ, *uterus biforis supra simplex* (*uterus infra-septus Winckel'я*), когда перегородка существуетъ только въ видѣ перемычки въ области нижней части шейки и дѣлитъ *orificium externum* на два отдѣльныхъ отверстія. При *uterus septus duplex* нрѣдко наблюдаются мѣстные атрофіи перегородки въ формѣ болѣе или менѣе значительныхъ отверстій, соединяющихъ обѣ полости между собою. Наружная поверхность двуполостной матки носитъ иногда слѣды раздѣляющей ее внутри перегородки, такъ что соотвѣтственно ей можно различать снаружи довольно рѣзко выраженный гребень, идущій отъ дна матки къ шейкѣ, по ея передней и задней поверхностямъ (*Klob*), чаще его приходилось наблюдать на этой послѣдней.

Въ основѣ исторіи развитія двуполостной матки, по всей вѣроятности, лежатъ тѣ же причины, какъ и при *uterus bicornis*, съ тою только разницею, что въ данномъ случаѣ причина, задерживающая развитіе, начинается дѣйствовать нѣсколько позднѣе, когда уже произошло соединеніе Мюллеровыхъ ходовъ, но еще не состоялось слитіе ихъ полостей въ одну. Присутствіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ упомянутаго уже нами гребня на наружной поверхности матки, соотвѣтственно существующей внутри перегородкѣ, какъ бы указываетъ на возможность присутствія образованія, подобнаго *ligamentum recto-vesicale* при *uterus bicornis*, причеиъ оно было поглощено развивающимися дальше Мюллеровыми ходами и осталось только или въ видѣ полной, или лишь частичной перегородки на мѣстѣ слитія обѣихъ полостей.

Наступленіе половой зрѣлости и дальнѣйшая періодичность появленія менструальныхъ кровей при *uterus septus* представляются нормальными. Возможность одновременности менструальнаго кровотока для каждой полости доказана наблюденіемъ *Blackwood'a* («*Centralbl. f. Gyn.*» 1880, стр. 117), описавшаго случай *uterus septus duplex* съ двойнымъ влагалищемъ, въ которомъ, при правильномъ типѣ менструаціи, кровотеченіе имѣло мѣсто поочередно изъ каждой полости матки. Забеременѣваніе происходитъ такъ-же легко, какъ и при *uterus bicornis*, и обыкновенно наступаютъ роды въ свой обычный срокъ; но извѣстенъ также случай повторнаго выкидыша, зависѣвшаго отъ недостаточной растяжимости перегородки. Стѣнки второй, небеременной половины матки значительно гипертрофируются, полость ея растягивается въ длину, и вся половина прилегаетъ тѣснѣе къ постепенно увеличивающейся беременной половинѣ, совершенно такъ-же, какъ мы наблюдаемъ иногда при ростѣ внутривѣтвочной

фибромиомы, причем полость матки также вытягивается, и стѣнки ея представляются спавшимися. Развитие deciduae verae въ полости небеременной половины наблюдается также постоянно.

Родовой актъ имѣетъ обыкновенно свою нормальную продолжительность, и роды не затягиваются, какъ при uterus bicornis, такъ какъ ни косоу установка головки во входѣ въ тазъ, ни возможности препятствія со стороны второго рога при uterus septus не приходится наблюдать. Иногда только при полной перегородкѣ, заходящей въ каналъ шейки, она можетъ представить нѣкоторое препятствіе поступательному движенію предлежащей части. При

uterus biforis supra simplex оба отверстія могутъ равномерно раскрываться подѣ влияніемъ родовой дѣятельности матки, или же одно отверстіе представляется не принимающимъ участія въ раскрытіи и оттѣсняется въ сторону. Обыкновенно перегородка въ наружномъ звѣнѣ настолько незначительно развита, что довольно легко разрывается подѣ напоромъ головки; при этомъ она можетъ дать довольно значительное



Рис. 132.

кровотеченіе. Кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ встрѣчаются довольно часто и зависятъ отъ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста на большемъ или меньшемъ пространствѣ къ перегородкѣ, которая по недостаточности количества мышечной ткани не можетъ своимъ сокращеніемъ такъ успѣшно остановить кровотеченіе, какъ это происходитъ при прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста къ стѣнкамъ правильно развитой матки.

Уродливо развитая матка, вообще, можетъ служить также почвою различнаго рода заболѣваній, дающимъ, въ свою очередь имъ свойственные болѣзненные симптомы. Новообразования, повидимому, встрѣчаются не особенно часто; извѣстны случаи

развитія саркомы въ uterus septus (*Freund. «Zeitschrift für Geburtskunde und Gynäkologie», I, стр. 232*) и рака на влагалищной части при uterus bicornis (*P. Müller. l. c., стр. 545*). Мнѣ пришлось наблюдать также случаи развитія множественныхъ фиброміомъ въ uterus subseptus unicorporeus (рис. 132); случай этотъ описанъ въ свое время *А. И. Лебедевымъ* въ 1878 году, въ «*Медицинскомъ Вѣстникѣ*», № 15, подъ заглавіемъ «*Fibromyoma multiplex uteri subsepti unicollis*».

Такъ какъ при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи тѣло двуполостной матки ничѣмъ не отличается отъ слегка увеличеннаго тѣла вполне нормально развитой матки, то и опредѣленіе даннаго порока развитія бываетъ большею частью случайное. Присутствіе перегородки въ маткѣ, опредѣляемое при изслѣдованіи ея полости или послѣ искусственнаго расширенія шейки, или вскорѣ послѣ родовъ, заставляетъ уже насъ произвести болѣе точное изслѣдованіе, точно такъ-же, какъ и присутствіе перегородки во влагалищѣ или въ orificium externum uteri. Введенные два зонда, каждый въ одну изъ полостей, и невозможность получить характернаго тренія металла о металлъ при ихъ соприкосновеніи служатъ при повторномъ изслѣдованіи достаточной гарантіей существованія двухъ полостей, раздѣленныхъ перегородкою. При uterus biforis зондъ, изогнутый крючкомъ, легко можетъ быть обведенъ вокругъ перемычки, раздѣляющей на-двое наружное отверстіе матки; при раскрытомъ зѣвѣ sub partu этого же можно достигнуть пальцемъ, согнутымъ въ крючекъ. Sub graviditate опредѣленіе двуполостности матки представляется весьма труднымъ, такъ какъ вторая полость, значительно растянутая въ своихъ размѣрахъ, плотно прилегаетъ къ увеличенной половинѣ, а введеніе зонда во время беременности противупоказывается, такъ какъ и въ случаяхъ uterus septus duplex остается все-таки пока неизвѣстнымъ, которое orificium externum ведетъ въ небеременную половину матки.

При существованіи повторнаго выкидыша, вслѣдствіе недостаточной вмѣстительности одной изъ полостей двуполостной матки или недостаточной растяжимости перегородки, можетъ считаться показанною операція устраненія перегородки. *P. Runge* («*Zeitschrift für Geburtsk. und Gynäkologie», X, 1884, стр. 143 и 144*) наблюдалъ случай, въ которомъ *Schræder* произвелъ разрѣзъ ножницами перегородки двуполостной матки у женщины, бывшей два раза беременной и оба раза родившей преждевременно. Наступившая послѣ операціи беременность достигла своего конца, и произошли срочные роды.

Кровотеченія, появляющіяся при uterus septus въ послѣ-родовомъ періодѣ, требуютъ энергическаго вмѣшательства акушерскаго пособія, дающаго обыкновенно весьма удовлетвори- тельный результатъ. При uterus biforis во время родовъ, при

угрожающемъ разрывѣ перегородки въ зѣвѣ матки, для предупрежденія могущаго развиться при этомъ кровоточенія, лучше искусственно нарушить ея цѣлость, перерѣзавъ ее скальпелемъ или ножницами, наложивъ, конечно, предварительно лигатуры на оба ея конца, при помощи введенныхъ ложкообразныхъ зеркаль.

#### 4) Недостаточное развитіе матки. (*Hypoplasia uteri.*) *Uterus foetalis, infantilis et pubescens. Atrophia uteri congenita auctorum.*

Уменьшенная въ объемѣ, маленькая матка (*uterus parvus*) женщины не рожавшей несправедливо носить названіе атрофированной; ведя начало изъ періода своего развитія, она представляетъ никакъ не атрофію, а аплазію и, вѣрнѣе, гипоплазію этого органа. Мы различаемъ два вида гипоплазіи матки, смотря по тому, въ какое время дѣйствовала причина, обусловившая это недостаточное развитіе ея. Задержка развитія, ведущая свое начало изъ послѣднихъ мѣсяцевъ внутриутробной или начала внѣутробной жизни, обуславливаетъ сохраненіе типа формы матки, присущей этому періоду времени, и мы имѣемъ передъ собою *uterus foetalis* или *uterus infantilis*; точно также, начиная дѣйствовать позже, въ то время, когда матка получила уже свою почти окончательную форму начала половой зрѣлости, но еще не достигла всѣхъ размѣровъ дѣвственной матки, эта же причина, обуславливая задержку развитія, останавливаетъ ея ростъ, и передъ нами сохранившійся типъ *uterus pubescens* (*Puesch, «Annales de Gynécologie», 1875, I, 278*). Значительное истонченіе стѣнокъ такой недостаточно развитой маленькой матки дало поводъ къ происхожденію весьма распространеннаго термина *atrophia uteri congenita*, въ которомъ какъ обозначеніе *atrophia*, такъ и *congenita* представляются, какъ мы видимъ, далеко не точными.

Подъ общимъ обозначеніемъ *hypoplasia uteri* мы будемъ, слѣдовательно, понимать такую недостаточно развитую матку, которая отличается отъ нормальной, какъ своею величиною и объемомъ, такъ и иногда своею формою. Незначительная величина матки и именно ея размѣръ въ длину, представляющійся менѣе 5,0 *cm.*, у женщины не рожавшей всегда связанъ или съ утонченіемъ ея стѣнокъ и уменьшеніемъ объема, или же съ неправильностью формы, нормально присущею маткѣ новорожденной. Какъ частности этой общей категоріи недостаточности развитія матки, будутъ уже представляться *uterus foetalis, infantilis* и *pubescens*.

*Uterus foetalis et infantilis* отличаются другъ отъ друга весьма незначительными особенностями. Матка плода послѣдняго мѣсяца

зародышевой жизни и дѣвочки первыхъ лѣтъ обладаетъ весьма мало развитымъ тѣломъ, шейка же представляется значительно превалирующею надъ тѣломъ и превосходить его вдвое большимъ размѣромъ въ длину. Стѣнки тѣла матки тонки, она легко перегибается впередъ, такъ что *anteflexio* такой матки встрѣчается почти какъ заурядное явленіе, причемъ такой перегибъ нерѣдко обуславливаетъ полное закрытіе про- свѣта перегнутого мѣста. На внутренней поверх- ности канала шейки *arbor vitae* рѣзко выраженъ, и *plicae palmatae* у *uterus foetalis* далеко заходятъ кверху за еще не вполне рѣзко обозначившееся внутреннее отверстіе (*orificium internum*) и рас- пространяются почти до дна по внутренней по- верхности стѣнокъ полости матки. *Uterus infantilis* уже представляетъ рѣзко выраженный *orificium internum* (рис. 133), часто настолько сужен- ный, что едва только пропускаетъ тонкій хи- рургическій зондъ; *plicae palmatae* въ полости матки исчезли, и только иногда на внутренней поверхности задней стѣнки еще замѣчается незначительный оста- токъ ихъ въ видѣ небольшого гребня. Влагалищная часть матки при этомъ пороцѣ развитія представляется различно: или она весьма мала, въ видѣ пюговки съ едва различимымъ наружнымъ отверстіемъ матки, или же, напротивъ, она относительно весьма значительной величины, и *orificium externum* велико, иногда



Рис. 133.

даже въ состояніи эктропіона. Первая осо- бенность встрѣчается чаще при *uterus foetalis*, вторая же—при *uterus infantilis*. Обо- имъ этимъ видамъ гипоплазіи матки свой- ственны иногда так- же весьма истончен- ные стѣнки, достигаю- щія въ области дна тонкости листа писчей бумаги.

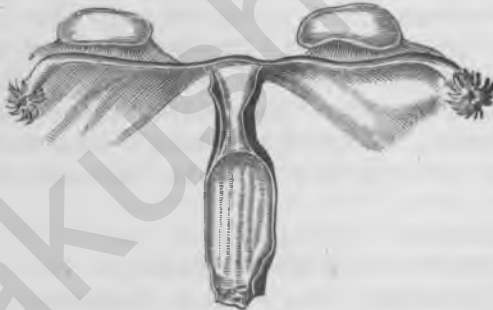


Рис. 134. *Hypoplasia congenitalis uteri (Virchow)*.  
<sup>2/5</sup> величины. Матка 12-ти-лѣтней дѣвушки.  
 Длина матки 2, 8 ctm.

*Uterus pubescens* женщины, пережив- шей уже эпоху половой зрѣлости, представляетъ матку, уже по формѣ совершенно похожую на матку дѣвственную (*uterus virgineus*), несоотвѣтствія между размѣрами шейки и тѣла уже не замѣчается, но весь органъ *in toto* малъ, 3,0—4,0 ctm. длины (рис. 134). Толщина стѣнокъ матки, какъ въ области

тѣла, такъ и шейки при этомъ весьма незначительна, онѣ какъ бы перепончаты (*uterus membranaceus*). *Uterus pubescens* представляетъ также иногда и переходныя формы къ *infantilis*, длина шейки матки остается относительно все-таки больше нормальной, какъ это напр. видно на прилагаемомъ рисункѣ 135 (*Virchow*) матки, имѣвшей 4,1 см. въ длину, приче́мъ на долю шейки приходилось 2,2 см. Кроме переходныхъ формъ между отдѣльными видами *hypoplasiae uteri*, встрѣчаются также и переходныя формы къ порокамъ развитія болѣе раннихъ періодовъ, а также и къ нормальной, вполне развитой дѣвственной формѣ.

*Hypoplasia congenitalis uteri* встрѣчается нерѣдко совмѣстно съ гипоплазіей всего полового аппарата женщины. Яичники нерѣдко представляютъ также остановку своего развитія, форма ихъ напоминаетъ яичники зародышей и новорожденныхъ, развитія фолликулярныхъ образований иногда нѣтъ и слѣда. Влагалище коротко, узко, поверхность его гладкая, *columnae rugarum* отсутствуютъ. Наружные половые органы также иногда представляютъ извѣстные пороки развитія. Отклоненія отъ нормы въ этомъ же направленіи наблюдаются также



Рис. 135. *Hypoplasia congenitalis uteri* (*Virchow*).  
18-ти-лѣтняя дѣвушка.

иногда и во всемъ организмѣ: тѣлосложеніе слабое, больныя тщедушны, ростъ ниже средняго. Костный тазъ нерѣдко имѣетъ типъ дѣтскаго таза. Сосудистая система также въ состояніи гипоплазии: сердце малыхъ размѣровъ, большіе артеріальные стволы (*aorta*) малы, просвѣтъ ихъ уже нормальнаго.

Но встрѣчаются также и случаи, въ которыхъ кроме *hypoplasia uteri* никакихъ другихъ гипоплазій не замѣчается, и больныя, обладая высокимъ ростомъ, крѣпкимъ тѣлосложеніемъ и цвѣтущимъ состояніемъ здоровья, обращаются къ намъ только потому, что не имѣютъ регуль, или же, имѣя менструальныя кровотеченія, ищутъ помощи отъ бесплодія.

Непосредственная причина, задерживающая дальнѣйшее развитіе матки и останавливающая его на степени *uterus foetalis*, *infantilis* или *pubescens*, намъ достаточно точно не извѣстна. Нарушеніе условій мѣстнаго питанія и мѣстныя воспаленія должны при этомъ играть далеко не послѣднюю роль. Матка въ состояніи



развитія, свойственнаго uterus foetalis, была уже находима плотно соединенною ложными воспалительными перепонками съ окружающими частями (мочевымъ пузыремъ). При hypoplasia всего полового аппарата возможно предположеніе, что недостаточное развитіе яичниковъ можетъ быть явленіемъ первичнымъ, а за нимъ уже и матка останавливается въ своемъ дальнѣйшемъ ростѣ. Изъ болѣзней дѣтскаго и юношескаго возрастовъ обыкновенно указываютъ на золотуху, рахитъ, туберкулезъ и хлорозъ, какъ на этиологическіе моменты, могущіе обусловить задержку развитія матки. При chlorosis нерѣдки случаи гипоплазіи матки съ совмѣстною гипоплазіею сосудистой системы; но этого сочетанія никакъ нельзя еще поставить въ тѣсную связь другъ съ другомъ, такъ какъ анатомы. (*Virchow. «Ueber die Chlorose und die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefäss-Apparate etc. Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie» I. 1872, стр. 325.*) находятъ при хлорозѣ рядомъ съ гипоплазіею сосудистой системы также матку нормально развитою и даже чрезмѣрное ея развитіе и тѣмъ, быть можетъ, подтверждаютъ клиническія наблюденія, указывающія на различный характеръ менструальныхъ кровотеченій у хлоротичныхъ, имѣющихъ или amenorrhoea и незначительныя кровотеченія, или же теряющихъ весьма обильное количество крови при менструаціи.

Недостаточно развитая матка, и особенно въ случаяхъ совмѣстной задержки развитія яичниковъ, сопровождается обыкновенно отсутствіемъ менструаціи (amenorrhoea); если же яичники правильно развиты, то нерѣдко наблюдается появленіе molimina menstrualia, сопровождаемыхъ только гиперсекреціей железъ слизистой оболочки матки, и вмѣсто менструальнаго кровотечения получается выдѣленіе болѣе значительнаго количества слизистыхъ бѣлей. Иногда же количество менструальной крови незначительно, и періодичность появленія его далеко не правильна; какъ исключеніе, наблюдались случаи значительныхъ потерь крови изъ маленькой, недостаточно развитой матки. Болевыя ощущенія во время регулъ (dysmenorrhoea) наблюдаются при гипоплазіяхъ матки относительно рѣдко и находятся большею частью въ связи съ яичниками. Amenorrhoea въ разбираемыхъ нами случаяхъ ведетъ за собою обыкновенно безплодіе; матки, нѣсколько болѣе развитыя и менструирующія, могутъ забеременѣвать, но легко даютъ выкидышъ. Съ другой стороны, случаи родовъ въ срокъ относительно не рѣдки, и матка послѣ нихъ и послѣ своего обратнаго послѣродоваго развитія не рѣдко представляется потерявшею характеръ недоразвитой маленькой матки и уже ничѣмъ не отличается отъ таковой женщины рожавшей. Вообще, возможность доразвиваться и достигать размѣровъ нормальной, вполне развитой матки при hypoplasia uteri можетъ считаться доказанной для случаевъ не чрезмѣрно выраженной гипоплазіи.

Опредѣленіе недостаточно развитой, маленькой матки не представляет особыхъ затрудненій. Уже одно наружно-внутреннее изслѣдованіе или изслѣдованіе per gestum бываетъ иногда достаточно, чтобы выяснитъ уменьшеніе величины матки, ея крайне малый передне-задній размѣръ вслѣдствіе тонкости стѣнокъ дна ея, положеніе по срединной линіи тѣла, а не рѣзко въ сторону, съ постепеннымъ конусообразнымъ уменьшеніемъ объема кверху, какъ это мы видѣли при маленькой однорогой маткѣ. Изслѣдованіе маточнымъ зондомъ еще болѣе точно опредѣляетъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. При суженіяхъ отверстій иногда приходится примѣнять весьма тонкіе зонды, опасность продыравливанія которыми истонченной стѣнки матки весьма значительна, такъ что иногда гораздо безопаснѣе и удобнѣе произвести изслѣдованіе послѣ предварительнаго расширенія отверстій матки тонкими асептическими палочками *laminaria digitata* или *tupelo*. При этомъ также устраняется возможность ошибки, обусловливаемая антефлексіей матки, при чемъ безъ предварительнаго расширенія зондъ, не проникая за перегнутое мѣсто, даетъ чрезмѣрно малыя цифры длины матки.

Измѣренный зондомъ длинникъ матки не превышаетъ 5,0 *cm.*, и *minimum* его можетъ быть между 2,0 — 3,0 *cm.* Для опредѣленія вида *hypoplasiae uteri* необходимо обращать вниманіе на величину шейки, которая, если не можетъ быть приблизительно оцѣнена при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, измѣряется также зондомъ, причемъ верхняя граница ея обозначается или мѣстомъ перегиба матки, или же извѣстною степенью суженія просвѣта, обусловленнаго внутреннимъ отверстиемъ, весьма рѣзко выраженнымъ иногда при *uterus infantilis*. Тонкость стѣнокъ тѣла матки опредѣляется только приблизительно по тому, насколько легко прощупывается пуговка введеннаго зонда; при неупругой передней брюшной стѣнкѣ это изслѣдованіе не представляетъ затрудненія, въ противномъ же случаѣ палецъ, введенный въ прямую кишку, можетъ довольно точно оцѣнить толщину задней стѣнки, такъ какъ пуговка зонда этимъ путемъ можетъ быть хорошо прощупана.

При общей гипоплазіи полового аппарата женщины и особенно, когда можетъ считаться доказаннымъ, что и яичники задержаны въ своемъ развитіи, терапия наша безсильна, и мы должны ограничиться только симптоматическимъ методомъ лѣченія. При достаточно развитыхъ яичникахъ и маткѣ, не представляющей чрезмѣрно рѣзкой степени недостаточнаго развитія, можетъ считаться показаннымъ мѣстное раздражающее лѣченіе съ цѣлью обусловитъ появленіе менструальныхъ кровотеченій. Одними изъ лучшихъ относящихся къ этой категоріи средствъ, оказываются горячіе души (38°—40° R.) и примѣненіе электричества (прерывистый токъ); менѣе же дѣйствительными пред-

ставляются: методическое введение зондовъ или бужей, внутриматочные дессарии, скарификации влагалищной части, приставление къ ней пиявокъ и различнаго состава полуванны. Быстрое расширение матки и повторное введение постепенно увеличиваемыхъ въ діаметрѣ бужей, примѣняемое G. Grig'омъ съ цѣлью стимулировать матку и усилить менструальный приливъ, давало хорошіе результаты, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ лѣченіи быстро пропадали интензивныя мигрени, сильно мучившія больныхъ (*Puech. «De l'utérus pubescent». «Gazette obstétricale». 1887, стр. 149).*

При рѣзко выраженной dysmenorrhoea, стоящей въ связи съ заболѣваніемъ яичниковъ, кастрація должна считаться вполне показанной. Такъ *Brugisser («Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte». 1880, № 8, стр. 227)* удалилъ оба яичника у больной 21 года отъ роду, имѣвшей uterus infantilis и ammenorrhoe'ю и страдавшей сильными приступами dysmenorrhoe'и. Послѣ операциа больная чувствуетъ себя вполне здоровой, дисменорройныя боли прошли безслѣдно.

При сочетаніи гипоплазіи матки съ хлорозомъ и другими болѣзнями всего организма на нервомъ планѣ должно быть назначеніе общаго лѣченія, показуемаго этими заболѣваніями.

### 5) Сѣуженія отверстій матки. (Stenoses uteri.)

Въ настоящей главѣ рядомъ съ врожденными сѣуженіями отверстій матки мы будемъ разсматривать также и приобретенныя, такъ какъ симптомы, ими обусловливаемые, а въ большей части случаевъ и лѣченіе представляютъ для обѣихъ категорій весьма много общаго.

Какъ пороки развитія, стенозы отверстій матки встрѣчаются довольно часто совмѣстно съ различнаго рода задержками ея развитія, но и при вполне правильно развитой маткѣ они наблюдаются далеко нерѣдко. Сѣуженіе ограничивается или однимъ только *orificium externum*, или же и весь просвѣтъ канала шейки можетъ быть равномерно сѣуженъ, или же сѣуженіе его можетъ быть локализовано только на извѣстномъ участкѣ его протяженія. Стенозы маточнаго отверстия трубъ (*ostium tubae uterinae*) наблюдаются относительно весьма рѣдко, такъ что патологія и симптоматологія ихъ представляются еще далеко не достаточно точно изученными.

Такъ какъ мы имѣли случай въ предыдущихъ главахъ упомянуть о нѣкоторыхъ особенностяхъ влагалищной части и сѣуженіяхъ отверстій матки при различнаго рода порокахъ развитія матки, то въ настоящее время мы будемъ касаться только стенозовъ вполне развитой матки.

При врожденныхъ стенозахъ въ большинствѣ случаевъ влагалищная часть матки значительно удлинена, конична (*collum conicum*), весьма плотна, иногда хрящеватой плотности, что зависитъ, какъ показываютъ микроскопическія изслѣдованія, отъ чрезмѣрнаго развитія соединительной ткани въ ущербъ мышечной. *Orificium externum* при этомъ весьма мало, кругло, имѣетъ въ діаметръ 0,2—0,3 cm.; оно помѣщается или какъ разъ на верхушкѣ конуса влагалищной части (рис. 136), или же болѣе къзади или кпереди; въ первомъ случаѣ передняя губа рѣдко удлинена и прикрываетъ его въ видѣ хобота, въ послѣднемъ же она настолько невелика, что отверстіе иногда кажется какъ бы открывающимся непосредственно у мѣста прикрѣпленія передняго свода. Болѣе уже рѣдко встрѣчается влагалищная часть, вслѣдствіе противудавленія со стороны задней стѣнки влагалища, уплощенной, такъ что имѣетъ форму усѣченного конуса, или даже грибной шляпки, въ центрѣ которой помѣщается суженное наружное отверстіе матки (рис. 137). Цервикальный каналъ при этомъ только въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ представляется равномѣрно суженнымъ; обыкновенно же подъ вліяніемъ скопляющейся густой, тягучей слизи — продукта выдѣленія цервикальныхъ железъ — онъ бываетъ расширенъ въ видѣ веретена (рис. 138). Къ порокамъ же развитія, дающимъ себя знать, какъ стенозъ цервикальнаго канала, во время родового акта, слѣдуетъ отнести описанное *P. Müller*'омъ



Рис. 136.

(«*Zeitschrift. für Geb. und Gynaekolog.*», Bd. III, стр. 158), *Budde*ромъ («*Медицинскій отчетъ С.-Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія за 1877—1880 годы*», стр. 151) и *Budin*'омъ («*Progrès Medical*», 1887, №№ 14 и 16), образованіе поперечной циркулярной складки на его протяженіи ближе къ внутреннему отверстію (рис. 139). Складка эта даетъ впечатлѣніе какъ бы повторенія второй *portionis vaginalis* и можетъ представлять до извѣстной степени аналогію съ поперечными складками цервикальнаго канала, нормально встрѣчающимися у овецъ (см. рисунокъ у *Lott*'а, «*Zur Anatomie und Physiologie des cervix uteri*», *Erlangen*, 1872, стр. 11).



Рис. 137.

Съзуженія внутренняго отверстія встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ наружнаго, и, по всей вѣроятности, еще гораздо рѣже, чѣмъ они иногда опредѣляются на больной. На секціонномъ столѣ они наблюдаются только весьма рѣдко, причемъ участокъ ткани матки, образующій *orificium internum*, не представляетъ особыхъ

измѣненій, иногда же онъ рубцовой плотности, хруститъ подъ ножомъ.

Приобрѣтенные стенозы встрѣчаются также чаще у наружнаго отверстия, которое у женщинъ, уже рожавшихъ, представляется какъ бы затянутымъ перепонкою, въ которой находится только маленькое отверстіе, располагающееся или какъ разъ въ центрѣ ея, или же болѣе къ одной изъ сторонъ; иногда ихъ можетъ быть два или вѣсколько. Подобное частичное заращеніе наружнаго отверстия можетъ быть иногда на довольно значительномъ протяженіи въ глубину, такъ что закрывающая извѣстную часть его просвѣта перепонка можетъ представляться весьма толстою, состоящею, какъ изъ соединительной, такъ и изъ мышечной ткани. Съуженія на протяженіи цервикальнаго канала наблюдаются уже рѣже, а еще рѣже — стенозы внутренняго отверстия.

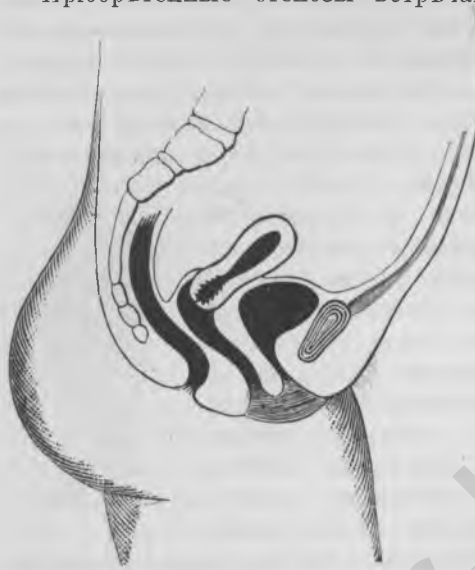


Рис. 138.

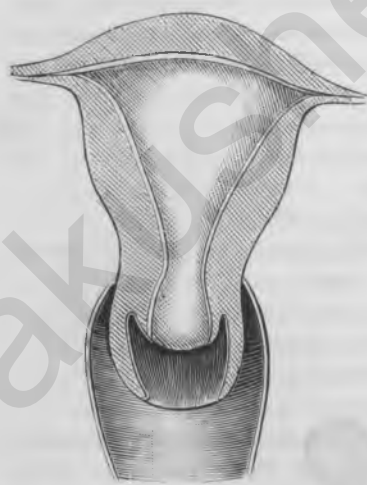


Рис. 139.

Къ этиологическимъ моментамъ, обусловливающимъ развитіе приобретенныхъ суженій, главнымъ образомъ слѣдуетъ отнести послѣродовыя заболѣванія и небрежныя манипуляціи, предпринимаемыя съ терапевтическою цѣлью. Къ первымъ относятся гангренозные и дифтеритическія воспаленія шейки матки, перенесшей иногда и во время родового акта значительную травму, какъ напр. при чрезмѣрно раннемъ наложеніи щипцовъ; ко

вторымъ — различнаго рода энергическія и недостаточно осторожно производимыя прижиганія, а также и не вполне точное наложеніе швовъ послѣ столь часто въ настоящее время произво-

43  
 12-го Марта 1905

димой ампутаціи влагалищной части. Кромѣ того, какъ мы видѣли уже при происхожденіи стенозовъ влагалища, различныя инфекціонныя формы общихъ заболѣваній могутъ обусловить также и сЪуженія *servicis uteri*; такія сЪуженія, какъ результатъ мѣстныхъ воспаленій, имѣющихъ иногда мѣсто при этихъ заболѣваніяхъ, наблюдались, какъ послѣдствіе кори, скарлатины, оспы и др. Относительно нерѣдко приходится видѣть частичное заращеніе наружнаго отверстия при долго существующихъ выпаденіяхъ матки. Прежде, когда заживленіе эрозій *portionis vaginalis* достигалось путемъ образованія рубца при примѣненіи энергическихъ повторныхъ прижиганій, эрозиі играли видную роль въ этиологіи приобрѣтенныхъ сЪуженій *orificii externi*; теперь же, когда мы достигаемъ заживленія ихъ путемъ превращенія цилиндрическаго эпителія въ плоскій, сЪуженія послѣ нашего лѣченія уже не наблюдаются.

Я не буду касаться въ этой главѣ сЪуженій канала шейки или его отверстій, зависящихъ отъ воспалительныхъ припуханій его стѣнокъ или отъ сдавливанія опухолями (полипы, *ovula Nabothi* и др.), или же отъ перегибовъ его просвѣта при различнаго рода перегибахъ матки, такъ какъ объ нихъ будетъ упомянуто отдѣльно въ соответствующихъ мѣстахъ при разборѣ вышеупомянутыхъ заболѣваній, влекущихъ за собою только вторично сЪуженіе просвѣта матки.

Кардинальными симптомами сЪуженій матки представляются *dysmenorrhoea* и безплодіе. Больныя во время регулъ испытываютъ страшныя боли, имѣющія схваткообразный характеръ, и притомъ боли эти являются почти всегда въ началѣ появленія менструальнаго кровотеченія и даже до него. Самые сильныя пароксизмы болей наблюдаются также въ это время и обыкновенно начинаютъ стихать съ появленіемъ болѣе обильнаго кровотеченія. Поставить ихъ въ связь только съ болѣе или менѣе значительнымъ изліаніемъ крови въ полость матки, какъ это дѣлаетъ *Schröder*, едва ли возможно. Онъ предполагаетъ, что, чѣмъ меньше изливается крови, тѣмъ она легче и скорѣе будетъ опорожняться черезъ сЪуженное мѣсто, и обратно, такъ что схваткообразныя боли будутъ служить выраженіемъ скопленія въ полости матки жидкой крови, излившейся въ значительномъ количествѣ. Это предположеніе уже потому во многихъ случаяхъ не выдерживаетъ критики, что наблюдающееся сЪуженіе, особенно наружнаго зѣва, далеко не представляется на столько значительнымъ, чтобы оказать серьезное препятствіе опорожненію излившейся, относительно все-таки не въ чрезмѣрно большомъ количествѣ, крови. (*M. Duncan. On dysmenorrhœa. «Edinburgh medical Journal», 1872, May.*) Мы видѣли уже, что результатомъ сЪуженія *orificii externi* является задержка густой стекловидной слизи въ каналѣ шейки, задерживающейся въ такомъ коли-

чествѣ, что этимъ обусловливается даже растяженіе шейки. Кому приходилось видѣть и извлекать эту слизистую пробку изъ *canalis cervicis*, тотъ нерѣдко могъ, конечно, убѣдиться, насколько она плотна и насколько плотно соединена со стѣнками. При началѣ появленія менструальнаго кровотеченія она далеко не во всѣхъ случаяхъ одинаково претерпѣваетъ извѣстную степень разжиженія и размягченія, изливающаяся кровь въ полость матки встрѣчается для своего прохода черезъ каналъ шейки какъ разъ въ ней препятствіе, весьма различное для каждаго случая. Кровь, скопляясь вслѣдствіе этого въ полости матки, обусловливаетъ рефлекторно сократительную дѣятельность мышцы матки, и мы имѣемъ передъ собою картину схваткообразныхъ болей. Съ преодолѣніемъ препятствія, индивидуально различнаго и часто независимаго отъ степени суженія, кровь уже свободно изливается наружу, и боли исчезаютъ.

Съ теченіемъ болѣзни въ весьма многихъ случаяхъ наблюдается постепенное усиленіе интенсивности боли при дисменоррейныхъ припадкахъ. Въ подобныхъ случаяхъ мы видимъ также постепенно развивающійся метритъ; медленный прогрессъ этого заболѣванія сопровождается всегда также мало-по-малу усиливающимися дисменоррейными болями. Въ главѣ о хроническомъ воспаленіи матки мы увидимъ, что сокращенія мышцы матки, пораженной метритомъ, обусловливаютъ гораздо болѣе интенсивное ощущеніе боли, чѣмъ сокращенія нормальной матки, переходящая за границы нормальныхъ сокращеній органа, состоящаго изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

Безплодіе, наблюдающееся при стенозахъ матки, представляется, конечно, только относительнымъ, такъ какъ возможность встрѣчи сперматозоидовъ съ яичкомъ все-таки дана, хотя до извѣстной степени и затруднена. Суженіе, какъ таковое, само по себѣ не можетъ считаться моментомъ, обусловливающимъ полную невозможность забеременѣванія, такъ какъ случаи такового извѣстны при весьма значительной степени стеноза. Априористическое предположеніе о затрудненіи проникновенія сперматозоидовъ въ матку при болѣе узкомъ отверстіи, чѣмъ при болѣе широкомъ, конечно, можетъ имѣть мѣсто и вполне оправдывается наблюденіями; но при этомъ главнымъ образомъ играютъ роль состоянія, зависящія отъ суженія, а не само суженіе; такъ присутствіе густой, не смѣщаемой слизистой пробки въ каналъ шейки и различныя воспалительныя явленія (*endometritis*, *metritis*) представляютъ весьма важныя препятствія къ оплодотворенію, какой-бы мы ни держались теоріи о проникновеніи сперматозоидовъ въ матку. (Значительно уменьшенная способность присасывать жидкость изъ влагалища вслѣдствіе эрекции *portio-nis vaginalis* и извѣстнаго состоянія сокращеній ея мышечныхъ элементовъ находится, конечно, въ тѣсной связи съ уменьше-

ніемъ наружнаго отверстія матки; но, съ другой стороны, извѣстны случаи, въ которыхъ сперматозоиды, благодаря своей способности активно передвигаться, прокладывали весьма далекія пространства внѣ времени полового оргазма (случай забеременѣванія при цѣлой дѣвственной плевѣ, при такъ называемомъ совокупленіи между наружными половыми органами).

Мы уже видѣли, что постоянное переполненіе кровью полости матки *sub menstruatione*, растягивая ее и вызывая болѣзненные сокращенія мышцъ, весьма скоро осложняется воспаленіями, какъ слизистой оболочки, такъ и самихъ стѣнокъ матки. При постоянно присутствующей, не удаленной во-время причинѣ, воспаленія эти распространяются дальше и захватываютъ брюшину, разстраивая все болѣе и болѣе общее состояніе здоровья больныхъ. Онѣ начинаютъ худѣть, дѣлаются блѣдными, крайне нервно-раздражительными, питаніе разстраивается, и боли внизу живота, появлявшіяся сначала только во время регуль и имѣвшія характеръ схватокъ, дѣлаются мало-по-малу постоянными, не покидающими больныхъ и внѣ менструаціи.)

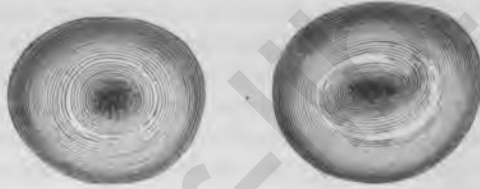


Рис. 140.

Стенозъ наружнаго зѣва обусловливаетъ нерѣдко у первородящихъ *sub partu* явленіе, описываемое подъ названіемъ *conglutinatio orificii externi*. Подъ вліяніемъ родовой работы мышцы матки, шейка истончается, наружный же зѣвъ сохраняетъ свою первоначальную величину суженнаго отверстія и, будучи смѣщенъ къзади, нерѣдко ускользаетъ отъ изслѣдованія, такъ что получается картина какъ-бы полнаго его отсутствія.

Кольцеобразная складка на протяженіи цервикальнаго канала въ случаяхъ, когда она наблюдалась, давала поводъ къ кровотеченіямъ и *sub partu* представляла довольно значительное препятствіе поступательному движенію подлежащей части.

Распознаваніе заболѣванія при стенозѣ наружнаго зѣва не представляется затруднительнымъ; уже простое внутреннее гинекологическое изслѣдованіе укажетъ на особенность формы влагалищной части и весьма маленькое *orificium externum*. При врожденныхъ и при приобрѣтенныхъ суженіяхъ зѣва весьма характернымъ представляется при прощупываніи углубленіе наружнаго отверстія, затугоутаго какъ бы перепонкой, въ которой уже большею частью эксцентрично помѣщается само отверстие. При изслѣдованіи зеркаломъ рѣзко бросается въ глаза круглая форма и малость отверстія въ сравненіи съ нормальнымъ состояніемъ (рис. 140), когда наружное отверстие представляется



въ видѣ поперечной щели, имѣющей иногда въ длину до 1,0 см. Маточный зондъ, имѣющій пуговку величиною въ 0,3 см. въ діаметрѣ, обыкновенно только съ трудомъ, толчкомъ проходитъ суженное *orificium externum*; иногда же его совершенно провести не удастся, и можетъ быть проведенъ только тонкій хирургическій зондъ. Пройдя наружное отверстие, мы опредѣляемъ большую или меньшую вмѣстимость канала шейки; въ значительномъ большинствѣ случаевъ движенія зонда въ немъ свободны и указываютъ на его расширение, при чемъ, подымаясь выше къ *orificium internum*, онъ уже представляется гораздо менѣе широкимъ, движенія зонда въ стороны не могутъ уже быть произведены свободно.

При опредѣленіи органическаго суженія внутренняго отверстия слѣдуетъ помнить, что его можно смѣшать съ временнымъ сокращеніемъ мускулатуры матки, суживающимъ весьма значительно *orificium internum*, и съ затрудненною проходимостью его въ нѣкоторыхъ формахъ перегибовъ матки. Въ первомъ случаѣ ошибка легко устраняется повторнымъ изслѣдованіемъ и иногда отсутствіемъ ощущенія суженнаго мѣста при проведеніи зонда назадъ; во второмъ же — исправленіе положенія матки обуславливаетъ легкое прохожденіе зонда. Во всякомъ случаѣ только повторное изслѣдованіе должно убѣждать насъ въ присутствіи стеноза внутренняго отверстия, такъ какъ иногда простое измѣненіе метода введенія зонда уже указываетъ на ошибку. Лучше и удобнѣе всего представляется методъ введенія зонда при обнаженной помощи ложкообразныхъ зеркалъ и насколько возможно низведенной пулевыми щипцами влагалищной части; при этомъ нерѣдко удается относительно легко провести зондъ черезъ внутреннее отверстие въ случаяхъ, когда таковое казалось невозможнымъ при проведеніи зонда по пальцу. — Я позволю себѣ здѣсь еще разъ указать на крайнюю необходимость производить всѣ манипуляціи при проведеніи зонда съ соблюденіемъ тщательной антисептики, такъ какъ въ противномъ случаѣ далеко нерѣдко приходится наблюдать развитіе воспаленій, какъ матки, такъ и брюшины, ее покрывающей, или же обостреніе уже существовавшихъ процессовъ. Случаи смерти отъ септического перитонита послѣ изслѣдованія зондомъ уже наблюдались, и можно только радоваться, что эти наблюденія относятся къ до-антисептическому періоду. Мы примѣняемъ маточный зондъ только послѣ тщательной дезинфекціи влагалища помощью влагалищныхъ спринцованій (*Ac. carb.* или сулема), и будучи увѣрены въ строгой чистотѣ самого инструмента.

**Предсказаніе** при стенозахъ матки *quo ad vitam* обыкновенно не приходится ставить. Наше оперативное лѣченіе, благодаря строгой антисептикѣ, въ настоящее время не должно уже давать къ тому повода; время смертей послѣ гистеростоматоміи должно

считаться уже прошедшимъ, и подобный случай можетъ встрѣтиться только, какъ нѣчто чрезвычайное, не поддающееся опредѣленію впередъ.

Припадки, вызываемые суженіями, крайне тягостны для больныхъ, тѣмъ болѣе что съ теченіемъ времени, они постоянно усиливаются: сами по себѣ они не проходятъ. Лѣченіе же скоро и навѣрное совершенно излѣчиваетъ больныхъ. Съ прогнозомъ относительно безплодія слѣдуетъ быть до извѣстной степени осторожнымъ, такъ какъ и при довольно значительныхъ суженіяхъ наблюдаются, правда хотя и рѣдко, случаи забеременѣванія.

Лѣченіе стенозовъ матки состоитъ въ расширеніи ихъ кровавымъ или безкровнымъ путемъ. Суженіе наружнаго отверстия требуетъ, по легкой доступности своей и удобной возможности контролировать заживленіе, оперативнаго лѣченія.— Случаи, въ которыхъ суженіе рѣзко ограничивается кольцомъ наружнаго зѣва, и выше лежащій каналъ шейки представляется расширеннымъ, вполне устраняются разрѣзомъ кольца суженія (*hysterostomatomia*). Эта маленькая операція производится слѣдующимъ образомъ.— Обнаживъ помощью ложкообразныхъ зеркалъ влагалищную часть, мы захватываемъ ея переднюю губу пулевыми щипцами и низводимъ ее на сколько возможно, не примѣняя при этомъ никакого насилія. Обыкновенно наружное отверстие при этомъ помѣщается почти въ уровень входа во влагалище, такъ что вся операція производится какъ бы снаружи. Обыкновеннымъ скальпелемъ дѣлаемъ разрѣзъ въ одну сторону, — разрѣзъ кольца отверстия мы предпочитаемъ къзади. При простомъ кольцеобразномъ суженіи, когда не преслѣдуется еще никакихъ другихъ цѣлей, достаточно производить разрѣзъ на глубину не болѣе 0,5—0,1 см. (рис. 141). Тотчасъ же по разрѣзѣ, вмѣстѣ съ кровью, мы видимъ вытекающую иногда въ значительномъ количествѣ густую слизь канала шейки. Кровотеченіе при разрѣзѣ обыкновенно паренхиматозное, но случается наблюдать и брызжущія маленькія артеріи; удобнѣе и скорѣе всего останавливать его каленымъ желѣзомъ аппарата *Paquelin'a*, что кромѣ того имѣетъ еще ту выгоду, что образующійся струппъ препятствуетъ зараженію только что произведеннаго разрѣза *per primam*.



Рис. 141.

Обыкновенно этотъ небольшой разрѣзъ оказывается вполне удовлетворительнымъ, и мы, примѣняя его, не находили нужнымъ дѣлать разрѣзъ крестообразный или производить 6—8 маленькихъ надрѣзовъ. Онъ бываетъ вполне достаточнымъ, чтобы, устраняя суженіе, вскрыть нижній конецъ расширеннаго ка-

нала шейки. При заживленіи *per secundam* возврата стеноза не наблюдается, если только показанія къ его примѣненію были точны, т. е. суженіе было кольцеобразное, и нижній конецъ канала шейки былъ расширенъ. Въ случаяхъ же, когда суженіе распространяется болѣе кверху и не ограничивается только однимъ *orificium externum*, одинъ этотъ разрѣзъ оказывается недостаточнымъ, и мы производимъ обыкновенно частичное, клиновидное вырѣзываніе влагалищной части (*excisio portiois vaginalis cuneiformis partialis*). Называя эту операцію частичною клиновидною эксцизіею, я думаю уже самымъ названіемъ отдѣлить ее отъ операціи клиновидной ампутаціи всей влагалищной части, какъ она иногда производится, напр., при метритахъ (см. главу о *metritis chronica*) или новообразованіяхъ.

Операція эта была предложена еще *Simon*омъ и описана *Marckwald*омъ («*Archiv f. Gynaekologie*», *Vd. VIII, стр. 48*) подъ именемъ *kegelmantelförmige Excision* — терминъ неудобоневодимый. Производство ея не



Рис. 142.

сложно и заключается въ слѣдующемъ. Низведенная и фиксированная пулевыми щипцами, влагалищная часть, помощью скальпеля или ножницъ, расщепляется въ обѣ стороны почти до мѣста прикрѣпленія сводовъ; разрѣзъ расщепленія выше не желателенъ, такъ какъ вскрываетъ уже *parametrium*; для предупрежденія этой возможности слѣдуетъ до производства низведенія матки изслѣдовать ее *in situ* и, насколько возможно, точно опредѣлить границу прикрѣпленія сводовъ, такъ какъ на низведенной уже маткѣ опредѣленіе это далеко не такъ легко.

Расщепивъ влагалищную часть на двѣ лопасти — губы переднюю и заднюю, мы вырѣзаемъ сначала изъ одной, а затѣмъ и изъ другой клиновидный кусокъ ткани, при чемъ сохраняемъ длину ея неприкосновенною. Удобнѣе вырѣзать сказанный клинъ сначала изъ задней губы, такъ какъ передняя обыкновенно бываетъ захвачена пулевыми щипцами для фиксированія матки. Разрѣзъ ведется какъ разъ по краю наружнаго зѣва, на границѣ между слизистыми оболочками канала шейки и наружной поверхности влагалищной части, онъ проникаетъ въ глубину почти параллельно внутренней поверхности задней стѣнки канала шейки на протяженіи 0,1 до 0,2 *cm.*; затѣмъ, отступя на извѣстное пространство кзади отъ перваго разрѣза, производится второй ему параллельный; разрѣзъ этотъ въ глубину ведется подъ извѣстнымъ угломъ, такъ чтобы онъ встрѣтился съ первымъ при его окончаніи. Результатомъ этихъ двухъ разрѣзовъ получается вырѣзанный клинъ ткани изъ толщи задней лопасти шейки (рис. 142). На полученную зияющую, клинообразную рану накладыв-

ваются швы изъ шелковыхъ лигатуръ такимъ образомъ, чтобы они, захватывая глубоко ткани, соединили другъ съ другомъ ея края. Теперь, фиксируя матку за концы завязанныхъ швовъ на задней губѣ, пулевые щипцы съ передней губы удаляются, и изъ нея производится совершенно такое же вырѣзываніе клиновиднаго куска (рис. 143). Наложивъ и завязавъ швы, какъ и на задней губѣ, мы находимъ еще зияющими поверхности разрѣзовъ расщепленія въ стороны; онѣ точно также соединяются швами, и влагалищная часть получаетъ форму, весьма близкую къ существовавшей до операціи, съ тою разницею, что весь каналъ шейки на длину вырѣзаннаго клина представляется уже не суженнымъ, а наружное отверстіе оказывается даже зияющимъ. Операція въ только что описанномъ видѣ особенно показуется при формѣ влагалищной части, въ видѣ усѣченного конуса или грибной шляпки. При удлинении же ея, и особенно чрезмѣрномъ, помощью той же операціи легко производится удаление излишней ея части: стоитъ только разрѣзы при началѣ вырѣзыванія клина начать производить на высотѣ, соответствующей подлежащей удаленію части шейки (рис. 144).

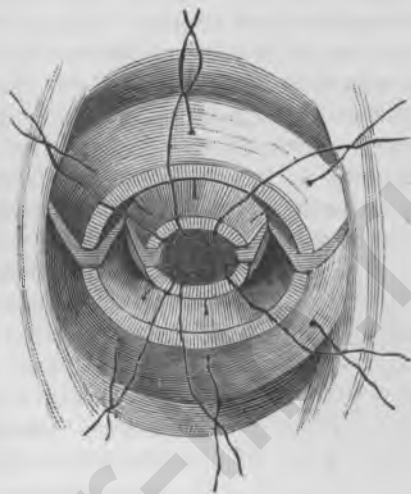


Рис. 143.

При суженіи цервикальнаго канала на всемъ его протяженіи и при суженіи внутренняго отверстія матки въ большинствѣ случаевъ наблюдается также и суженіе наружнаго отверстія, такъ что при ихъ лѣченіи всегда будетъ представляться необходимость расширенія и этого послѣдняго. Оперативнымъ путемъ эти суженія всѣ сразу могутъ быть устранены помощью такъ называемаго двухсторонняго разрѣза шейки, производимаго, смотря по надобности, на различную глубину. Операцію эту мы производимъ всегда, на сколько возможно, такъ, чтобы разрѣзъ вести подъ контролемъ глаза. Расщепивъ низведенную шейку матки на обѣ стороны вплоть до прикрѣпленія сводовъ и сильно растягивая образовавшіяся двѣ губы, мы видимъ передъ собою просвѣтъ суженной верхней части



Рис. 144.

цервикальнаго канала. Введя въ него соотвѣтствующей величины металлическій зондъ и, если только величина просвѣта позволяетъ, то одинъ изъ тонкихъ нумеровъ желобоватыхъ зондовъ, мы останавливаемъ сначала кровотеченіе помощью каленаго желѣза аппарата *Paquelin*'а; затѣмъ, руководствуясь введеннымъ зондомъ, маленькимъ скапелемъ продолжаемъ надрѣзы въ обѣ стороны, пока не пройдемъ сЪуженія внутренняго отверстія (рис. 145); въ нѣкоторыхъ случаяхъ это удастся относительно легко, и даже бываетъ дана возможность и изъ этой части разрѣза происходящее обильное кровотеченіе остановить острымъ наконечникомъ *Paquelin*'а. Въ случаяхъ же, когда самая глубокая часть разрѣза въ области внутренняго зЪва недостаточно хорошо видна, кровотеченіе можетъ быть вполне удовлетворительно остановлено тамъ

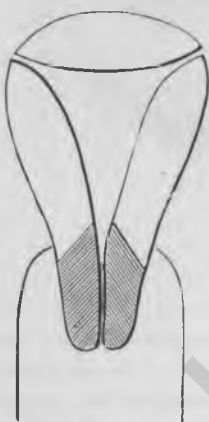


Рис. 145.

пониживаніемъ разрѣза маленькими кусочками кровеостанавливающей ваты (*Gossipium haemostaticum Ph. ros.*).

Разрѣзъ въ одну или обѣ стороны сЪуженнаго внутренняго отверстія или канала шейки производился прежде особенными, для этого предложенными инструментами — метротомами. Инструменты эти построены по типу скрытыхъ литотомовъ, такъ что они вводятся закрытыми за внутреннее отверстие, и затѣмъ при нажатіи пружины остріе скрытаго ножа обнажается, и инструментъ, будучи извлекаемъ, въ то же время производитъ разрѣзъ и при томъ, смотря по тому, находятся ли въ инструментѣ одинъ или два скрытыхъ клинка, только съ одной или съ обѣихъ сторонъ

разу. Эти метротомы имѣютъ столько различныхъ неудобствъ, и манипуляціи ими на столько невѣрны и безконтрольны, что я позволю себѣ выразиться, что двухсторонній разрѣзъ шейки ими *производился* прежде, такъ какъ я самъ его уже никогда не употребляю и не видѣлъ за послѣднее время никого, кто-бы предпочиталъ его другимъ методомъ лѣченія.

Всѣ вышеприведенные методы кроваваго расширенія сЪуженія шейки представляютъ сами по себѣ весьма благодарныя операціи, удовлетворительно излѣчивающія большихъ и неприносящія имъ вреда, и это только нодъ однимъ условіемъ — строжайшаго исполненія предписаній антисептическаго метода. Мы уже упомянули выше, что время летальныхъ исходовъ отъ самой операціи прошло, равно какъ и болѣе серьезныя осложненія въ видѣ пери- или параметральныхъ воспаленій также уже не наблюдаются. Считаая многими десятками число произведенныхъ мною подобныхъ операцій, я не встрѣчалъ послѣ нихъ никакихъ

серьезныхъ осложненій, тогда какъ въ это же время мнѣ приходилось наблюдать не только развитіе серьезныхъ осложненій, но и летальный исходъ въ случаяхъ, когда операція производилась операторами, не достаточно еще проникнувшими требованиями антисептики; впрочемъ, подобные случаи дѣлаются все рѣже и рѣже.

Уходъ за больными въ послѣопераціонномъ періодѣ представляется весьма несложнымъ. Обильно осыпавъ произведенную рану порошкомъ іодоформа и положивъ во влагалище одинъ или два маленькихъ ватныхъ тампона, смоченныхъ въ растворѣ сулемы (1:2000), мы переносимъ больную въ постель; тампоны лежатъ сутки и затѣмъ удаляются. Первые два — три дня больная остается въ покоѣ и даже не получаетъ влагалищныхъ инъекцій, соблюдается только чистота наружныхъ половыхъ органовъ. Съ третьяго дня больная сидятъ въ постели и начинаютъ дѣлать спринцованія изъ 1:4000 сулемы; на 5 или 6 день имъ позволяется уже ходить, и къ 10 дню онѣ могутъ быть выписаны домой. При наложенныхъ швахъ на влагалищной части мы предпочитаемъ снимать ихъ не ранѣ конца второй или начала третьей недѣли, для чего больная снова, уже амбулаторно, приходятъ къ намъ.

При приобретенныхъ суженіяхъ наружнаго отверстія, болѣе и менѣе закрывающая это отверстие перепонка должна быть разрѣзана по согнутому крючкомъ желобоватому зонду и удалена вся, такъ чтобы величина прежде бывшаго отверстія была совершенно восстановлена. Но такъ какъ, оставляя заживать *per secundam* раненыя поверхности, мы рискуемъ снова получить ихъ сращеніе другъ съ другомъ, то мы предпочитаемъ присоединять къ расширенію суженнаго отверстія частичную ампутацію влагалищной части, тѣмъ болѣе, что случаи приобретенныхъ стенозовъ въ большинствѣ представляютъ осложненія или хроническимъ метритомъ всей матки, или метритомъ только шейки, а при этихъ заболѣваніяхъ, какъ мы увидимъ ниже, ампутація влагалищной части вполне показана. Произведя, смотря по условіямъ даннаго случая, удаленіе бѣльшей или меньшей части шейки и соединивъ произведенную рану швами, мы можемъ придать любой размѣръ наружному отверстию и быть вполне увѣренными въ невозможности рецидива суженія, конечно, если ампутація произведена тщательно и точно.

Методы безкровнаго расширенія стенозовъ матки могутъ считаться показанными въ случаяхъ суженій канала шейки и внутренняго отверстія матки. При суженіяхъ наружнаго отверстія они совершенно излишни. Производя расширеніе всего канала шейки и внутренняго отверстія продольными разрѣзами, уже не разъ приходилось наблюдать крайне легкую возможность заживленія ихъ *per primam*. Всѣ наши

манипуляціи, пренятствующія этому сращенію, всегда могутъ быть исходною точкою инфекціи, а для предупрежденія таковой примѣненіе техническихъ деталей антисептики, при частомъ ихъ повтореніи, значительно усложняетъ лѣченіе, длящееся иногда весьма долго и въ концѣ концовъ все-таки дающее заживленіе раненыхъ поверхностей далеко не такъ удовлетворительно, какъ бы этого слѣдовало ожидать, соображаясь съ величиною разрѣза. Въ подобныхъ случаяхъ безкровный методъ расширенія можетъ конкурировать и, дѣйствительно, конкурируетъ съ оперативнымъ. Расширить суженный просвѣтъ канала шейки или внутренняго отверстія мы можемъ или введеніемъ различной величины, специально для этой цѣли назначенныхъ бужей, или же помощью разбухающихъ средствъ. Для достиженія сказанной цѣли мы пользуемся обыкновенно обоими этими методами, комбинируя ихъ.



Рис. 146.

Многочисленнымъ металлическимъ расширителямъ и бужамъ мы предпочитаемъ наборъ бужей *Hegar'a* и *Kaltenbach'a* (рис. 146), такъ какъ, будучи сдѣланы изъ твердаго каучука, они могутъ быть вполне хорошо подвергнуты обеззараживанію, какъ растворомъ карболовой кислоты, такъ и сулемы. Имѣя передъ собою суженіе шейки, долженствующее быть расширеннымъ, мы наступаемъ слѣдующимъ образомъ. Больная подъ хлороформомъ лежитъ на операционномъ столѣ въ ягодично-спинномъ положеніи. Помощью ложкообразныхъ зеркалъ и пулевыхъ щипцовъ влагалищная часть низводится и фиксируется. Дезинфицировавъ достаточно поле операціи растворомъ *Ac. carbolicі* (3%), мы беремъ одинъ изъ самыхъ тонкихъ номеровъ бужей, соответствующій толщинѣ могущаго проходить зонда и, обмывъ его растворомъ сулемы (1:1000) и смазавъ 10% карболовымъ вазелиномъ, вводимъ его въ каналъ шейки. Увеличивая постепенно номеръ бужа, мы достигаемъ минутъ въ десять расширенія канала, позволяющаго уже ввести одну изъ тонкихъ палочекъ ламинаріи или тупело, и переходимъ затѣмъ къ ихъ примѣненію, чтобы не производить быстро насильственнаго расширенія до значительныхъ размѣровъ. Разбухающія средства (прессованныя губки, *laminaria*, *tupelo*) мы примѣняемъ всегда только, покрывая ихъ чехлами изъ тонкаго каучука, съ цѣлью предупредить, какъ возможность травмы слизистой оболочки, такъ и возможность развитія инфекціи, (см. наблюденія *Шлезингера* изъ нашей клиники, «Русская Медицина» 1885, № 10 и 11). Тонкая

палочка ламинаріи вкладывается въ такой чехоль, имѣющій длину 12—15 см. и довольно плотно обхватывающій ее; наружная поверхность чехла дезинфицируется растворомъ сулемы 1:1000. Затѣмъ непосредственно руками она вводится въ цервикальный каналъ; примѣнять для введенія ея корнцангъ совершенно излишне, такъ какъ при низведенной маткѣ онъ не необходимъ и можетъ при сжиманіи каучука произвести на немъ маленькіе разрывы. Послѣ этого въ открытый конецъ трубки чехла вливается извѣстное количество карболоваго раствора (3%), и онъ наглухо завязывается хорошо дезинфицированной шелковою лигатурою. Во влагалище вводятся два, три маленькихъ ватныхъ сулемованныхъ тампона, и большая переносится въ постель. На другой день мы вынимаемъ эту трубку и тщательно вымываемъ влагалище. Каналъ шейки теперь достаточно расширенъ; но, какъ извѣстно, расширение это весьма скоро снова изглаживается, и черезъ нѣсколько дней просвѣтъ шейки приобретаетъ опять свои прежніе размѣры. Для предупрежденія этой возможности оказываются вполне удовлетворяющими цѣли внутриматочные палочкообразные пессаріи. Чаще всего и прочнѣе оказываются пессаріи, приготовленные изъ стекла, имѣющіе просвѣтъ и снабженные — многими боковыми отверстиями (рис. 147). При расширенномъ достаточно каналѣ шейки введеніе ихъ легко, и для избѣжанія разложенія скопляющагося секрета матки передъ введеніемъ просвѣтъ такого пессарія долженъ быть выполненъ порошкомъ іодоформа. Больныя переносятъ присутствіе пессарія хорошо, и, слѣдя за ними время отъ времени, мы можемъ оставлять такой пессарій *in situ* въ теченіе нѣсколькихъ недѣль.



Рис. 147.

Безкровный методъ расширенія шейки требуетъ при своемъ примѣненіи, если можно только такъ выразиться, еще болѣе строгаго выполненія всѣхъ предписаній антисептики въ гинекологіи. При выполненіи ихъ всѣ наши манипуляціи кромѣ пользы ничего не приносятъ больнымъ; въ противномъ же случаѣ весьма часты различныя воспалительныя осложненія, могущія иногда давать летальный исходъ или же надолго вызывать весьма тягостные симптомы. Къ сожалѣнію еще и до сихъ норъ примѣры тому нерѣдки.

Мѣстное суженіе въ видѣ кольцеобразной складки на протяженіи канала шейки требуетъ внимательства врачебной помощи для устраненія обусловливаемаго имъ суженія во время родовъ. Помощь наша заключается въ производствѣ нѣсколькихъ не глубокихъ надрѣзовъ по краю выстоящаго гребня складки;



съуженіе этимъ путемъ устраняется удовлетворительно, и теченіе родовъ идетъ уже далѣе безпрепятственно. Въ случаѣ *Biddera* складка эта вполнѣ въ послѣдствіи оказалась, но видимо, совершенно разрушенною и не образовалась снова. У женщинъ небеременныхъ усиленные потери менструальной крови могутъ быть устраняемы вырѣзываніемъ этой кольцеобразной складки (*P. Müller, Breisky*).

**Б. Пороки развитія матки, при которыхъ просвѣтъ ея не существуетъ вовсе, или же онъ непроходимъ только на извѣстномъ пространствѣ.**

### 1) Дефектъ матки и рудиментъ ея. (*Defectus uteri et uterus rudimentarius.*)

Пороки развитія, ведущіе свое начало изъ самой ранней зародышевой жизни, могутъ стоять въ зависимости или отъ полного отсутствія зачаточныхъ образованій извѣстной части внутреннихъ половыхъ органовъ, или же отъ весьма ранней задержки ихъ дальнѣйшаго развитія. Конечнымъ результатомъ намъ будутъ представляться или дефектъ матки, или ея рудиментарное развитіе.

Дефектъ всей матки встрѣчается относительно нерѣдко на трупахъ нежизнеспособныхъ уродовъ съ пороками развитія нижней половины тѣла. У вполнѣ правильно развитыхъ субъектовъ онъ наблюдается уже весьма рѣдко, особенно на секціонномъ столѣ, при строгомъ анатомическомъ изслѣдованіи. Относительно же часто онъ наблюдается, такъ сказать, клинически, на живыхъ женщинахъ. — Какъ бы ни были точны наши методы изслѣдованія *in viva*, точное констатированіе дефекта матки представляется весьма труднымъ и большею частью невозможнымъ, такъ какъ даже анатомическое изслѣдованіе со скальпелемъ и пинцетомъ въ рукахъ нерѣдко только послѣ тщательной препаровки указываетъ намъ на присутствіе рудимента тамъ, гдѣ сразу казалось, что передъ нами полное отсутствіе матки.

Дефектъ матки, встрѣчаемый у нежизнеспособныхъ уродовъ, можетъ сопровождаться также полнымъ дефектомъ Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ (безполые индивидуумы); въ остальныхъ же случаяхъ они всегда на лицо и притомъ или вполнѣ правильно развитыми, или же въ различныхъ степеняхъ своего рудиментарнаго развитія. Влагалище почти всегда отсутствуетъ или представляется только въ видѣ незначительнаго углубленія между малыми губами. Наружные половые органы большею частію хорошо развиты, и иногда только замѣчается рудиментарное образованіе клитора и малыхъ губъ. *Cavum Douglasii* предста-

вляется, какъ у мужчины: брюшина прямо, безъ образованія поперечныхъ складокъ, съ мочевого пузыря переходитъ на прямую кишку. Фаллопиевы трубы и яичники, помѣщаясь съ боковъ мочевого пузыря, даютъ поводъ къ образованію незначительныхъ поперечныхъ складокъ — рудименты широкихъ связокъ, которыя, смотря по степени развитія Фаллопиевыхъ трубъ, представляются болѣе или менѣе рѣзко выраженными. Общій типъ развитія всего тѣла женскій, грудныя желѣзы развиты правильно, размѣры таза также указываютъ на его женскій типъ.

Рудиментъ матки (*uterus rudimentarius*) встрѣчается чаще, чѣмъ дефектъ ея, и мы обладаемъ уже многими точно констатированными случаями, какъ на секціонномъ столѣ, такъ и на живыхъ (*sub operatione*). Рудиментарное развитіе матки встрѣчается въ различныхъ видахъ, смотря по большому или меньшему количеству развившихся тканей и по формѣ, которую онѣ принимаютъ. Рудиментъ матки можетъ встрѣчаться въ видѣ едва замѣтнаго даже при анатомическомъ изслѣдованіи пучка ткани (мышечныя волокна и болѣе плотная соединительная ткань), заложеннаго подъ брюшною заднею стѣнкою мочевого пузыря, такъ что *sacum Douglasii* представляется только, какъ *sacum vesico-rectale*. Отсутствіе вла-

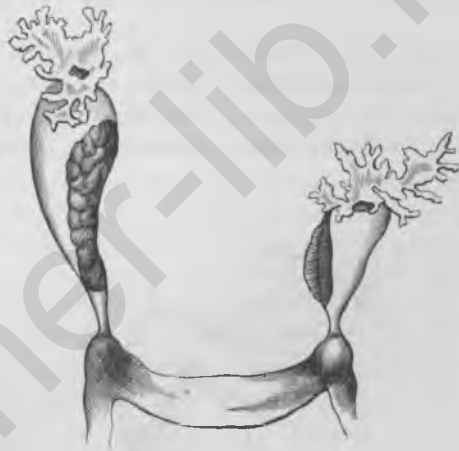


Рис. 148. *Uterus rudimentarius* (Nega).

лища и шейки матки придаетъ этому рудименту въ случаяхъ большаго развитія тканей характеръ поперечно идущаго образованія (рис. 148). Присутствіе рудиментарной шейки, также въ видѣ солиднаго образованія, обуславливаетъ двурогія формы рудимента матки, при чемъ рога матки могутъ быть совершенно солидными пучками ткани, или же иногда въ верхней своей части содержать они незначительной величины полости; прототипомъ такого рудимента можетъ служить случай *Rokitansk'*аго (рис. 149). Порокъ развитія, описанный *Mayer'*омъ подъ именемъ *uterus bipartitus*, есть вѣрнѣе *uterus rudimentarius bicornis*. — Рудиментъ матки можетъ также представляться состоящимъ изъ рѣзко отдѣленныхъ другъ отъ друга неимѣющихъ полостей зачаточныхъ роговъ — *uterus rudimentarius didelphys* (рис. 150).

Задержка развитія можетъ ограничиться только однимъ изъ

Мюллеровыхъ ходовъ, тогда какъ другой развивается правильно далѣе: получается *uterus rudimentarius unilateralis* при *uterus unicornis*.



Рис. 149.

При рудиментарной маткѣ Фаллопиевы трубы, яичники, влагалище и наружные половые органы представляются большою частью весьма хорошо развитыми, и при томъ чаще, чѣмъ при дефектѣ ея; но иногда они наблюдаются также и въ состояніи рудиментарныхъ образованій. Яичники и Фаллопиевы трубы, а иногда и рогъ рудиментарной матки могутъ помѣщаться въ мѣшкѣ наховой грыжи. *Ligamenta rotunda* находятся всегда и при томъ хорошо выраженными, такъ что, только благодаря мѣсту ихъ прикрѣпленія къ маткѣ, бываетъ дана возможность точно опредѣлить границу между

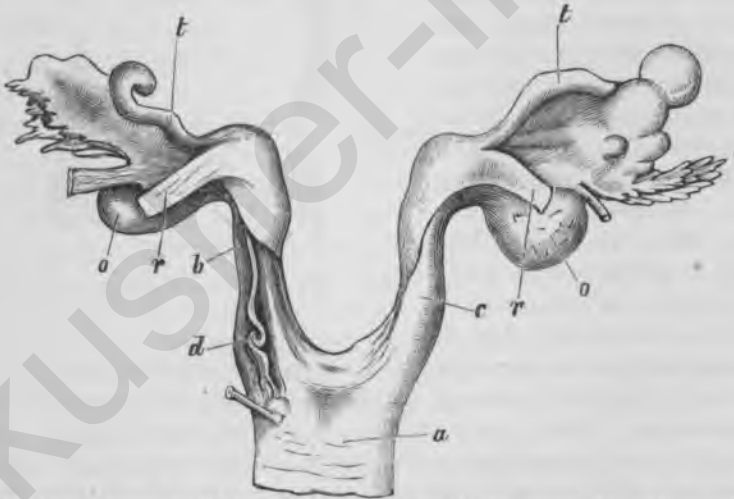


Рис. 150. *Uterus rudimentarius didelphys (didelphys solidus, Heppner)*. а. рудиментъ влагалища; б. рудиментъ правой матки; с. рудиментъ лѣвой матки. d. *Arteria uterina dextra*; r.r. *ligg. rotunda*. t.t. *Tuba Fallopii*; o.o. *Ovarium*.

концомъ солиднаго рога матки и началомъ, иногда тоже солиднымъ, трубы.

Большой интересъ представляютъ случаи, въ которыхъ разбираемый нами порокъ развитія встрѣчается у нѣсколькихъ дочерей одной и той же матери, — случаи, дающіе поводъ говорить о наследственности отсутствія матки.

Субъекты, имѣющія дефектъ матки или ея рудиментъ, какъ мы уже сказали, представляютъ рѣзко выраженный женскій типъ своего организма. Половое влеченіе существуетъ, и большая часть ихъ или выходятъ замужъ, или, вообще, живутъ половою жизнью. Частыя и энергичныя попытки къ coitus'у мало-по-малу обуславливаютъ при полномъ отсутствіи влагалища растяженіе тканей, помѣщающихся на мѣстѣ introitus vaginae, такъ что получаются иногда довольно порядочныхъ размѣровъ вдавленіе въ видѣ слѣплого мѣшка; или же роль влагалища начинаетъ играть мочеиспускательный каналъ, довольно легко растягивающійся, при постепенномъ расширеніи, до размѣровъ, свободно пропускающихъ penis средней величины. Подобное расширеніе уретры въ данномъ случаѣ тѣмъ легче возможно, что при отсутствіи влагалища мочеиспускательный каналъ самъ по себѣ представляется значительно болѣе широкимъ.

Менструація и molimina menstrualia обыкновенно отсутствуютъ. Рѣдко и неправильно встрѣчающіяся незначительныя потери крови изъ половыхъ органовъ находятъ себѣ объясненіе въ различнаго рода травмахъ, сопутствующихъ какъ усиленнымъ попыткамъ къ coitus'у, такъ и различнымъ манипуляціямъ при онанизмѣ. Введеніе инородныхъ тѣлъ въ уретру съ цѣлью мастурбаціи уже наблюдалось у субъектовъ, имѣвшихъ рудиментарную матку; извѣстенъ случай, въ которомъ шпилька, попавшая въ мочевой пузырь этимъ путемъ, послужила ядромъ для развитія мочевого камня (*J. Veit, «Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.»*, 1878, II, стр. 121). Такъ называемая menstruatio vicaria представлялась наблюденію только въ рѣдкихъ случаяхъ; упоминается о появленіи носовыхъ, бронхіальныхъ кровотеченій и кровотеченій изъ прямой кишки. Какъ исключительно рѣдкіе случаи, представляются наблюденія появленія molimina menstrualia, имѣющихъ иногда рѣзко выраженный характеръ дисменоррейныхъ болей, при чемъ анатомическое изслѣдованіе на секціонномъ столѣ указывало на присутствіе хорошо развитыхъ яичниковъ, снабженныхъ Граафовыми пузырьками различной степени зрѣлости. *Leopold* нашель также присутствіе желтыхъ тѣлъ въ различныхъ періодахъ ихъ развитія и констатироваль фактъ, что овуляція можетъ имѣть мѣсто при рудиментарной маткѣ и отсутствіи влагалища, не обуславливая ни малѣйшаго кровоизліянія въ имѣющуюся замкнутую маленькую полость матки (*«Arch. f. Gynaekol.»*, Bd. XIV, стр. 388).

Больныя обращаются за медицинскою помощію обыкновенно по поводу невозможности совокупленія (impotentia coeundi) или отсутствующей менструаціи (amenorrhoea); рѣже уже къ этому присоединяются жалобы на весьма болѣзненные molimina menstrualia (dysmenorrhoea). Изслѣдованіе тотчасъ же выясняетъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Полное отсутствіе влагалища или

только незначительное углубленіе на мѣстѣ introitus vaginae опредѣляются легко уже при осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ. Рядомъ съ этимъ нерѣдко приходится констатировать значительное расширеніе наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала; уретра на всемъ своемъ протяженіи до внутренняго отверстія свободно пропускаетъ указательный палецъ. Будучи принуждены изслѣдовать per rectum, мы также легко опредѣляемъ присутствіе порока развитія, вѣрнѣе — отсутствіе вполне правильно развитой матки. Болѣе труднымъ является уже вопросъ объ опредѣленіи вида имѣющагося передъ нами рудимента матки; а въ случаяхъ его крайне незначительнаго развитія или смѣщенной дифференціальная діагностика его отъ полнаго дефекта матки

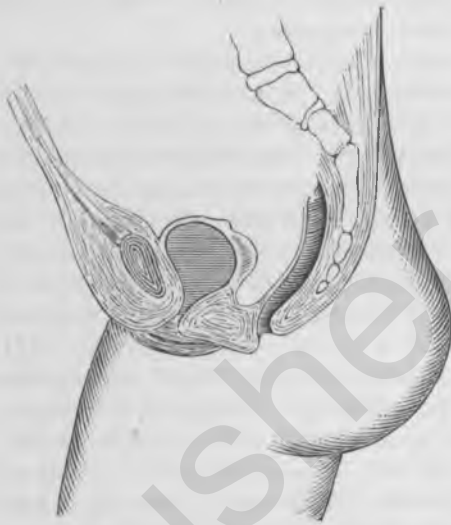


Рис. 151.

представляется весьма трудной и иногда невозможной. Но изслѣдованіе per rectum при неособенно упругой брюшной стѣнкѣ или при примѣненіи наркоза (хлороформа) даетъ вполне удовлетворительные результаты, особенно при введеніи въ прямую кишку двухъ пальцевъ. Обыкновенно на задней стѣнкѣ мочевого пузыря хорошо и ясно можетъ быть прощупанъ рудиментъ матки (рис. 151) въ формѣ болѣе или менѣе значительнаго утолщенія, при uterus rudimentarius bicornis располагающагося по срединной линіи съ отходящими въ стороны утолщеніями; при uterus rudimentarius didelphys или при uterus rudimentarius bicornis съ дефектомъ шейки — по срединной линіи не будетъ представляться никакого опредѣлимаго утолщенія, и только по сторонамъ будутъ прощупываться продолговатые утолщенія, рядомъ съ которыми въ большинствѣ случаевъ будутъ помѣщаться яичники. Tuba Fallopii, будучи неизмѣнною, какъ и при нормальной маткѣ, не поддается обыкновенно нашему опредѣленію.

Точный діагнозъ дефекта матки, какъ мы уже сказали, въ большей части случаевъ бываетъ весьма не легкимъ, и при малѣйшей поспѣшности и недостаточной осторожности, рудиментъ матки часто принимался за дефектъ ея. Кромѣ вскрытій ошибка

была уже констатирована *sub operatione*, предпринимавшейся съ цѣлью удаленія яичниковъ. Почти для всѣхъ случаевъ наружно-внутреннее изслѣдованіе *per rectum*, подъ хлороформомъ, съ одновременнымъ введеніемъ катетера въ мочевой пузырь бываетъ совершенно достаточно для полученія яснаго представленія о расположеніи и формѣ рудиментарныхъ образованій матки. Изслѣдованіе пальцемъ черезъ мочевой пузырь, послѣ предварительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала, весьма часто не оправдываетъ возлагаемыхъ на него надеждъ при распознаваніи *uterus rudimentarius* и *defectus uteri*, такъ какъ мы можемъ при этомъ хорошо прощупывать только нижнюю часть пространства между его заднею стѣнкою и прямою кишкою и такимъ образомъ, дѣйствительно, можемъ удобно и точно опредѣлять пороки развитія и дефектъ влагалища. Для изслѣдованія же болѣе высоко лежащихъ частей, гдѣ могутъ еще помѣщаться рудиментарныя образованія матки, нашъ палецъ оказывается уже недостаточно длиннымъ, и этимъ путемъ, слѣдовательно, мы не можемъ получить точнаго представленія о дефектѣ матки. Опредѣленіе помощью ощупыванія образованій, лежащихъ въ грыжевомъ мѣшкѣ паховой грыжи, требуетъ также большой осторожности, и заключенія наши легко могутъ быть ошибочными. *Leopold* (I. с. стр. 382), думая встрѣтить только яичникъ, при операціи нащелъ рудиментарный рогъ матки, сѣставлявшій главную массу опухолевиднаго тѣла, прощупывавшагося черезъ кожу, и рядомъ съ нимъ яичникъ нѣсколько меньшей нормальнаго величины.

Разбираемые нами пороки развитія сами по себѣ, конечно, не требуютъ никакого лѣченія. Но присутствіе вполне развитыхъ и функционирующихъ яичниковъ обуславливаетъ иногда рѣзко выраженные боли характера дисменоррей, постепенно усиливающіяся и дѣлающія страданія больной невыносимыми, такъ что наша помощь представляется необходимой. Удаленіе яичниковъ, какъ основнаго начала страданія въ данномъ случаѣ, должно считаться вполне показаннымъ. Первая операція удаленія яичниковъ (*oophorectomia, castratio*) при порокахъ развитія матки была произведена *E. Randolph*'омъ *Peaslee* въ Нью-Йоркѣ въ 1876 году. Удаляемые при этомъ яичники во всѣхъ до сихъ поръ произведенныхъ операціяхъ представлялись измененными вълѣдствіе болѣе или менѣе значительнаго развитія кистъ (*Kleinwächter*. «*Arch. f. Gynaek.*» XVII, стр. 487). Послѣ операціи большыя совершенно избавлялись отъ мучившихъ ихъ дисменоррейныхъ болей. вмѣстѣ съ удаленіемъ яичника *Leopold* (I. с.) вырѣзалъ также и рудиментарный рогъ матки, помѣщавшійся вмѣстѣ съ нимъ въ мѣшкѣ паховой грыжи.

## 2) Дефектъ и рудиментарное развитіе шейки матки. (*Defectus cervicis uteri et cervix uteri rudimentaria*). *Haematometra*.

Разбирая случаи врожденнаго нарушенія проходимости канала шейки матки, мы должны рядомъ съ ними, какъ это мы сдѣлали уже при порокахъ развитія влагалища, рассмотреть также и случаи приобретенной *haematometr*'ы. Пороки развитія шейки представляются нашему наблюденію, съ одной стороны, какъ полный дефектъ ея, причеиъ тѣло—*corpus uteri*—развито хорошо, или же оно въ состояніи гипоплазіи; другой рядъ случаевъ со-

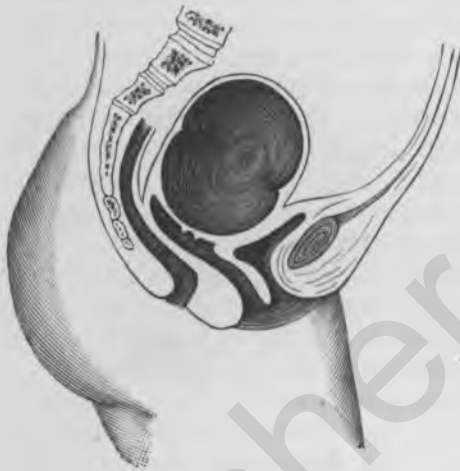


Рис. 152.

ставляютъ рудиментарныя образованія шейки, причеиъ просвѣтъ ея непроходимъ, или на всеиъ своемъ протяженіи, или же только частично, ограничиваясь или *orificium internum*, или *orific. externum*. Заращенія просвѣта шейки приобретенныя ограничиваются также, большею частью, или атрезіей наружнаго, или только одного внутренняго отверстія, причеиъ въ первомъ случаѣ весьма не рѣдко встрѣчается также и совмѣстное заращеніе верхней части влагалища.

Послѣдствіемъ нарушенія проходимости наружнаго отверстія шейки матки, наблюдается обыкновенно скопленіе менструальной крови въ полости матки; при этомъ представляется значительно растянутой вся матка,—какъ ея тѣло, такъ и шейки (рис. 152), такъ что получается одна общая полость. Граница между полостью тѣла и полостью шейки, при анатомическомъ изслѣдованіи, всегда можетъ быть точно опредѣлена, такъ какъ стѣнки шейки матки растягиваются сильнѣй и представляются обыкновенно тоньше, чѣмъ стѣнки тѣла матки, которыя большей частью гипертрофируются и только въ исключительныхъ случаяхъ могутъ быть наблюдаемы значительно истонченными. При атрезіи *orificii interni* растяженію подлежитъ только одно тѣло матки, шейка же не измѣняетъ своихъ нормальныхъ размѣровъ (рис. 153).

При развитіи *haematometrae* вслѣдствіе дефекта шейки или рудиментарнаго ея развитія приходится наблюдать чаще, чѣмъ при другихъ формахъ гинатрезій (влагалище и *hymen*),

совмѣстное развитіе скопленія крови въ Фаллопиевыхъ трубахъ (*haematosalpinx*). Растяженіе трубы кровью замѣчается обыкновенно при этомъ въ ея абдоминальномъ концѣ, маточный же конецъ нерѣдко совершенно непроходимъ — заращенъ. Совмѣстное развитіе *haematosalpinx*'а при *haematometr*'ѣ можно поставить въ связь съ затрудненнымъ кровообращеніемъ въ сосудахъ слизистой оболочки матки, подъ вліяніемъ повышеннаго внутриматочнаго давленія, и развивающимся при этомъ значительнымъ коллатеральнымъ приливомъ къ слизистой оболочкѣ трубъ и яичникамъ, такъ какъ въ этихъ послѣднихъ нерѣдко приходится наблюдать при этомъ кровотеченія изъ перифолликулярнаго слоя Граафовыхъ пузырьковъ и развитіе незначительной величины кровяныхъ кистъ. Брюшина, покрывающая матку и ея придатки, весьма часто представляетъ слѣды хроническаго воспаленія въ формѣ ложныхъ перепонокъ. Кровотеченія въ полость брюшины наблюдаются также относительно нерѣдко, и большей или меньшей величины инкапсулированныя скопленія крови — *haematocoele* — составляютъ нерѣдкіе спутники разбираемаго нами порока развитія. Источникомъ этого кровотеченія служатъ обыкновенно или сосуды ложныхъ перепонокъ, или же кровь изливается изъ брюшнаго конца трубы. Кровь, скопляющаяся въ полости матки при *haematometr*'ѣ, претерпѣвая извѣстныя измѣненія, приобретаетъ тотъ же характерный видъ, какъ и кровь при всѣхъ другихъ формахъ атрезій, описанныхъ и разобранныхъ уже нами ранѣе (см. стр. 7).



Рис. 153.

При заращеніи внутренняго отверстія матки въ старческомъ возрастѣ въ полости ея скопляется обыкновенно болѣе или менѣе значительное количество продукта выдѣленія маточныхъ желѣзъ — слизи: получается *hydrometra*. Характеръ задержанной слизи представляется различнымъ: или она густа и тягуча, или же совершенно жидка, какъ вода; при этомъ иногда можетъ быть наблюдаема также примѣсь извѣстнаго количества крови въ случаяхъ, осложненныхъ развитіемъ фиброміомъ или другихъ натологическихъ процессовъ. Величина, которой достигаетъ растягивающаяся подъ вліяніемъ скопленія жидкости матка, бываетъ



обыкновенно гораздо меньше, чѣмъ при скопленіяхъ крови, но все-таки иногда она достигаетъ размѣровъ головы взрослога человѣка и болѣе. Въ случаяхъ совмѣстнаго заращенія, какъ внутренняго, такъ и наружнаго отверстія, слизь скопляется, какъ въ полости матки, такъ и въ каналѣ шейки ея, такъ что получаютъ двѣ отдѣленныя другъ отъ другъ, болѣе или менѣе растянутыя полости; наружное очертаніе матки при этомъ напоминаетъ собою нѣсколько форму песочныхъ часовъ.

Осложненія атрезій воспаленіемъ слизистой оболочки матки съ отдѣленіемъ гноя даютъ иногда поводъ къ развитію довольно значительныхъ скопленій его въ полости матки — *pyometra*. Въ случаяхъ прибрѣтенныхъ атрезій можно также наблюдать разложеніе содержимаго съ образованіемъ болѣе или менѣе значительнаго количества газовъ — *phlyometra*. Свѣжія заращенія въ послѣродовомъ періодѣ даютъ иногда поводъ къ задержанію въ значительномъ количествѣ послѣродовыхъ очищеній — *lochometra*.

Въ **этіологіи** происхожденія врожденныхъ атрезій можно предполагать, что въ періодѣ развитія, послѣ первыхъ двухъ мѣсяцевъ утробной жизни, въ случаяхъ, когда область тѣла матки представляется хорошо развитой, существовали условія, препятствовавшія нормальному питанію и развитію области шейки, или въ формѣ давленія, производимаго прилежащими органами, или же въ формѣ мѣстныхъ воспалительныхъ процессововъ.

Прибрѣтенная непроходимость канала шейки въ большинствѣ случаевъ встрѣчается послѣ тяжелыхъ гангренозныхъ формъ воспаления послѣродового періода и значительныхъ разрывовъ *sub partu*, осложненныхъ мѣстными омертвѣніями. Неосторожныя обширныя прижиганія, повторяемыя болѣе продолжительное время, а также и нѣкоторыя изъязвленія, наблюдаемыя при катаррахъ шейки, даютъ также нерѣдко поводъ къ мѣстной атрезіи. Гранулирующія воспаленныя поверхности слизистой оболочки шейки у внутренняго зѣва въ старческомъ возрастѣ особенно легко даютъ сращенія. Недостаточно точно произведенная ампутація шейки матки далеко не такъ рѣдко, какъ это кажется, даетъ также поводъ къ развитію, какъ стенозовъ, такъ и атрезій. Развитіе новообразованій въ стѣнкахъ шейки матки, какъ, напр., фиброидовъ или раковъ, обуславливаетъ сначала, мало-по-малу, суженіе канала, доходящее, наконецъ, до полной его непроходимости.

Развитіе **припадковъ** при дефектѣ шейки и рудиментарномъ ея развитіи совпадаетъ обыкновенно съ наступленіемъ половой зрѣлости. Менструальная кровь, изливаясь въ полость матки и не находя себѣ выхода наружу, скопляется и растягиваетъ до извѣстной степени ее; результатомъ этого является отсутствіе менструальнаго кровотеченія наружу (*amenorrhoea*) и

развитіе болѣзненныхъ *molimina menstrualia*, имѣющихъ иногда характеръ маточныхъ коликъ (*dysmenorrhoea*). Эти періодически повторяющіяся боли, не сопровождаемыя менструальнымъ кровотеченіемъ, мало-по-малу усиливаются, дѣлаются все болѣе и болѣе продолжительными, такъ что, наконецъ, свободные промежутки между ними сглаживаются, и больныя страдаютъ уже постоянно невыносимыми болями въ нижней части живота. При *haematometra* явленія ущемленій въ полости малаго таза наблюдаются рѣже и представляются менѣе интенсивно выраженными, чѣмъ при *atresia hymenalis* или при непроходимости нижняго отрѣзка влагалища. При приобретенныхъ атрезіяхъ время перваго появленія аменореи и схваткообразныхъ болей совпадаетъ всегда со временемъ дѣйствія причинъ, обуславливающихъ зараченіе.

Постоянныя боли и невыносимыя страданія вліютъ на общее состояніе больныхъ такимъ образомъ, что онѣ въ скоромъ времени значительно худѣютъ и представляются неспособными ни къ какому труду. *Hydrometra* въ старческомъ возрастѣ вызываетъ уже гораздо меньше болѣзненныхъ ощущеній, и послѣднія иногда на столько незначительны, что измѣненія констатируются только случайно на секціонномъ столѣ.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи въ случаяхъ атрезіи наружнаго отверстія мы находимъ на мѣстѣ матки болѣе или менѣе значительной величины опухоль, шарообразную, подвижную, крайне упругую, по консистенціи имѣющую сходство съ каучуковымъ баллономъ, растянутымъ *ad maximum* жидкостью; шейка матки и *portio vaginalis* ея, принимая участіе въ образованіи опухоли, не могутъ быть прощупаны какъ отдѣльныя образованія. Опухоль при изслѣдованіи не болѣзненна, и только при осложненіяхъ периметритическими воспаленіями болѣзненность бываетъ на столько значительна, что для производства точнаго изслѣдованія требуется примѣненіе хлороформа. Нерѣдко вмѣстѣ съ большой опухолью могутъ быть опредѣлены еще прибавочныя опухоли растянутыхъ кровью трубъ (*haematosalpinx*), располагающіяся рядомъ съ ней, болѣе кзади, съ одной или съ обѣихъ сторонъ. При зараченіи *orificii int.* опредѣляется такая же шарообразная, крайне упругая опухоль на мѣстѣ тѣла матки, шейка же и влагалищная часть представляются не измѣненными и на всемъ своемъ протяженіи до внутренняго отверстія проходимыми для зонда.

При постановкѣ діагноза важную роль играетъ анамнезъ. *Amenorrhoea* и болѣзненные *molimina menstrualia* наблюдаются въ случаяхъ врожденныхъ атрезій—со времени наступленія половой зрѣлости, при приобретенныхъ же—послѣ трудныхъ формъ послѣродовыхъ заболѣваній или неосторожно проведеннаго лѣченія (прижиганія, ампутаціи влагалищной части). Этотъ анам-

незъ и жалобы больныхъ даютъ уже возможность заподозрить задержаніе крови; внутреннее изслѣдованіе обыкновенно почти всегда уже сразу рѣшаетъ окончательно, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло: шарообразная форма матки, ея характерная консистенція при сказанномъ анамнезѣ почти всегда бываютъ достаточны для дифференцированія отъ беременности, опухолей и воспаленій.

Въ случаяхъ неточнаго діагноза должна считаться вполнѣ показанной пробаторная пункція тонкой иглой шприца Праваца или аппарата Потэна, такъ какъ при соблюденіи извѣстной чистоты она представляется совершенно безвредной; полученная при этомъ темная, густая подобно кофейной гущѣ кровь есть патогномическое явленіе даннаго заболѣванія.

Діагнозъ *hydrometrae* представляетъ уже болѣе затрудненій: растяженіе матки гораздо менѣе значительно, ростъ весьма медленный, и иногда полное отсутствіе жалобъ обуславливаетъ, какъ мы уже сказали ранѣе, что заболѣваніе это опредѣляется иногда только при вскрытіи. Весьма рѣдкіе случаи *haematometrae* вслѣдствіе заращенія *orificii interni* могутъ дать иногда поводъ къ смѣшиванію ихъ съ беременностью и опухолями: характерная мягкая консистенція беременной матки и ея форма удержатъ насъ отъ пробаторной пункціи и заставятъ обождать извѣстное время, достаточное для выясненія діагноза; злокачественныя опухоли тѣла матки обуславливаютъ иногда также весьма упругую консистенцію, крайне похожую на консистенцію при *haematometra*, — но и въ этихъ случаяхъ, выжидая, мы получаемъ всегда очень вѣскія данныя, говорящія противъ скопленія крови.

**Теченіе и исходы.** Теченіе болѣзни очень длительное; случаи быстро образующейся опухоли крайне рѣдки. Постепенное увеличеніе опухоли, оставленное безъ надлежащей помощи, ведетъ почти всегда къ разрыву растягивающихся стѣнокъ матки. Остановка роста *haematometrae* наблюдается только въ исключительныхъ случаяхъ наступленія менопаузы, которая при порокахъ развитія иногда можетъ наступить весьма рано.

Произвольный разрывъ происходитъ или на мѣстѣ заращенія, если оно относительно тонко и имѣетъ характеръ перепончатый, какъ это нерѣдко наблюдается при приобрѣтенныхъ формахъ, или же разрывается крайне растянутая и значительно истонченная стѣнка шейки матки. Содержимое *haematometrae* изливается въ околوماتочную клѣтчатку и оттуда прокладываетъ себѣ путь или въ мочевою пузырь, или въ прямую кишку; извѣстенъ случай, въ которомъ излившееся такимъ образомъ содержимое вскрылось сзади на кожѣ области лѣвой ягодицы. Гораздо рѣже разрывы происходятъ такъ, что кровь изливается или прямо въ брюшину, или въ полые органы брюшной полости (кишки и желудокъ), бывшіе приращенными къ маткѣ вслѣдствіе

старыхъ перитонитическихъ процессовъ. Haematosalpinx, столь часто осложняющій haematometram, можетъ также дать произвольный разрывъ съ опорожненіемъ своего содержимаго въ брюшную полость, вызывающій въ большинствѣ случаевъ смертельный перитонитъ.

**Предсказаніе.** Haematometra, образующаяся вслѣдствіе полной или частичной непроходимости канала шейки матки, представляетъ прогнозъ самый неблагоприятный, сравнительно съ другими формами скопленія крови, вслѣдствіе atresia hymenalis или vaginalis, такъ какъ при произвольныхъ разрывахъ ея или осложняющаго ее haematosalpinx'a близкое сосѣдство брюшины обуславливаетъ весьма серьезное заболѣваніе и нерѣдко даже летальный исходъ. Наша помощь — оперативное лѣченіе — въ данномъ случаѣ также и по тѣмъ же причинамъ сопряжено съ болѣшими опасностями.

**Лѣченіе** состоитъ въ проколѣ растянутой кровью матки и опорожненіи ея содержимаго. При заращеніи наружнаго отверстія троакаръ долженъ быть вколотъ на мѣстѣ предполагающагося orificii externi, и, такъ какъ извѣстно, что влагалищная часть, растягиваясь, смѣщается такимъ образомъ, что болѣе доступнымъ представляется ея передній отдѣлъ, то и мѣсто, выбираемое для прокола, должно находиться, на сколько возможно, болѣе кзади. При полной непроходимости всего канала шейки и ея рудиментарномъ развитіи, образованіе новаго пути должно быть направлено чрезъ толщу ея. Проведеніе троакара при заращеніи внутренняго отверстія облегчается существующимъ каналомъ шейки, направление котораго и указываетъ дальнѣйшій путь. Опасности операціи опорожненія задержанной крови, методъ ея производства и необходимыя манипуляціи для поддержанія возможности дальнѣйшаго свободнаго оттока ея, были уже нами разобраны при atresia hymenalis и vaginalis (см стр. 12 и 46).

### 3) Односторонній дефектъ и рудиментарное развитіе шейки матки. (Defectus cervicis uteri unilateralis, cervix uteri rudimentaria unilateralis.) Haematometra unilateralis.

При uterus bicornis et didelphys пороки развитія шейки одной стороны, обуславливающіе ея непроходимость, даютъ поводъ къ скопленію крови или слизи въ полости соответствующаго ей рога матки. Непроходимость канала шейки можетъ быть и въ этихъ случаяхъ только частичною, или же весь каналъ можетъ вполне отсутствовать; въ первомъ случаѣ мы имѣемъ предъ собою обыкновенно только атрезію наружнаго отверстія при двурогой или двуполостной маткѣ (рис. 154); при второмъ же на мѣстѣ шейки находится рудиментъ ея въ видѣ тяжа большей или

меньшей величины, связывающей также рудиментарно развитой рогъ матки съ рогомъ вполне хорошо развитымъ (*uterus unicornis cum cornu rudimentario*) (рис. 155).

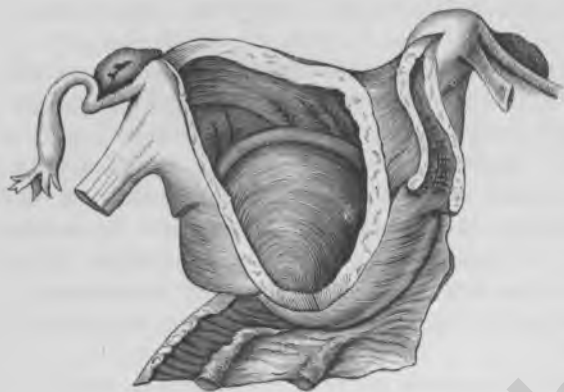


Рис. 154. *Haematometra unilateralis* при *uterus duplex* (Jaquet).

мя съ таковыми же процессами въ здоровой сторонѣ. Большой частью необходимъ какой нибудь сильный толчекъ къ физиологической жизни полового аппарата женщины, чтобы дать



Рис. 155. *Uterus unicornis cum cornu rudimentario* (Rokitansky).

поводъ къ началу ихъ и на сторонѣ, представляющей порокъ развитія. Такимъ образомъ, начало развитія скопленій въ замкнутой полости нерѣдко сводится ко времени бывшихъ родовъ, послѣродовыхъ заболѣваній или начала усиленной половой жизни.

Полость рога матки, наружное отверстие шейки котораго зарращено, или рудиментарнаго рога при однорогой маткѣ можетъ весьма долго оставаться безъ измѣненій, такъ какъ усиленные выдѣленія выстилающей ее оболочки или кровотока изъ нея появляются не обязательно въ одно время

съ таковыми же процессами въ здоровой сторонѣ. Большой частью необходимъ какой нибудь сильный толчекъ къ физиологической жизни полового аппарата женщины, чтобы дать поводъ къ началу ихъ и на сторонѣ, представляющей порокъ развитія. Такимъ образомъ, начало развитія скопленій въ замкнутой полости нерѣдко сводится ко времени бывшихъ родовъ, послѣродовыхъ заболѣваній или начала усиленной половой жизни.

Скопленіе крови въ одной половинѣ неправильно развитыхъ половыхъ органовъ встрѣчается, вообще говоря, довольно рѣдко, чистыя же формы *haematometrae unilateralis* — еще гораздо рѣже, вслѣдствіе того, что въ большинствѣ случаевъ

наблюдается и двойственность влагалища, причемъ нарушение проходимости полового канала помѣщается чаще на протяженіи одного изъ влагалищъ, и мы имѣемъ тогда *haematometra et haematocolpos unilateralis*. Въ значительно преобладающемъ числѣ наблюдений зарращенія наблюдаются на правой сторонѣ.

Отсутствіе шейки матки или ея рудиментъ на одной сторонѣ двурогой матки сами по себѣ не даютъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, и только съ появленіемъ менструальныхъ кровотеченій или болѣе значительныхъ выдѣленій слизистой оболочки замкнутой полости матки появляются симптомы, вызываемые скопленіемъ жидкости и растяженіемъ тѣла одного рога матки. Характеръ болей и картина болѣзни тѣ же, что и при haematometra, вообще, съ той только разницей, что больныя имѣютъ довольно правильныя потери крови наружу, изъ незарощеннаго рога. Дисменорейныя боли совпадаютъ иногда со временемъ менструаціи или же появляются отдѣльно, такъ какъ мы уже видѣли, что два рога двурогой или двойной матки могутъ менструировать въ различное время независимо другъ отъ друга. Время, потребное для роста опухоли, развивающейся вслѣдствіе скопленія въ полости атрезированнаго рога крови, весьма различно; иногда достаточно только нѣсколькихъ менструальныхъ періодовъ, чтобы опухоль достигла значительныхъ размѣровъ (*Jaquet, «Zeitschrift f. Geburtsh. u. Frauenkrankh.» von E. Martin u. Fasbender, I, 1876, стр. 131*), иногда же, — и это въ большинствѣ случаевъ, — ростъ опухоли медленный. Различіе въ быстротѣ роста haematometrae, повидимому, стоитъ въ непосредственной связи со степенью развитія тѣла неправильно развитого рога.

Рудиментарное развитіе шейки и недостаточное развитіе всего рога на одной сторонѣ при uterus unicornis влечетъ за собою только очень рѣдко развитіе haematometrae въ существующей небольшой полости недостаточно развитой половины. Симптомы, развивающіеся при этомъ, весьма схожи съ симнтомами haematometrae lateralis при uterus bicornis, только ростъ опухоли весьма медленный, и интенсивность приступа болей гораздо менѣе выражена.

Haematometra unilateralis двурогой матки при заращеніи одного изъ наружныхъ отверстій ея представляетъ иногда уже при наружномъ изслѣдованіи довольно значительную опухоль, выдающуюся надъ symphysis ossium pubis. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть здоровой половины нѣсколько оттянута кверху и оттѣснена въ противоположную сторону; одинъ изъ сводовъ занятъ опухолью, значительно уплощающею его и даже впячивающею его въ просвѣтъ влагалища. Опухоль эластична, болѣе или менѣе шарообразна, при давленіи обыкновенно не болѣзненна, плотно соединена съ маткой, движется только вмѣстѣ съ ней; portio vaginalis со стороны, прилежащей къ опухоли, сглаживаясь, непосредственно переходитъ въ нее; orificium externum имѣетъ видъ полулуны, вогнутостью обращенной къ опухоли (см. стр. 52); введенный въ здоровую половину матки зондъ иногда рѣзко показываетъ отклоненіе дна ея въ сторону, какъ при маткѣ однорогой.

Зачаточный рогъ при *uterus unicornis* прощупывается въ формѣ небольшого продолговатаго тѣла, лежащаго сбоку матки, свободно подвижнаго, рядомъ съ которымъ можетъ быть опредѣленъ также и яичникъ. Въ случаяхъ скопленія въ немъ крови, онухоль, образуемая при этомъ, не достигаетъ значительной величины, представляется относительно подвижной, не болѣзненной, характерной эластичности, и рядомъ съ ней прощупывается яичникъ.

Распознаваніе *haematometrae unilateralis* при *uterus bicornis* не представляется всегда труднымъ; время начала развитія болей, характерная консистенція опухоли и почти патогномическое измѣненіе въ очертаніи влагалищной части и наружнаго отверстия здоровой стороны съ нерѣдко встрѣчающимися остатками перегородки во влагалищѣ довольно точно указываютъ на то, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. *Haematometra lateralis* при *uterus unicornis* опредѣляется уже гораздо труднѣе, такъ какъ очень легко можетъ быть смѣшиваема съ различнаго рода кистовидными образованіями, и для постановки точнаго діагноза требуетъ пробаторной пункции, которая и въ этихъ случаяхъ, будучи произведена со всѣми необходимыми предосторожностями, не представляетъ никакой серьезной опасности.

Разрывъ растянутаго кровью рога матки наблюдается также нерѣдко въ случаяхъ, когда помощь не подана во-время; въ отличіе отъ разрыва при *haematometra*'ѣ вообще, онъ влечетъ за собою рѣже серьезные послѣдствія. Разрывъ довольно часто происходитъ въ перегородкѣ, отдѣляющей обѣ шейки другъ отъ друга; кровь постепенно изливается чрезъ проходимое *orificium externum* наружу, и этимъ путемъ можетъ произойти произвольное излѣченіе, если только вслѣдъ за неполнымъ опорожненіемъ полости не наступятъ явленія разложенія въ остающейся жидкости, могущія въ свою очередь дать поводъ къ нагноенію и даже къ развитію септическихъ явленій. Осложняющій *haematometram unilateralem hematosalpinx* и возможность его разрыва ставятъ эти случаи на ряду съ опасными исходами *haematometrae*, вообще. Разрывъ мѣшка *haematometrae* рудиментарнаго рога при *uterus unicornis*, происходя въ полость брюшины, по опасности своихъ послѣдствій аналогиченъ съ разрывомъ мѣшка *haematosalpinx*'а.

Кромѣ разрыва вслѣдствіе скопленія крови рудиментарный рогъ въ этихъ случаяхъ можетъ иногда разорваться подъ вліяніемъ растущаго въ немъ плоднаго яйца. Забеременѣваніе рога, имѣющаго рудиментарную шейку въ формѣ непроходимаго пучка ткани, при *uterus unicornis* наблюдалось уже относительно нерѣдко. Возможность такого забеременѣванія обыкновенно бываетъ дана или *transmigratione ovuli externa* или *transmigratione seminis* (рис. 156 по *Kussmaul*'ю). Не смотря на то, что

подобныя же условія иногда наблюдаются и при атрезіяхъ одного рога при *uterus bicornis*, или одной полости при *uterus bicularis*, забеременѣваніе этихъ атрезированныхъ полостей еще не наблюдалось. Этотъ интересный фактъ до сихъ поръ не нашелъ еще себѣ достаточнаго объясненія; *P. Müller* предполагаетъ, что отсутствіе подобныхъ наблюденій основано на ошибкахъ діагноза, и что нѣкоторые случаи *atresiae orificii externi acquisitae sub graviditate*, опредѣляемые какъ таковыя во время родовъ, могутъ представлять случаи беременности атрезированной половины двурогой или двураздѣльной матки.

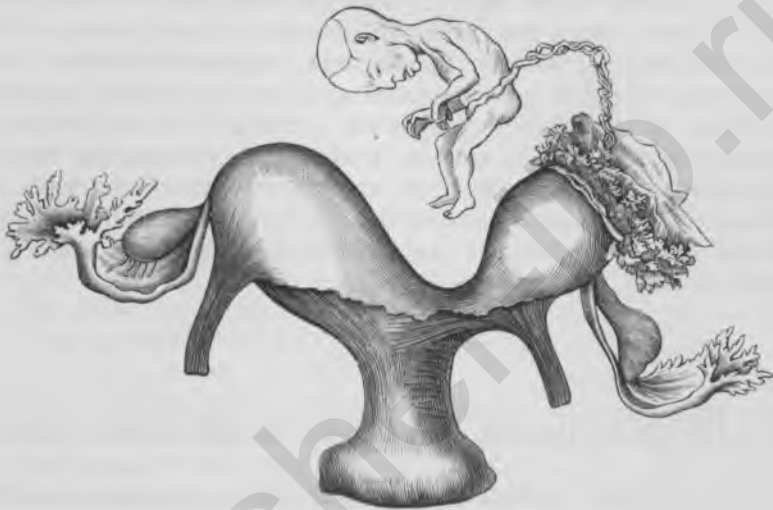


Рис. 156.

**Предсказаніе** представляется на столько же неблагоприятнымъ, какъ при *haematometr'* вообще, особенно же оно неблагоприятно при скопленіи крови въ рогѣ съ рудиментарной шейкой при однорогой маткѣ, или при его забеременѣваніи съ послѣдующимъ, почти неизбѣжнымъ разрывомъ.

**Лѣченіе.** Проколъ мѣшка *haematometrae unilateralis* производится чрезъ влагалище, причемъ избирается мѣсто, представляющееся наиболѣе истонченнымъ; иногда такое мѣсто можетъ быть найдено въ доступной части перегородки между обоими каналами шейки, и троакаръ можетъ достигъ его, будучи проведенъ чрезъ свободный *orificium externum*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда путь, долженствующій быть пройденнымъ троакаромъ, великъ, и направленіе его не можетъ быть достаточно точно опредѣлено, вслѣдствіе ненормальныхъ анатомическихъ условій, вызванныхъ, какъ самимъ порокомъ развитія, такъ и смѣщеніями подъ вліяніемъ развитія опухоли, попытка удалить мѣшокъ *haematometrae per laparotomiam* можетъ считаться показанной.



Въ 1881 г. *Howitz* въ Копенгагенѣ пришилъ опухоль съ *ruometra unilateralis* къ ранѣ живота и потомъ вскрылъ ее,—и *G. Thomas* въ Нью-Йоркѣ прокололъ *haematometram unilateralem*, по ошибкѣ принятую за фиброміому, и вшилъ ее въ рану живота; обѣ больныя выздоровѣли («*Centralbl. f. Gyn.*», 1882, №№ 17 и 19). Въ 1884 г. я удалилъ большую часть растянутого праваго рога съ помощью операціи *laparo-hysterectomy partialis* при *hydrometra unilateralis dextra uteri bicornis duplicis*; оставшаяся часть опухоли была фиксирована въ ранѣ живота и дренирована; больная выздоровѣла («*Врачъ*», 1884, № 18).

При *haematometra* въ рудиментарномъ рогѣ въ *uterus unicornis Hegar* достигалъ плотнаго сращенія этого рога со стѣнкой влагалища помощью прижиганій вѣнскимъ тѣстомъ (*pasta Wiennensis*) и затѣмъ уже прокалывалъ его со стороны влагалища. Рѣдкость, съ которой встрѣчаются подобнаго рода случаи *haematometrae unilateralis*, еще не позволяетъ установить точныхъ показаній къ примѣненію того или другого метода лѣченія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *haematometrae* рудиментарнаго рога онъ можетъ быть третиранъ какъ *haematosalpinx* и удаляемъ *per laparotomiam*.

## II. Неправильныя положенія и смѣщенія матки.

Прежде чѣмъ разбирать различнаго рода неправильныя положенія матки, мы считаемъ необходимымъ кратко описать ея нормальное положеніе въ маломъ тазу и указать на возможность различныхъ смѣщеній, могущихъ совершаться еще въ районѣ ея физиологической подвижности.

**Нормальное положеніе матки.** Матка, какъ органъ болѣе или менѣе подвижный и смѣщаемый, помѣщающійся въ брюшной полости, не можетъ представлять одно только строго опредѣленное положеніе, и поэтому, если мы будемъ говорить о нормальномъ положеніи ея, то это нормальное положеніе слѣдуетъ считать только относительнымъ. Какъ извѣстно, въ брюшину, покрывающую дно малаго таза, у женщины снизу вдвигаются матка и ея трубы, — происходитъ дубликатура брюшины, покрывающая эти органы и образующая перегородку, дѣлящую *excavationem vesico-rectalem* поперечно на двѣ части: на *excavatio recto-uterina* и *excavatio vesico-uterina*. Эти двѣ пластинки брюшины, заключающія въ себѣ матку и Фаллопиевы трубы и переходящія на боковыя стѣнки таза подъ именемъ *ligamenta lata*, представляются довольно свободно подвижными и легко смѣщаемыми кпереди и къзади вмѣстѣ съ органами, въ нихъ за-

ключенными. Смотря по тому, помѣщается-ли матка болѣе впередъ или болѣе назадъ и прилежитъ-ли она къ прямой кишкѣ или мочевому пузырю, полость одной изъ экскавацій будетъ значительно уменьшена, почти до полного уничтоженія, полость же другой увеличена; въ этой послѣдней помѣщаются тогда петли кишечнаго канала, выполняющія малый тазъ.

Которое изъ двухъ положеній матки, — положеніе ли матки дномъ болѣе обращеннымъ кзади съ уничтоженіемъ полости *excavationis recto-uterinae*, или же положеніе дномъ обращеннымъ впереди, причемъ полость *excavationis vesico-uterinae* уничтожена, — слѣдуетъ считать нормальнымъ, представляетъ еще до сихъ поръ объектъ для спора между нѣкоторыми анатомами и гинекологами-клиницистами. Анатомы признаютъ первое, гинекологи второе. Положеніе матки, на которомъ сходятся оба мнѣнія, это — положеніе ея при растянутомъ мочею мочевомъ пузырѣ (рис. 157). Мочевой пузырь, наполняясь мочею и растягиваясь все болѣе и болѣе, своею заднею выпуклостью достигаетъ до прямой кишки и выполняетъ крестцовую впадину, такъ что, если между нимъ и *rectum* не помѣщается ничего, какъ у мужчины, то обыкновенно не остается болѣе никакого свободного пространства въ *excavatio vesico-rectalis*. У женщины помѣщающаяся здѣсь дунликатура брюшины съ маткою и трубами представляется, такъ сказать, ущемленною между переполненнымъ мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою, вѣрнѣе — заднею стѣнкою тазовой полости. *Ligg. lata*, оттясненныя также кзади и въ стороны, плотно обхватываютъ выпуклость растянутаго пузыря; особенно рѣзко это выражено на *ligg. rotunda*, которыя представляются растянутыми *ad maximum* и плотно прилегающими къ стѣнкѣ мочевого пузыря. Матка дномъ своимъ обращена кверху и кзади, и, если ходъ прямой кишки значительно отклоненъ въ сторону, то тѣло матки касается непосредственно задней стѣнки полости таза. Вся матка нѣсколько приподнята, и уголь, образуемый осью ея полости съ осью полости влагалища, можетъ быть со-

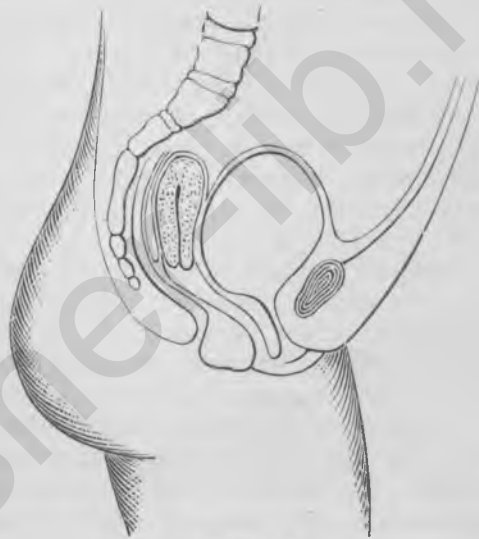


Рис. 157.

вся матка нѣсколько приподнята, и уголь, образуемый осью ея полости съ осью полости влагалища, можетъ быть со-

вершено изглаженъ. Мѣсто соединенія матки съ мочевымъ пузыремъ и связывающая ихъ клѣтчатка представляются растянутыми, такъ что брюшина на мѣстѣ перехода съ матки на мочевой пузырь приподнята до самаго мѣста плотнаго прикрѣпленія ея къ передней стѣнкѣ матки, — *excavatio vesico-uterina* значительно уплощена.

Выпуская мочу изъ пузыря, на трупѣ мы видимъ, что матка почти не мѣняетъ своего положенія и остается отклоненною кзади, причемъ она вся только нѣсколько опускается ниже. Подобное ея положеніе, вообще, нормально для трупа при мертвыхъ тканяхъ. Она находится, при отсутствіи какихъ-либо сращеній, всегда въ этомъ положеніи, что вполне объясняется посмертными измѣненіями тканей матки и ея связокъ и условіями, развивающимися на трупѣ въ полости живота, причемъ вступаютъ въ свои права законы тяжести (*Stratz. «Die normale Lage des Uterus». «Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.» XIII, 1886, стр. 221.*)

Совершенно другое мы видимъ при живыхъ тканяхъ, у изслѣдуемыхъ нами женщинъ. По мѣрѣ опорожненія мочевого пузыря, матка слѣдуетъ за нимъ, за его задней стѣнкой и, при вполне пустомъ пузырьѣ, представляется покоящеюся на немъ своею переднею поверхностью, такъ что *савум vesico-uterinum* совершенно закрыто, и кишечныя петли помѣщаются въ *савум recto-uterinum* (*A. Kölliker. «Die Lage der weiblichen inneren Geschlechtsorgane». 1882, стр. 29.*) Такое слѣдованіе матки за сокращающеюся стѣнкою мочевого пузыря при его опорожненіи можетъ быть наблюдаемо, конечно, только при жизни и стоитъ въ зависимости отъ сокращенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ круглыхъ маточныхъ связокъ, происходящаго, повидимому, одновременно съ сокращеніемъ мышцы мочевого пузыря при его опорожненіи. На сколько, вообще, сокращенія *ligg. rotundorum* способны приподымать лежащую въ *retroversio* матку, мы видимъ изъ интереснаго опыта *Spiegelberg'a* («*Monatsschrift f. Geburtsk.*» 1864, 24, стр. 23), произведеннаго имъ черезъ 15 мин. по смерти на трупѣ казненной, обезглавленной, 26-лѣтней женщины: при направленномъ непосредственно черезъ матку индукціонномъ токѣ, матка, прилежавшая своимъ дномъ къ крестцовой впадинѣ, приподымалась и устанавливалась болѣе перпендикулярно въ тазу, причемъ круглыя связки напрягались и тянули ее впереди. Мнѣ кажется, что сокращеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ, помѣщающихся по сосѣдству съ растянутымъ мочевымъ пузыремъ въ связкахъ, значительно имъ растянутыхъ и плотно къ нему прилегающихъ, въ моментъ опорожненія его вполне допустимо и должно происходить непременно (*A. Kölliker. l. c., стр. 28.*) Этимъ сокращеніемъ дается толчекъ къ слѣдованію матки за стѣнкою сокращающагося пузыря, что уже дальше происходитъ тѣмъ легче, что въ открывающуюся такимъ

образомъ полость *excavationis recto-uterinae* заходятъ петли кишечнаго канала, — и внутрибрюшное давленіе начинаетъ дѣйствовать на заднюю стѣнку матки. Что дѣйствительно матка при опорожненіи мочевого пузыря принимаетъ сказанное положеніе, а не остается, какъ на трупѣ, въ своемъ первоначальномъ положеніи, учить насъ ежедневный клиническій опытъ. Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе, соединенное съ изслѣдованіемъ зондомъ, даетъ настолько точныя данныя, что сомнѣваться въ результатахъ, имъ получаемыхъ, невозможно. Какъ курьезъ, отмѣтимъ фактъ такого сомнѣнія со стороны анатома; *Henke* («*Topographische Anatomie des Menschen*». 1884, стр. 423). серьезно увѣряетъ, что гинекологи (*Schultze*), прощупывая въ переднемъ сводѣ тѣло матки, имѣютъ между пальцами своихъ рукъ сократившійся мочевой пузырь; но анатомъ забываетъ при этомъ, на сколько легко опредѣлить таковой помощью введеннаго катетера.

Изслѣдуя женщинъ въ значительно преобладающемъ числѣ случаевъ при пустомъ мочевомъ пузырьѣ, мы находимъ при нормальномъ состояніи половыхъ органовъ матку, обращенною дномъ впередъ, и считаемъ поэтому такое ея положеніе за нормальное. При этомъ мы опредѣляемъ, что (рис.

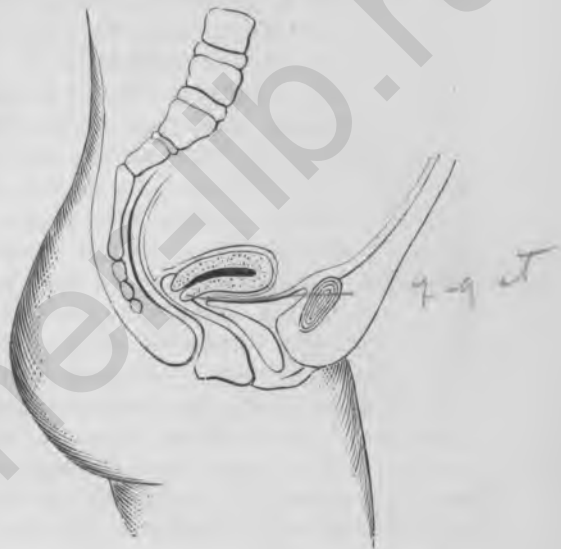


Рис. 158.

158) ось полости матки съ осью влагалища представляетъ весьма значительный острый уголъ, открытый впередъ; дно матки помѣщается за заднюю поверхность лоннаго соединенія; влагалищная часть обращена назадъ, причемъ она лежитъ приблизительно на уровнѣ послѣдняго крестцоваго позвонка или перваго копчиковаго и отстоитъ отъ задней стѣнки таза на 2,0—3,0 см; разстояніе между передней губой ея и *arcus rubis* равняется приблизительно отъ 7,0 до 9,0 см. Матка такимъ образомъ своею переднею (нижнею) поверхностью при нормальномъ положеніи покоится на тазовомъ днѣ, причемъ дно ея и часть шейки непосредственно лежатъ на мочевомъ пузырьѣ, а влагалищная часть на задней стѣнкѣ влагалища. Катетеръ, введенный въ мочевой пузырь, при этомъ легко прощупывается идущимъ между пальцемъ, помѣщенномъ во влагалищѣ, и тѣломъ матки.

Нормальная матка, обладающая неизмѣненными какими бы то ни было болѣзненными процессами стѣнками, представляет свою форму слегка изогнутую по передней поверхности; изгибъ этотъ незначителенъ и равенъ тупому углу (*antecurvatio uteri*). Ткань стѣнокъ живой, здоровой матки на столько податлива, что эта вогнутость можетъ быть при изслѣдованіи произвольно въ извѣстныхъ границахъ или еще болѣе увеличиваема, или же уменьшаема.

Мы видимъ, слѣдовательно, что матка, какъ со стороны своего положенія, такъ и со стороны своей формы, обладаетъ значительною подвижностью. Нормально мы можемъ наблюдать эту подвижность при измѣненіяхъ внутрибрюшного давленія, при наполненіи мочевого пузыря и скопленіи каловыхъ массъ въ прямой кишкѣ и при смѣщеніяхъ матки подѣ влияніемъ различнаго рода нашихъ манипуляцій. Повышенное внутрибрюшное давленіе обуславливаетъ только незначительное смѣщеніе книзу матки *in toto*, и, дѣйствуя преимущественно на заднюю (верхнюю) поверхность тѣла матки, оно обуславливаетъ его большее смѣщеніе, сравнительно съ болѣе фиксированною (*ligg. sacro-uterina*) шейкою, такъ что уголь нормальной *antecurvatio uteri* увеличивается и иногда даже весьма значительно. Въ нѣкоторыхъ подходящихъ случаяхъ можно достаточно хорошо, при изслѣдованіи зеркаломъ, наблюдать движенія *portio uteri vaginalis* (обратныя движенія дна), стоящія въ связи съ колебаніями внутрибрюшного давленія при дыхательныхъ движеніяхъ. При отрицательномъ давленіи въ полости живота, достигаемомъ различными положеніями тѣла, и при вхожденіи воздуха во влагалище, матка значительно смѣщается кверху. Наполненіе мочою мочевого пузыря и увеличеніе вслѣдствіе этого его объема, какъ мы уже видѣли, отражается весьма значительно на положеніи матки. Тѣло матки, покоясь на наполняющемся мочевомъ пузырьѣ, какъ на водяной подушкѣ, приподымается имъ мало-помалу, пока не будетъ совершенно отѣснено къ задней стѣнкѣ таза; при этомъ вся матка нѣсколько приподымается кверху. Переполненіе прямой кишки каловыми массами вліяетъ на положеніе матки уже менѣе значительно; шейка ея отѣсняется нѣсколько кпереди, и при здоровой маткѣ уголь между нею и дномъ слегка увеличивается. При уже переполненномъ мочевомъ пузырьѣ, вся матка при прохожденіи значительныхъ каловыхъ массъ по прямой кишкѣ нѣсколько болѣе смѣщается кверху. Относительно значительная подвижность матки особенно рѣзко видна при нашихъ манипуляціяхъ при изслѣдованіи: шейка матки и дно ея могутъ быть легко смѣщаемы во всѣ стороны до извѣстной степени; смѣщеніе всего органа внизъ производится легко на нѣсколько сантиметровъ помощью влеченія пулевыми щипцами за влагалищную часть. Изслѣдованія анатомовъ, впро-

чемъ, за послѣднее время (*Hiss, Waldeyer. «Ctbl. f. Gyn.» 1886, стр. 260*) также все болѣе и болѣе подтверждаютъ данныя, добытыя путемъ клиническаго изслѣдованія.

И такъ, при нормальномъ положеніи матки мы констатируемъ довольно легкую ея измѣняемость и считаемъ извѣстную степень подвижности матки за условіе *sine qua non* нормы; патологическимъ, неправильнымъ положеніемъ, слѣдовательно, мы будемъ называть, какъ всякое болѣе или менѣе стаціонарное, неизмѣняющееся положеніе матки, такъ и положенія, наблюдающіяся вслѣдствіе чрезмѣрной смѣщаемости органа. Характерною чертою нормы для всего связочнаго аппарата матки является отсутствіе плотной фиксаціи и возможность до извѣстной степени смѣщенія матки. При различнаго рода патологическихъ процессахъ, разыгрывающихся въ связкахъ матки (*ligg. sacro-uterina, ligg. rotunda, ligg. lata* и въ особенности въ корни ихъ—*ligg. cardinalia Kocks'a*), получается потеря ихъ эластичности и растяжимости, — матка представляется болѣе или менѣе фиксированною, принимающею одно извѣстное положеніе; это-же неправильное ея положеніе обуславливается также и сращениями при посредствѣ ложныхъ перепонокъ брюшины. Съ другой стороны, и чрезмѣрная вялость всего связочнаго аппарата или только извѣстныхъ связокъ, обуславливая чрезмѣрную подвижность и смѣщаемость матки въ извѣстномъ направленіи, влечетъ за собою также развитіе неправильныхъ положеній. — Къ неправильнымъ же положеніямъ матки мы относимъ и измѣненія ея формы, зависящія отъ потери эластичности ея стѣнокъ или чрезмѣрной мѣстной вялости ихъ.

### 1) Наклоненіе матки впередъ. (*Anteversio uteri.*)

Подъ вліяніемъ патологическихъ процессовъ, имѣющихъ мѣсто въ стѣнкахъ матки, эта послѣдняя можетъ терять присущую ей эластичность и гибкость, и нормальная *antecurvatio uteri* изглаживается. Ось шейки матки съ осью ея тѣла образуютъ одну прямую линію. Влагалищная часть смотритъ прямо кзади и нѣсколько приподнята, тѣло и особенно дно матки болѣе опущены книзу, такъ что *fundus uteri* представляется лежащимъ болѣе или менѣе значительно ниже, чѣмъ *portio vaginalis*. Такое положеніе матки, потерявшей свой нормальный изгибъ кпереди, причемъ почти прямая продольная ось ея образуетъ съ продольною осью влагалища весьма острый уголъ, открытый кпереди и книзу, мы называемъ наклоненіемъ матки впередъ — *anteversio uteri* (рис. 159).

Потеря гибкости стѣнокъ матки наблюдается обыкновенно подъ вліяніемъ развитія хроническаго воспаленія ихъ — *metritis chronica*. Матка увеличивается въ объемѣ, дѣлается тяжелѣе и

плотнѣе. Наблюдаемая нерѣдко, рядомъ съ этими измѣненіями, бѣльшая растяжимость и потеря эластичности связочнаго аппарата матки обуславливаетъ чрезмѣрно легкую подвижность и смѣщаемость матки, такъ что простое, не особенно значительное измѣненіе въ положеніи тѣла или болѣе или менѣе значительное наполненіе мочевого пузыря мочою вызываютъ уже измѣненіе въ ея положеніи. При существованіи же воспалительныхъ процессовъ въ брюшинѣ малаго таза или подбрюшинной клѣтчаткѣ, anteversio можетъ представляться фиксированною, такъ что движенія матки затруднены, и иногда даже матка почти совершенно неподвижна. Мочевой пузырь, помѣщаясь спереди между маткою и заднею поверхностью лоннаго соединенія, препятствуетъ

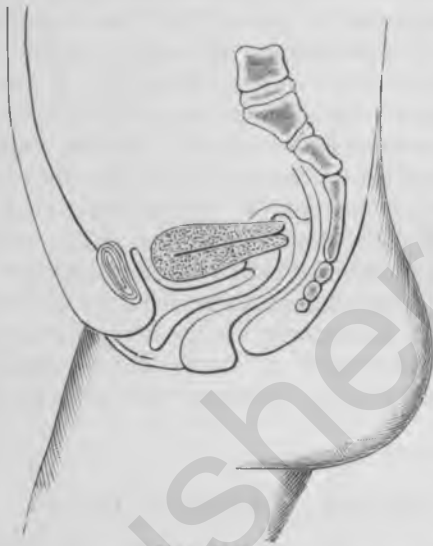


Рис 159.

возможности развитія сращеній между тѣломъ матки и переднею стѣнкою таза; матка, находящаяся въ состояніи anteversio и фиксированная спереди, представляетъ обыкновенно болѣе или менѣе рѣзко выраженныя воспалительныя состоянія своихъ придатковъ на одной или обѣихъ сторонахъ. Параметритическія измѣненія, локализирующіяся по направленію круглыхъ связокъ (*ligg. teres*), даютъ въ большинствѣ случаевъ поводъ къ этой передней фиксаціи при anteversio uteri. *Ligg. sacro-uterina*

будучи укорочены и не эластичны, вслѣдствіе мѣстныхъ перипараметритическихъ процессовъ, значительно оттягиваютъ и фиксируютъ къзади шейку матки, и при отсутствіи нормальной гибкости матки происходитъ не перегибъ ея впередъ, а наклоненіе, причемъ дно матки помѣщается обыкновенно ниже, глубже нормальнаго. — Изъ только что приведенныхъ анатомическихъ данныхъ мы видимъ, что наклоненіе матки впередъ развивается только вторично, при другого рода заболѣваніяхъ; слѣдовательно, и *этіологическіе* моменты, благопріятствующіе и способствующіе развитію этихъ воспалительныхъ процессовъ, будутъ также лежать въ основѣ разбираемаго нами неправильнаго положенія матки.

**Припадки**, наблюдающіеся при anteversio uteri, будутъ болѣею частью также стоять въ связи съ воспаленіями внутреннихъ

половыхъ органовъ; мы ограничимся въ этой главѣ указаніями только на симптомы, могущіе быть поставленными въ непосредственную связь съ самимъ неправильнымъ положеніемъ.

Однимъ изъ тягостныхъ ощущеній больныхъ является чувство давленія на мочевой пузырь и частые позывы къ мочеиспусканію. Въ далеко нерѣдкихъ случаяхъ изслѣдованіе мочи не обнаруживаетъ никакихъ признаковъ катаррального состоянія слизистой оболочки пузыря. Устраняя на время *experimenti causa* наклоненіе матки впередъ помощью фиксирующихъ аппаратовъ со стороны влагалища или, какъ это дѣлалъ *Mermann* («*Archiv f. Gyn.*», 1881, XVIII, стр. 428), помощью лигатуры, проведенной черезъ влагалищную часть и временно фиксируемой снаружи, мы наблюдаемъ, на сколько легко и быстро ощущенія эти проходятъ. Этотъ опытъ учить насъ, слѣдовательно, что для возбужденія чувства давленія въ области мочевого пузыря и частаго позыва къ мочеиспусканію бываетъ иногда достаточно простого механическаго дѣйствія болѣе тяжелыхъ дна и тѣла матки на мочевой пузырь. Мучительными и трудно устранимыми ощущенія эти представляются въ случаяхъ фиксаціи матки, какъ спереди, такъ и сзади, — движенія матки затруднены, она не можетъ слѣдить за движеніями стѣнки наполняющагося пузыря, и этотъ послѣдній, наполняясь, значительно измѣняетъ свою форму, выступая и подымаясь или съ одной, или съ обѣихъ сторонъ матки. Пока не разовьется извѣстная привычка къ такому неправильному растяженію мочевого пузыря, мы наблюдаемъ постоянныя жалобы на частые позывы и тупую боль въ области мочевого пузыря.

Другой припадокъ, стоящій также въ связи съ неправильнымъ положеніемъ матки, это — усиленная потеря крови во время регулъ (*menorrhagia*). Нерѣдко меноррагія непосредственно обуславливается хроническимъ воспаленіемъ матки (*metritis chronica*). и неправильное положеніе — наклоненіе впередъ — способствуетъ только продолжительности этого явленія. Положеніе увеличенной въ объемъ полости матки при *anteversio* таково, что дно ея лежитъ ниже и притомъ иногда весьма значительно, чѣмъ *orificium externum uteri*, и изливающаяся *sub menstruatione* кровь легко застаивается въ ней и даетъ образованіе кровяныхъ сгустковъ; матка въ состояніи метрита, не обладая достаточною сократительностью, бессильна изгнать ихъ изъ своей полости, а присутствіе ихъ въ свою очередь оказываетъ уже достаточное сопротивленіе той незначительной степени сокращенія матки, на которое она еще способна, и которое бываетъ обыкновенно достаточно для остановки менструальнаго кровотока, — получается кровотеченіе весьма продолжительное и упорное, уступающее только энергическому вмѣшательству врачебной помощи.

**Распознаваніе наклоненія матки впередъ не представляется**



труднымъ; вполнѣ достаточно бываетъ производства одного наружно-внутренняго изслѣдованія, вполнѣ выясняющаго, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. — Отклоненная къзади влагалищная часть съ своимъ *ofificium externum*, прямо смотрящимъ къзади, отсутствіе нормальной *antecurvationis uteri* и дно матки, помѣщающающееся тотчасъ за симфизомъ и нѣсколько ниже нормальнаго, представляютъ характерные для данной аномаліи положенія результаты изслѣдованія. — Опредѣляя подвижность наклоненной впередъ матки и стараясь перемѣщать ее изъ одного положенія въ другое, мы легко констатируемъ существующія фиксаціи. При отсутствіи фиксацій и довольно значительной, иногда даже чрезмѣрной подвижности матки, характернымъ для *anteversio* является постоянное обратное возстановленіе ея положенія наклоненія впередъ, не смотря на какое бы то ни было искусственно приданное положеніе. — Такъ какъ въ весьма значительномъ числѣ случаевъ приходится встрѣчать присутствіе воспалительныхъ явленій въ брюшинѣ, покрывающей матку, или въ околоматочной клѣтчаткѣ, то примѣненіе изслѣдованія зондомъ часто противопоказано. Изслѣдованіе это, впрочемъ, требуется только въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ, и мы ограничиваемся почти всегда лишь однимъ наружно-внутреннимъ гинекологическимъ изслѣдованіемъ.

**Предказаніе** *quo ad valetudinem completam* не можетъ считаться неблагопріятнымъ, такъ какъ, уничтожая всѣ воспалительныя явленія, лѣченіе наше обуславливаетъ весьма удовлетворительное общее состояніе больныхъ, хотя полное излѣченіе самаго неправильнаго положенія обыкновенно и не можетъ считаться вполнѣ достижимымъ.

Лѣченіе главнымъ образомъ должно быть направлено противъ болѣзненныхъ процессовъ, лежащихъ въ основѣ неправильнаго положенія матки. *Metritis chronica*, *para-* и *perimetritis* требуютъ лѣченія, разбираемаго нами въ соответствующихъ главахъ; здѣсь же мы укажемъ только терапію, направленную непосредственно на *anteversio uteri*.

Уменьшить степень наклоненія матки впередъ и тѣмъ избавить больныхъ отъ тягостныхъ симптомовъ со стороны мочевого пузыря мы можемъ примѣненіемъ внутри-влагалищныхъ пессаріевъ въ случаяхъ относительно свободной подвижности матки и отсутствія плотныхъ фиксацій. — Лучшимъ для этой цѣли, по истинѣ, можетъ считаться кольцо *Mayer'a* — простое круглое кольцо, приготовленное изъ мягкаго каучука. Выбирая кольцо, по величинѣ соответствующее вмѣстимости влагалища даннаго случая и имѣющее отверстіе, не черезъ чуръ свободно вмѣщающее влагалищную часть матки, мы вводимъ его во влагалище. Введеніе этого легко сдавливаемаго кольца производится весьма легко и не требуетъ примѣненія никакихъ особо для этого устроенныхъ щипцовъ. Обыкновенно, попадая во влагалище и при-

нимая тамъ свою круглую форму, оно само собою укладывается такъ, что влагалищная часть имъ обхватывается и вслѣдствіе этого смѣщается вперед и книзу (рис. 160); такъ какъ тѣло матки при anteversio соединено съ шейкою неподвижно, то оно должно смѣщаться въ обратномъ направленіи, т. е. кверху и кзади. Благодаря этому приподниманію тѣла и дна матки, давленіе на мочевой пузырь значительно уменьшается, и большыя освобождаются отъ припадковъ со стороны мочевого пузыря, зависѣвшихъ отъ этого надавливанія. Мягкое каучуковое кольцо, помѣщаясь во влагалищѣ, весьма хорошо фиксируетъ въ данномъ положеніи наклоненную впередъ матку и можетъ быть оставляемо *in situ* по цѣлымъ недѣлямъ безъ того, чтобы оно производило дающее себя звать раздраженіе; необходима только чистота, которая и поддерживается влагалищными дезинфицирующими спринцованіями изъ воды комнатной температуры два раза въ день. — Больныя легко привыкаютъ извлекать это кольцо и снова вводить его себѣ во влагалище.

Для достиженія стойкаго измѣненія въ положеніи, *M. Sims*'омъ («*Gebärmutter — Chirurgie*», стр. 206) былъ предложенъ оперативный путь. Передняя стѣнка влагалища укорачивалась тѣмъ, что изъ нея вырѣзывалось два поперечныхъ лоскута (около 3,0 см. въ поперечникѣ и 1,5—2,0 см. по длинѣ влагалища), одинъ — у мѣста прикрѣпленія передняго свода къ влагалищной части, другой — сантиметра на 3 или 4 ниже его. Обѣ окровавленные поверхности сшивались, образовывалась поперечная складка на протяженіи передней стѣнки влагалища, стѣнка эта такимъ образомъ укорачивалась, и влагалищная часть смѣщалась книзу и вперед. Основываясь на томъ же принципѣ и почти по тому же методу оперировали также *G. Simon* и *Mermann* и получали довольно стойкое смѣщеніе влагалищной части и, слѣдовательно, измѣненіе степени наклоненія матки впередъ. За послѣднее время операція эта не производится, такъ какъ леченіе, направленное на заболѣванія, лежація въ основѣ непра-



Рис. 160.

*Wm. Sims  
Culporaphia and*

вильнаго положенія, даёт на столько удовлетворительные результаты, что забота о стойкомъ измѣненіи положенія оказывается излишнею, и временное только измѣненіе положенія посредствомъ кольца бываетъ вполне достаточно.

Особенность лѣченія кровотеченій при *anteversio* обуславливается тѣмъ, что при нихъ образуются кровяные сгустки въ полости недостаточно хорошо сокращающейся матки. Удаленіе сгустковъ должно стоять на первомъ планѣ; обыкновенно это удается довольно легко помощью внутри-маточныхъ промываній черезъ катетеръ съ двойнымъ токомъ (*Fritsch-Bozeman*). Введеніе катетера и струя воды разрушаютъ сгустки въ различныхъ направленіяхъ, и они могутъ быть при нажиманіи на тѣло матки при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи легко выдавлены во влагалище. Удаливъ сгустки, мы тотчасъ-же стараемся вызвать усиленное сокращеніе матки, что и достигается внутри-маточною инъекціею раздражающихъ веществъ, между которыми первое мѣсто занимаетъ Tinct. jodi и Oleum martis; послѣднее дѣйствуетъ еще, кромѣ того, какъ *stypticum*.

## 2) Перегибъ матки впередъ. (*Anteflexio uteri*.)

Анатомія и этиологія. Какъ мы уже видѣли выше, нормальная форма матки и при нормальномъ положеніи представляетъ извѣстную степень перегиба впередъ, — ось тѣла ея съ осью шейки образуютъ уголъ, открытый впередъ. Этотъ физиологическій перегибъ при извѣстныхъ условіяхъ можетъ болѣе или менѣе изглаживаться, или же и усиливаться безъ того, чтобы вызывать болѣзненные явленія и сдѣлаться такимъ образомъ явленіемъ патологическимъ. Считать какую либо точно опредѣленную величину угла перегиба за норму оказывается невозможнымъ, и можно только приблизительно условиться — считать всѣ перегибы впередъ, не переходящіе границу прямого угла, за перегибы еще нормальные, допуская при этомъ возможность встрѣчающихся иногда исключеній. Всѣ же случаи, представляющіе уголъ менѣе прямого, что касается формы матки, безспорно должны быть относимы къ области ея патологіи, хотя бы они и не вызывали никакихъ болѣзненныхъ припадковъ.

Далеко не каждый патологическій перегибъ матки обуславливаетъ симптомы; дѣйствительно, нерѣдко приходится наблюдать случаи, въ которыхъ матки, по своей наружной формѣ и по углу перегиба впередъ, представляются совершенно тождественными, на сколько объ этомъ можно судить при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, тогда какъ въ одномъ случаѣ женщина представляется относительно совершенно здоровою, въ другомъ же страдаетъ болѣзненными припадками, стоящими въ непосредственной

связи съ перегибомъ матки впередъ. — Припадки эти вызываются состояніемъ просвѣта канала полости на мѣстѣ перегиба и, такъ какъ перегибъ встрѣчается обыкновенно на уровнѣ внутренняго отверстия, то—состояніемъ просвѣта этого послѣдняго. Въ болѣе шипствѣ случаевъ матка, перегибаясь, не обуславливаетъ на мѣстѣ своего перегиба болѣе стойкаго уничтоженія просвѣта внутренняго отверстия (рис. 161), и только въ относительно рѣдкихъ случаяхъ область эта представляется совершенно лишенною просвѣта на довольно значительномъ протяженіи, вслѣдствіе весьма плотнаго прилеганія другъ къ другу передней и задней стѣнки (рис. 162). Исправляя положеніе выпрямленіемъ матки, мы можемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ перегибъ просвѣта исправить довольно легко, такъ что каналъ дѣлается легко проходимымъ; въ другихъ же получается на столько стойкое измѣненіе въ прилежащихъ другъ къ другу стѣнкахъ, что каналъ не исправляется, а остается изогнутымъ и относительно не проходимымъ. Изслѣдуя матку умершей отъ воспаленія легкихъ, не рожавшей женщины 24 лѣтъ, менструировавшей правильно и имѣвшей рѣзкую картину дисменореи, бывшей подѣ моимъ наблюденіемъ два послѣднихъ года своей жизни, я могъ убѣдиться въ томъ, что исправленіе угла перегиба въ данномъ случаѣ было невозможно, и, стараясь выпрямить вырѣзанную изъ трупа матку посредствомъ надавливанія на шейку и на дно ея, легче получалась ломанная линія, чѣмъ исправленіе угла перегиба. Продольный разрѣзъ черезъ всю толщю матки далъ картину, совершенно аналогичную представленной на рис. 162; мѣсто весьма тѣснаго прилеганія задней стѣнки къ передней въ области перегиба, начиная отъ *orig. internum*, простиралось книзу на протяженіи 0,5 *cm.* — Съ другой стороны, существуютъ случаи, и притомъ встрѣчающіеся чаще, въ которыхъ мѣсто перегиба представляется на столько мягкимъ и вялымъ, что тѣло матки можетъ быть весьма легко перегибаемо то впередъ, то назадъ. Мы не обладаемъ еще достаточнымъ числомъ изслѣдо-



Рис. 161.

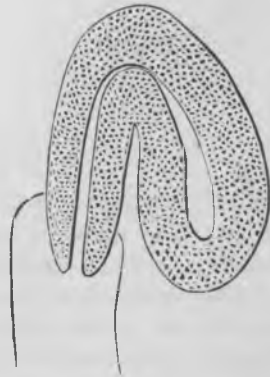


Рис. 162.

ваній строенія стѣнокъ на мѣстѣ перегиба и знаемъ только, что рядомъ съ совершенно неизмѣнною картиною гистологическаго строенія ихъ въ подобныхъ случаяхъ встрѣчаются также и рѣзко выраженное развитіе соединительной ткани въ ущербъ мышечной.

И такъ, мы видимъ, что, опредѣляя перегибъ матки впередъ и степень угла, образуемаго при этомъ тѣломъ и шейкою матки, мы опредѣляемъ только измѣненіе формы матки; но на сколько форма эта вліяетъ на развитіе болѣзненныхъ явленій и обуславливаетъ ихъ, мы могли бы судить только послѣ изслѣдованія состоянія просвѣта внутренняго отверстія или канала шейки на мѣстѣ перегиба.



Рис. 163.

Извѣстно, весьма большою шейкою матки относительно ея тѣла, въ періодъ времени изглаживанія этого несоответствія относительно нерѣдко шейка остается весьма большою и, помѣщаясь по оси влагалища, не можетъ свободно слѣдовать за физиологическими движеніями тѣла матки, особенно при его смѣщеніи впередъ. Но такъ какъ податливость стѣнокъ матки въ нормальномъ состояніи весьма значительна, то при относительно фиксированной шейкѣ тѣло матки весьма легко перегибается впередъ подъ гораздо болѣшимъ угломъ, чѣмъ это наблюдается при нормальныхъ условіяхъ. Прилегая при этомъ перегибѣ (рис. 163) подъ острымъ угломъ довольно плотно къ шейкѣ матки, въ случаяхъ неособенно тѣсной связи мочевого пузыря съ маткою, оно уже болѣе не приподымается растягивающимся мочевымъ пузыремъ, такъ какъ этотъ послѣдній, благодаря значительному количеству клѣтчатки, связывающей его съ шейкою матки, мо-

Весьма часто приходится наблюдать *anteflexio uteri* какъ порокъ развитія, и въ данномъ случаѣ, какъ и при *atrophia uteri congenita* (см. стр. 273), терминъ «congenita» употребляется не совсѣмъ вѣрно. Матка, продолжая развиваться до наступленія половой зрѣлости, можетъ представлять пороки этого развитія, имѣющими свое начало далеко не въ утробной жизни, и, слѣдовательно, въ строгомъ смыслѣ слова, они ни какъ не могутъ быть названы врожденными. У дѣвочекъ, обладающихъ, какъ

жетъ уже наполняться и растягиваться, оставляя матку за собою, и, слѣдовательно, прижимать еще больше тѣло матки къ ея шейкѣ. Такимъ образомъ условія для развитія стойкаго перегиба впередъ даны, и стѣбитъ только присоединиться патологическимъ процессамъ въ стѣнкахъ матки, дѣлающимъ ихъ плотными, неподатливыми, какъ *anteflexio uteri congenita* представляется уже вполне развитою. Мѣсто перегиба бываетъ иногда настолько плотно, что объ исправленіи его безъ особенныхъ приспособленій, какъ мы это видѣли, не можетъ быть и рѣчи. Эта этиологія подобныхъ антефлексій уже достаточно разъясняетъ намъ относительную частоту совмѣстнаго нахождения извѣстныхъ измѣненій влагалищной части матки въ случаяхъ такъ называемыхъ врожденныхъ ея перегибовъ впередъ: длинная, коническая, съ маленькимъ наружнымъ отверстіемъ влагалищная часть встрѣчается при этомъ далеко нерѣдко.

Одною изъ болѣе частыхъ причинъ такъ называемыхъ приобретенныхъ перегибовъ матки впередъ представляются воспалительные процессы, разгрывающіеся въ области *ligamenta sacro-uterina*; воспаление, какъ брюшины, такъ и соединительной подбрюшинной ткани, входящей въ ихъ составъ, обуславливаетъ потерю ихъ эластичности и ихъ укороченіе.

Результатомъ этого измѣненія сказанныхъ связокъ являются смѣщеніе шейки матки къзади и къверху въ крестцовую впадину и большая или меньшая фиксація ея тамъ; тѣло матки вслѣдствіе этого, подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія, должно перегнуться болѣе къпереди и образовать такимъ образомъ болѣе или менѣе значительный острый уголъ съ шейкою,—получается рѣзко выраженная *anteflexio* (рис. 164). Особенно рѣзко перегибъ при этомъ представляется выраженнымъ въ случаяхъ вялости тканей стѣнокъ матки въ области внутренняго зѣва. Укороченіе и неподатливость *ligg. sacro-uterina* могутъ встрѣчаться иногда врожденно, и тогда они играютъ ту же роль при происхожденіи такъ называемыхъ врожденныхъ антефлексій. Сплошныя сращения передней стѣнки Дугласова пространства съ заднею обуслови-



Рис. 164.

вають также значительное смѣщеніе шейки матки кзади и служить такимъ образомъ также этиологическимъ моментомъ при развитіи перегибовъ матки впередъ (*retroversio anteflexa*).

Чрезмѣрная длина и вялость *ligg. sacro-uterina*, допуская возможность шейкѣ смѣщаться впередъ и внизъ, обуславливають при вялости стѣнокъ матки на мѣстѣ перегиба весьма легкую возможность перехода антефлексіи въ перегибъ назадъ; такая матка и при такихъ условіяхъ во время наружно-внутренняго изслѣдованія легко можетъ принимать любое изъ этихъ положеній.

Нельзя отвергать возможности происхожденія перегиба впередъ также и вслѣдствіе относительнаго увеличенія задней стѣнки тѣла матки, какъ это наблюдается иногда при патологическихъ процессахъ, развивающихся въ ней. Одною изъ причинъ такого рода удлиненія можетъ служить мѣсто прикрѣпленія дѣтскаго мѣста на задней стѣнкѣ и недостаточная его послѣдовательная инволюція, или же развитіе ограниченнаго метрита. Такую же роль могутъ играть и развивающіяся фиброміомы въ задней стѣнкѣ. Фиброміомы передней стѣнки, выпячивая передъ собою наружные слои ея, обыкновенно только симулируютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженную антефлексію, тогда какъ направленіе канала шейки и полости матки остается при этомъ совершенно нормальнымъ. Опухоли, развивающіяся въ полости таза, могутъ смѣщать матку кпереди (*anterpositio*) и при этомъ иногда обуславливають также увеличеніе нормальнаго перегиба впередъ и до извѣстной степени фиксируютъ ее въ этомъ положеніи.

**Припадки.** Мы уже видѣли, что *anteflexio* матки, какъ рожавшей, такъ и нерожавшей, далеко не во всѣхъ случаяхъ обуславливаетъ появленіе болѣзненныхъ симптомовъ. Перегибъ самъ по себѣ, не вызывая уничтоженія просвѣта канала шейки или области внутренняго отверстія, не даетъ, какъ таковой, никакихъ симптомовъ. Припадки, свойственные *anteflexio uteri*, слѣдовательно, всецѣло зависятъ только отъ перегиба съ уничтоженіемъ на большемъ или меньшемъ пространствѣ проходимости канала области *orificiі interni*. Это суженіе или даже временная облитерация просвѣта даютъ себя знать въ то время, когда изъ полости тѣла матки должно быть удалено ея содержимое, б. ть-ли то слизь или кровь. Сокращенія мускулатуры тѣла мал.л. обуславливающія выведеніе содержимаго полости и дол.женствующія преодолѣть препятствіе, данное перегибомъ просвѣта канала, должны быть иногда весьма значительны и обуславливають рѣзкія болевья ощущенія. Если эти схваткообразныя боли наблюдаются незадолго до или во время менструальнаго періода, то онѣ получаютъ названіе *dysmenorrhoeae*—болѣзненныхъ регулъ. Изъ этого мы видимъ, что *dysmenorrhoea*, пред-

ставляя изъ себя только симптомъ и обозначая лишь болѣзненные регулы, даже безъ точнаго обозначенія характера самихъ болей, можетъ, конечно, обуславливаться и, дѣйствительно, зависеть отъ различныхъ заболѣваній половыхъ органовъ, сопровождающихся болевыми ощущеніями во время менструальнаго періода; вотъ почему существовавшее положеніе «*nulla dysmenorrhoea nisi mechanica*» далеко не выдерживаетъ критики. Болевья ощущенія дисменоррейнаго характера, зависящія отъ другихъ причинъ, могутъ также встрѣчаться и у женщинъ, имѣющихъ матку въ состояніи *ante flexio*, и, конечно, не имѣютъ съ послѣднею никакой непосредственной связи.

И такъ, мы должны принять, что болевья ощущенія въ формѣ *dysmenorrhoea*, встрѣчающіяся при *ante flexio uteri*, зависятъ отъ различныхъ причинъ, и считать характерными и присущими описываемому заболѣванію мы можемъ только тѣ боли, которыя появляются въ формѣ схватокъ и вызываются чрезмѣрною мышечною работою матки, стремящейся изгнать изъ своей полости накопившееся содержимое. Наблюдая случаи несомнѣннаго перегиба просвѣта канала, мы можемъ убѣждаться, что боли исчезаютъ, какъ только препятствіе преодолено; при этомъ мы можемъ констатировать, что изъ полости матки извергается или менструальная кровь, или же слизь — продуктъ выдѣленія маточныхъ железъ, бывающій иногда весьма обильнымъ передъ появленіемъ менструальной крови. Совершенно подобную же картину дисменорройныхъ явленій мы видимъ появляющуюся только иногда, при нѣкоторыхъ менструальныхъ періодахъ перегнутой впередъ матки; это временное появленіе болей обуславливается обыкновенно временною только непроходимостью просвѣта канала на мѣстѣ перегиба, вслѣдствіе присоединяющихся воспалительныхъ измѣненій его стѣнокъ, результатомъ которыхъ наступающая припухлость вызываетъ большую или меньшую степень непроходимости просвѣта. Растяженіе полости матки скопляющеюся слизью или кровью, при затрудненномъ оттоктѣ вслѣдствіе перегиба просвѣта канала образующееся довольно быстро, вызываетъ иногда отраженныя явленія, весьма напоминающія таковыя при началѣ беременности; такъ случаи тошноты и рвоты у дѣвушекъ, имѣющихъ рѣзкую *ante flexio uteri*, встрѣчаются относительно часто въ началѣ менструальнаго періода.

Женщины, имѣющія значительную степень перегиба матки впередъ, весьма часто безплодны, — это фактъ; но на сколько *sterilitas* въ этихъ случаяхъ зависитъ отъ самого перегиба, рѣшить представляется въ большинствѣ случаевъ крайне труднымъ. Что перегибъ канала области внутренняго отверстія до уничтоженія его просвѣта можетъ, конечно, быть причиною невозможности проникновенія въ матку сперматозоидовъ, это вполне допустимо. Но такъ какъ просвѣтъ канала все-таки существуетъ и въ из-



вѣстное время дажеходимъ для значительнаго количества содержимаго полости матки, то и проникновеніе сперматозоидовъ временами также возможно, что намъ и объясняетъ случаи забеременѣванія, встрѣчающіеся далеко нерѣдко у женщинъ, имѣющихъ матку, изогнутую клереди подь острымъ угломъ, и страдавшихъ *dysmenorrhoe*'ею. Съ другой стороны, бесплодіе при *anteflexio uteri* въ значительномъ большинствѣ случаевъ бываетъ обусловлено другими заболѣваніями, столь часто встрѣчающимися у субъектовъ, страдающихъ дисменорройными явленіями; хроническій метритъ и периметритъ безспорно представляютъ самыя частыя обусловливающія причины.

При *anteflexio uteri* больныя жалуются нерѣдко на невыносимо частые позывы къ мочеиспусканію, связанные иногда съ ощущеніемъ боли. Этотъ припадокъ старались объяснять тѣмъ давленіемъ на мочевой пузырь, который яко-бы производитъ перегнутая впередъ матка; но такъ какъ разстройства со стороны мочевого пузыря наблюдаются обыкновенно при нѣсколько увеличенномъ и болѣзненномъ при давленіи тѣлѣ матки, то намъ кажется болѣе вѣроятнымъ ставить ихъ въ связь съ существующимъ метритомъ (см. главу о *metritis chronica*), тѣмъ болѣе, что терапія, направленная противъ этого послѣдняго, даетъ всегда весьма удовлетворительные результаты и относительно прекращенія припадковъ со стороны мочевого пузыря.

Теченіе болѣзненныхъ припадковъ при *anteflexio uteri* представляется относительно рѣдко въ одной и той же формѣ болѣе долгое время. Болевыя ощущенія съ теченіемъ времени мѣняются свой характеръ. Будучи вызываемы вначалѣ только непреходимостью перегнутой части просвѣта канала области внутренняго отверстія, имѣя рѣзкій характеръ схваткообразныхъ болей и появляясь только во время менструальнаго періода, они мало-по-малу начинаютъ являться все ранѣе и ранѣе; въ началѣ они имѣютъ характеръ постоянныхъ болей внизу живота, нерѣдко иррадірующіхъ въ бедра или крестецъ, и только передъ самымъ появленіемъ кровотеченія становится нѣсколько замѣтенъ ихъ схваткообразный характеръ. Эти измѣненія болевыхъ приступовъ стоятъ въ зависимости отъ присоединяющихся заболѣваній окружающихъ матку частей (*perimetritis*, *perioophoritis*, *oophoritis* и др.), являющихся, какъ результатъ чрезмѣрнаго раздраженія матки скопляющимся содержимымъ полости во время каждаго менструальнаго періода. Больныя, остающіяся безъ всякаго лѣченія, представляютъ постепенный прогрессъ заболѣванія, свѣтлыя промежутки дѣлаются все рѣже и рѣже, такъ что наступаетъ время, когда больныя ощущаютъ постоянно нестерпимыя боли внизу живота, доводящія ихъ нервную систему до крайней степени раздражительности и глубоко растраивающія общее питаніе организма. Такіе субъекты, представляя различ-

ныя степени hysterae, не способны ни къ какой работѣ, и жизнь имъ дѣлается въ тягость. Съ другой стороны, при извѣстномъ медицинскомъ уходѣ картина болѣзни не доходитъ до такой высокой степени своего развитія, и больныя пользуются еще относительно продолжительными свѣтлыми промежутками; болѣе энергичное лѣченіе можетъ дать полное исцѣленіе.

Случаи дисменнорройныхъ болѣй, стоящихъ въ связи съ воспаленіями слизистой оболочки, распуханіемъ которой обуславливается извѣстная непроходимость канала, представляютъ теченіе съ временными ухудшеніями, прямо стоящими въ связи съ ухудшеніемъ воспалительныхъ явленій, съ устраненіемъ которыхъ слѣдующія регулы могутъ появляться безъ всякихъ болѣй.

**Распознаваніе** основано главнымъ образомъ на объективномъ изслѣдованіи. Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе бываетъ всегда достаточно, чтобы опредѣлить существующую неправильность положенія и формы матки. Помѣщая матку между концами пальцевъ обѣихъ изслѣдующихъ рукъ, мы можемъ точно опредѣлить ея форму, при этомъ уголь, образуемый тѣломъ и шейкою, опредѣляется легко. Попытки уменьшать или увеличивать этотъ уголь, прижимая къ тѣлу матки влагалищную часть, укажутъ намъ степень подвижности на мѣстѣ перегиба. Иногда это изслѣдованіе весьма болѣзненно; въ виду необходимой точности результатовъ объективнаго изслѣдованія относительно показаній къ назначаемой терапіи, изслѣдованіе должно быть произведено въ такомъ случаѣ подъ наркозомъ. Опредѣленіе подвижности матки и ея смѣщаемости представляется весьма важнымъ; большее вниманіе должно быть обращено на состояніе задняго свода и *ligg. sacro-uterina*. Осложняющія воспалительныя измѣненія придатковъ матки опредѣляются также достаточно точно путемъ этого изслѣдованія.

Въ случаяхъ присутствія дисменнорройныхъ явленій, стоящихъ въ связи съ состояніемъ просвѣта канала области внутреннего отверстія, необходимо изслѣдованіе помощью маточнаго зонда, если только не существуетъ къ тому противопоказаній со стороны присутствія воспалительныхъ явленій. Зондированіе перегнутой впередъ подъ острымъ угломъ матки представляется часто весьма труднымъ и иногда можетъ удаваться только послѣ нѣсколькихъ попытокъ. Мы производимъ его обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ маточнымъ зондомъ изъ мягкой мѣди, дающей возможность придавать ему любой изгибъ, и вводимъ его при извѣстномъ смѣщенномъ положеніи матки. Больная лежитъ въ ягодично-спинномъ положеніи на краю стола, влагалищная часть обнажена зеркаломъ *Sims'a*; помощью крючка или пулевыхъ щипцовъ, захватывающихъ переднюю губу, матка низводится насколько возможно; при этомъ наблюдается весьма часто, что уголь изгиба нѣсколько сглаживается, и зондъ про-

ходить болѣе свободно. Такъ какъ введеніе зонда въ этихъ случаяхъ болѣе трудно, и при попыткахъ проникнуть черезъ перегнутое мѣсто нерѣдко нарушается цѣлость слизистой оболочки, такъ что показывается незначительное количество крови, то наши антисептическія предосторожности, соблюдаемыя при всякомъ введеніи зонда, должны быть еще болѣе строго и точно примѣняемы. Не смотря на различные изгибы зонда и различную толщину его пуговки, иногда все-таки не удается провести его въ полость тѣла матки даже и при низведенной ad maximum маткѣ; тогда мы примѣняемъ эластическій бужъ, который нерѣдко съ поразительной легкостью проходитъ черезъ перегнутое мѣсто. Повторивъ нѣсколько разъ такое проведеніе эластическаго бужа, мы нерѣдко видимъ, что металлическій зондъ проходитъ уже гораздо легче. Мнѣ кажется почти излишнимъ предостерегать отъ употребленія болѣе значительной силы при проведеніи металлическаго зонда; но такъ какъ случаи прободенія матки зондомъ совершаются крайне легко и время отъ времени все еще повторяются (*Herff, «Frauenarzt», 1886, стр. 199*), то по необходимости приходится указывать на крайнюю осторожность при проведеніи его, особенно черезъ суженный просвѣтъ перегнутого канала.

Опредѣленіе непроходимости просвѣта канала, вслѣдствіе плотнаго прилеганія стѣнокъ его на мѣстѣ перегиба, представляется обыкновенно далеко не легкимъ, и оно можетъ быть сочтено доказаннымъ только послѣ повторныхъ, многократныхъ изслѣдованій. Мы уже указали (см. стр. 284), насколько трудно, вообще, опредѣленіе суженій внутренняго отверстія, и насколько слѣдуетъ быть осторожнымъ при этомъ, чтобы не принять временнаго суженія, вслѣдствіе мышечнаго сокращенія, за стационарное. Изслѣдуя нѣсколько разъ и проводя зонды различной толщины, мы можемъ ясно ощущать, что на извѣстной высотѣ, соотвѣтствующей мѣсту перегиба, опредѣляется извѣстное препятствіе (суженіе) и притомъ на болѣе значительномъ пространствѣ (около 0,5 см., а иногда и болѣе); это препятствіе встрѣчается, какъ при проведеніи зонда въ матку, такъ и при обратномъ выведеніи его, и оно опредѣляется постоянно при нѣсколькихъ повторныхъ изслѣдованіяхъ; что это не органическое суженіе (рубцевая ткань), мы убѣждаемся изъ того, что оно пропускаетъ различной величины зонды и ощущается почти одинаково не только при постепенно увеличивающемся діаметрѣ зонда, но и тогда, когда толщина зонда вдругъ берется меньшею.

Проведеніе эластическаго бужа удается иногда даже въ случаяхъ невозможности, хотя-бы сколько нибудь, выпрямить уголъ перегиба матки, что, какъ мы видѣли, встрѣчается, какъ результатъ бывшихъ воспаленій въ стѣнкахъ матки или въ окружающей шейку клѣтчаткѣ. Трудно выпрямляющійся уголъ перегиба

встрѣчается нерѣдко при маткахъ, не вполне правильно развитыхъ, и форма матки, и ея размѣры укажутъ намъ, что мы имѣемъ передъ собою такъ называемую дѣтскую матку (*uterus infantilis*, см. стр. 273).

**Предсказаніе.** Случаи незапущенные, представляющіе характерную картину дисменноррейныхъ схваткообразныхъ приступовъ, при соответствующемъ лѣченіи даютъ довольно благоприятный прогнозъ, даже *quo ad valetudinem completam*. Случаи же, осложненные воспалительными процессами тазовой брюшины, представляются крайне печальными, и только энергичное оперативное лѣченіе (кастрація) можетъ еще принести извѣстное облегченіе больной. Что касается до нашего предсказанія относительно возможности забеременѣванія, то необходимо всегда помнить, что оно возможно, и слѣдуетъ удерживаться предсказывать абсолютное безплодіе, какъ это дѣлалось еще такъ недавно заурядъ почти при каждой *anteflexio*. Женщины, представляющія крайнюю степень перегиба впередъ, все-таки еще могутъ забеременѣвать, и извѣстны случаи, когда беременность наступала на 10—15 году замужества.

**Лѣченіе.** *Anteflexio* матки, какъ недостатокъ развитія ея, встрѣчается весьма часто, не вызывая сама по себѣ, какъ таковая, никакихъ симптомовъ, и, слѣдовательно, не требуя никакого лѣченія. Случаи же относительно рѣдкіе, какъ мы уже видѣли, представляющіе перегибъ канала области внутренняго зѣва, причѣмъ передняя и задняя стѣнки его тѣсно прилежатъ другъ къ другу, обуславливая рѣзко выраженныя картины дисменноррейныхъ болей, требуютъ совершенно спеціальнаго, на этотъ перегибъ направленнаго лѣченія. Я считаю необходимымъ указать еще разъ, что лѣченіе это обуславливается только этими именно случаями, такъ сказать, чистыми, не представляющими никакихъ воспалительныхъ осложнений, и, слѣдовательно, примѣненіе его крайне ограничено, но тѣмъ не менѣе иногда все-таки необходимо и неизбѣжно.

Сдѣлать постоянно проходимымъ перегнутый каналъ мы можемъ только помощью искусственнаго его дренированія помощью такъ называемыхъ внутриматочныхъ пессаріевъ. Предложенное съ цѣлью его выправленія измѣненіе положенія тѣла матки помощью влагалищныхъ колець уже давно оставлено, такъ какъ всѣ влагалищные пессаріи, примѣнявшіеся съ этою цѣлью, не въ состояніи со стороны полости влагалища достаточно вѣрно вліять на исправленіе положенія путемъ приподыманія тѣла матки. Оперативный путь—*hysterostomatia orificii interni*—не можетъ быть примѣненъ также въ данномъ случаѣ, такъ какъ здѣсь мы имѣемъ передъ собою не суженіе внутренняго отверстія, а перегибъ нормальнаго объема просвѣта канала, такъ что разрѣзомъ, дѣлая просвѣтъ шире, мы все-таки не можемъ

противодѣйствовать развитію снова перегиба канала, хотя уже и болѣе широкаго. Остается, слѣдовательно, одно — ввести въ каналъ инородное ненадатливое тѣло, дренажъ, и тѣмъ самымъ обусловить невозможность спаденія стѣнокъ на мѣстѣ перегиба.

Мы примѣняемъ для этого солидный или полый штифтъ, сдѣланный изъ твердаго каучука или стекла, имѣющій на одномъ концѣ чечевицеобразное утолщеніе (рис. 165). Эти внутриматочные пессаріи, примѣненные въ подходящихъ случаяхъ и подъ строгимъ контролемъ, даютъ весьма удовлетворительный результатъ. Мы примѣняемъ ихъ всегда только послѣ того, какъ лѣчение повторными введеніями оловянныхъ бужей или маточнаго зонда оказывается не достигающимъ вполне намѣченной цѣли. Введеніе внутриматочнаго пессарія послѣ того, какъ уже былъ

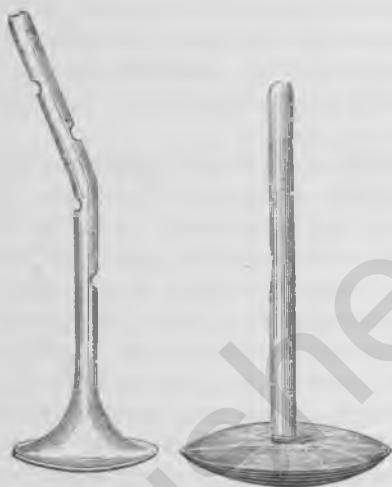


Рис. 165.

нѣсколько разъ введенъ зондъ, не представляетъ почти никакихъ затрудненій, особенно если вводить его въ низведенную *ad maximum* матку, какъ это обыкновенно легко достигается при примѣненіи ложкообразныхъ зеркалъ. Излишне уже говорить, что при введеніи ихъ должна быть также строго наблюдаема чистота и приняты извѣстныя антисептическія предосторожности; въ просвѣтъ *полагю* внутриматочнаго пессарія, если мы употребляемъ таковой, всыпается до полнаго его выполненія порошокъ іодоформа. Длина пессарія должна быть взята нѣсколько короче длины полости матки (на 1,0 см.), чтобы конецъ его не упирался въ дно и не производилъ излишняго раздраженія. Нижний конецъ пессарія, обладающій чечевицеобразнымъ плоскимъ утолщеніемъ, упирается обыкновенно въ заднюю стѣнку влагалища и такимъ образомъ не позволяетъ введенному въ матку штифту легко выскальзывать. Вложивъ пессарій и заставивъ больную продѣлать нѣсколько рѣзкихъ и сильныхъ движеній съ участіемъ брюшнаго пресса, мы, изслѣдуя снова, убѣждаемся, что пессарій лежитъ хорошо. Больныя, производя постоянно два раза въ день дезинфицирующія влагалищныя инъекціи, могутъ носить такой внутриматочный пессарій весьма долгое время — недѣли, мѣсяцы и даже годы, причемъ онъ долженъ быть тотчасъ же удаленъ, какъ только появятся какія-бы то не было боли внизу живота,

или покажется болѣе усиленное выдѣленіе бѣлей. | Далекое не всѣ матки переносятъ присутствіе въ своей полости этого инструмента; болѣею частью это относится къ случаямъ, осложненнымъ нераспознанными воспаленіями. Тотчасъ же, какъ больныя начинаютъ чувствовать присутствіе пессарія, выражающееся появленіемъ болей, онъ долженъ быть удаленъ. Игнорируя это правило, мы подвергаемъ больную значительной опасности со стороны возможности развитія воспаленій матки и ея придатковъ; случаи пара- и периметритовъ, развивающихся при этомъ лѣченіи, стоили уже не разъ жизни больной. Вотъ почему необходимо крайне строгій контроль надъ больными въ началѣ лѣченія, пока мы не убѣдимся вполне, что матка относится индифферентно къ введенному въ ея полость пессарію.

Явленія дисменореи, обусловленные перегибомъ канала, пропадаютъ сразу послѣ введенія пессарія и не возобновляются, пока онъ лежитъ на мѣстѣ; съ удаленіемъ же его они нерѣдко появляются снова, такъ что больныя приходятъ вновь съ просьбою вставить пессарій; мнѣ пришлось наблюдать подобный случай. въ которомъ въ теченіе двухъ лѣтъ пессарій былъ удаляемъ пять разъ черезъ различные промежутки времени, и боли являлись снова, пока, наконецъ, послѣ шестимѣсячнаго непрерывнаго ношенія внутриматочнаго пессарія, онъ былъ удаленъ мною (въ началѣ третьяго года лѣченія), и больная навсегда (уже семь лѣтъ) избавилась отъ своихъ страшныхъ болей во время рѣгуль. Подобные же случаи наблюдалъ *Winckel* между своими больными.

Въ виду возможности развитія весьма опасныхъ заболѣваній при лѣченіи внутриматочными пессаріями, лѣченіе это было строго порицаемо не только отдѣльными авторами, но и цѣлыми медицинскими коллегіями (*Медицинская Академія въ Парижѣ и Съездъ Естествоиспытателей въ Вьннѣ въ 1856 г.*; цитировано по *Winckel'*ю, «*Lehrbuch der Frauenkr.*», стр. 333); но тѣмъ не менѣе оно не могло быть совершенно вытѣснено изъ употребленія вслѣдствіе того, что при осторожномъ примѣненіи и строгомъ выборѣ случаевъ оно оказывается незамѣнимымъ никакимъ другимъ методомъ. Имѣя постоянно въ виду только что сказанное, дѣйствительно приходится встрѣчать только весьма рѣдко случаи, требующіе и допускающіе примѣненіе внутриматочныхъ инструментовъ. Мнѣ самому пришлось примѣнять этотъ методъ всего только 11 разъ, и я ни разу не видѣлъ худыхъ послѣдствій.

Безплодіе, стоящее въ связи съ перегибомъ просвѣта канала области внутренняго маточнаго зѣва, въ нѣкоторыхъ случаяхъ лѣченія внутриматочными пессаріями было также устранено, и не только забеременѣваніе наблюдалось во время нахождения пессарія въ полости матки, но и начальные мѣсяцы беремен-

ности протекали при этомъ совершенно нормально. Очевидно, этотъ методъ лѣченія останется совершенно индифферентнымъ и недѣйствительнымъ относительно устраненія бесплодія въ случаяхъ не подходящихъ, въ которыхъ причиною sterilitatis являются другія болѣзненные измѣненія. И такъ, только строгій выборъ случаевъ можетъ оправдывать лѣченіе внутриматочными пессаріями и убѣдить врача въ несомнѣнной его пользѣ и безвредности.

Симптоматическое лѣченіе дисменорреи, зависящей отъ перегиба матки впередъ, обыкновенно весьма недостаточно; даже большія дозы морфія и Extr. belladonn., прописываемыя въ suppositori'яхъ или для подкожныхъ впрыскиваній, въ болѣе рѣзкихъ случаяхъ оказываются недѣйствительными, обыкновенно же онѣ приносятъ только незначительное облегченіе болевыхъ ощущеній больной.

Случаи запущенные, осложненные уже болѣе или менѣе рѣзко выраженными хроническими воспаленіями, противопоказующими примѣненіе внутриматочнаго лѣченія, представляются относительно терапіи самыми неутѣшительными. Страданія больной, стоящія все-таки въ зависимости отъ менструальнаго періода, могутъ обусловить иногда показаніе къ искусственному производству преждевременнаго прекращенія менструаціи — къ кастраціи.

Приобрѣтенная anteflexio uteri, зависящая отъ различнаго рода измѣненій, какъ самой матки, такъ и окружающихъ ея частей, обыкновенно, какъ таковая, не вызываетъ никакихъ симптомовъ. Всѣ болѣзненные припадки стоятъ въ зависимости отъ тѣхъ патологическихъ процессовъ, которые такъ или иначе вызываютъ неправильное положеніе и неправильную форму матки; поэтому и терапія наша должна быть направлена противъ этихъ заболѣваній. Подробно методы лѣченія при этомъ будутъ разобраны нами въ соответствующихъ главахъ, здѣсь же мы укажемъ только на то, что обильное кровоизвлеченіе путемъ скарификацій влагалищной части матки, произведенное не задолго до появленія менструальнаго кровотеченія (2—3 дня), значительно облегчаетъ дисменорройныя боли, развивающіяся подъ вліяніемъ существующихъ воспалительныхъ явленій.

Anteflexio uteri, обусловливаемая укороченіемъ ligg. sacro-uterina вслѣдствіе воспаленія ихъ, требуетъ, конечно, устраненія воспалительныхъ явленій, а когда таковыя устранены, связки же остаются все-таки укороченными, то въ подобномъ случаѣ можетъ считаться показаннымъ методическое растяженіе ихъ. Растяженіе это производится путемъ частыхъ (черезъ день) попытокъ низведенія матки помощью крючковъ или пулевыхъ щипцовъ, захватывающихъ влагалищную часть при обнаженіи ея ложкообразными зеркалами. Въ этихъ случаяхъ, совершенно по-

добно тому, какъ при плотныхъ рубцевыхъ приращеніяхъ краевъ пузырновлагалищныхъ фистулъ (см. стр. 207), удастся путемъ методическаго потягиванія достигать весьма значительной подвижности и такимъ образомъ устранять неправильное положеніе.

### 3) Наклоненіе матки назадъ. (*Retroversio uteri*).

Наклоненіемъ матки назадъ мы называемъ такое ея положеніе, при которомъ тѣло и дно ея смѣщены къзади на столько, что помѣщаются позади проводной оси таза, при этомъ ось тѣла матки съ осью шейки представляетъ или прямую линію, или же уголъ, открытый кпереди (*retroversio anteflexa*); кишечныя петли помѣщаются въ *excavatio vesico-uterina*. Незначительныя степени этого наклоненія мы, какъ уже видѣли выше, встрѣчаемъ обыкновенно при переполненномъ мочевомъ пузырьѣ, при опороженіи котораго, благодаря сократительной способности связокъ (*ligg. rotunda et ligg. sacro-uterina*), матка снова занимаетъ свое нормальное положеніе известной степени наклона впередъ.

Недостаточность физиологической функціи связокъ, смотря по степени своего развитія, влечетъ за собою ту или другую степень невозможности перехода матки въ ея нормальное положеніе, — получаютъ формы наклоненія назадъ или только временныя, или же постоянныя, стаціонарныя. Временная *retroversio* встрѣчается весьма часто; достаточно уже простаго значительнаго растяженія связокъ въ теченіи болѣе долгаго времени (*hyperextensio*), чтобы матка при опороженіи мочевого пузыря не слѣдовала за нимъ, а оставалась на болѣе или менѣе продолжительное время въ своемъ положеніи наклоненія назадъ.

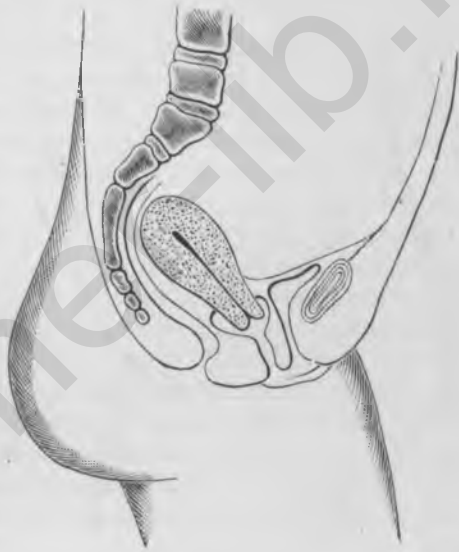


Рис. 166.

Измѣненія въ связкахъ и брюшинѣ, выстилающей малый тазъ, болѣе стойкія, какими они встрѣчаются при недостаточномъ обратномъ ихъ развитіи послѣ окончанія беременности, характеризующіяся потерей свойственнаго имъ тонуса и развитіемъ



значительной вялости тканей, обуславливаютъ обыкновенно наклоненіе матки назадъ съ извѣстною степенью ея опущенія (descensus) (рис. 166). Если при этомъ стѣнки матки также дряблы и легкогибаются, то состояніе *retroversio uteri puerperalis* весьма скоро переходитъ въ перегибъ назадъ (*retroflexio uteri*); если же присоединяются процессы воспаления, обуславливающие извѣстную степень плотности ихъ, то *retroversio* остается стационарной, постоянной. Итакъ, однимъ изъ самыхъ частыхъ этиологическихъ моментовъ къ развитію наклоненія матки назадъ мы встрѣчаемъ послѣродовой періодъ съ неправильнымъ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ и присоединяющимся къ этому воспаленіемъ (*metritis*); чрезмѣрныя скопленія мочи въ мочевомъ пузырьѣ и кала въ прямой кишкѣ представляются при



Рис. 167.

этомъ однимъ изъ предрасполагающихъ моментовъ; сюда же можетъ быть отнесено и долгое лежаніе на спинѣ.

Другой видъ наклоненій назадъ, развивающихся иногда и не въ связи съ послѣродовымъ періодомъ, обуславливается ненормальными фиксаціями или тѣла матки сзади, или шейки спереди. Воспаленія брюшины, локализирующіяся въ *excavatio rectouterina*, влекутъ за собою нерѣдко полное приращеніе задней стѣнки матки къ передней стѣнкѣ прямой кишки, такъ что все тѣло матки представляется

крѣпко фиксированнымъ сзади, и матка находится въ состояніи *retroversio* (рис. 167); если такая фиксація сзади развивается при маткѣ, находящейся въ состояніи, такъ называемой врожденной *anteflexio*, то эта послѣдняя не измѣняется, и мы имѣемъ передъ собою *retroversio anteflexa*. Развитіе рубцовыхъ уплотненій въ клѣтчаткѣ спереди шейки матки, какъ результатъ травматическихъ поврежденій во время родовъ, распространяющихся иногда вплоть до костей лонной дуги, фиксируетъ на столько стойко шейку хронически воспаленной матки впередъ, что тѣло ея оказывается значительно отклоненнымъ сзади. То же самое мы можемъ наблюдать также при рѣзко выраженномъ укороченіи передней стѣнки влагалища, какъ

это бываетъ или врожденно, или въ случаяхъ пузырно-влагалищныхъ свищей съ значительной потерей тканей, какъ стѣнки влагалища, такъ и дна мочевого пузыря.

Чрезмѣрно сильное и быстро наступающее повышение внутрибрюшного давленія, какъ напр. при паденіяхъ, поднятіи тяжестей и т. п., можетъ иногда обусловить вдругъ происхождение *retroversionis uteri*, связанной всегда съ развитіемъ значительныхъ болевыхъ ощущеній, указывающихъ на чрезмѣрное растяженіе (*hyperextensio*), а иногда и разрывъ маточно-крестцовыхъ связокъ.

**Припадки.** Большая часть припадковъ, встрѣчающихся при *retroversio uteri*, представляется обусловленными тѣми воспалительными процессами, которые встрѣчаются при этомъ или въ самой маткѣ, или въ брюшинѣ и околоматочной клѣтчаткѣ; неправильное положеніе, какъ таковое, только въ рѣдкихъ и при томъ относительно свѣжихъ случаяхъ даетъ характерные для него симптомы. Такъ, *retroversio*, развивающаяся въ послѣдородовомъ періодѣ, обуславливая извѣстной степени венозную застой въ маткѣ, вызываетъ неправильно появляющіяся кровотеченія (*metrorrhagia*), появленіе, продолжительность и сила которыхъ весьма разнообразны. Что эти кровотеченія дѣйствительно стоятъ въ связи съ самимъ неправильнымъ положеніемъ, доказываютъ намъ случаи, въ которыхъ оно прекращалось только по исправленіи неправильнаго положенія, ранѣе же того, не смотря на различные методы обычной кровеостанавливающей терапіи, оно не могло быть прекращено. Такъ какъ этотъ видъ наклоненія матки назадъ обыкновенно бываетъ связанъ съ ея опущеніемъ, то больныя жалуются на различнаго рода болевые ощущенія, связанныя съ этимъ послѣднимъ; чувство тяжести внизу живота, тянущія боли, иррадирующія въ крестецъ и въ подвздошные впадины, нерѣдко быстро прекращаются, какъ только больная перестаетъ много ходить.

Временныя ретроверсии обыкновенно не даютъ никакихъ симптомовъ, и нерѣдко можно встрѣтить женщинъ, имѣющихъ весьма подвижную матку, легко смѣщающуюся при изслѣдованіи и легко переходящую въ *anteversio*, не жалующихся при этомъ ни на какіе припадки, обусловливаемые самимъ неправильнымъ положеніемъ, и только симптомы со стороны хроническаго метрита и эндометрита болѣе или менѣе сильно беспокоятъ больныхъ; съ устраненіемъ-же ихъ онѣ считаютъ себя совершенно выздоровѣвшими. Острое развитіе *retroversionis uteri*, какъ мы уже видѣли, сопровождается всегда весьма сильными болевыми ощущеніями, стоящими въ связи съ развивающимися воспалительными явленіями тазовой брюшины и клѣтчатки, вслѣдствіе травматическихъ вліяній, имѣющихъ всегда мѣсто при этомъ. Иногда эти измѣненія бываютъ локализованы на весьма

ограниченномъ мѣстѣ въ связкахъ, такъ что только съ трудомъ могутъ быть найдены при объективномъ изслѣдованіи; движенія-же матки, и при томъ самыя незначительныя, вызываютъ сильный приступъ болей.

**Распознаваніе.** Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе въ большей части случаевъ бываетъ вполне достаточно, чтобы съ точностью опредѣлить наклоненіе матки назадъ. Находимое при этомъ изслѣдованіи тѣло матки помѣщается и ощупывается черезъ задній сводъ влагалища, переходъ его въ шейку не представляетъ угла, открытаго къзади; влагалищная часть значительно смѣщена впереди, и *osificium externum* обращено прямо впередъ, а иногда даже впередъ и вверхъ. Изслѣдованіе помощью маточнаго зонда въ обыкновенныхъ случаяхъ представляется не необходимымъ, а иногда оно должно считаться даже противупоказаннымъ, при существованіи болѣе или менѣе интенсивныхъ воспалительныхъ явленій. При изслѣдованіи наружно-внутреннемъ слѣдуетъ, на сколько возможно, стараться прощупать дно матки, такъ какъ иначе случаи *retroversionis anteflexae* легко могутъ быть приняты за простое наклоненіе матки назадъ.

*Retroversio* въ послѣродовомъ періодѣ опредѣляется при внутреннемъ изслѣдованіи также легко; осложненіе ея опущеніемъ матки представляется особенно яснымъ при изслѣдованіи женщины въ стоячемъ положеніи. Въ случаяхъ наклоненія матки назадъ подъ влияніемъ растущихъ въ полости брюшины опухолей, необходимость точнаго знакомства съ положеніемъ матки относительно опухоли передъ операциею требуютъ точнаго изслѣдованія помощью маточнаго зонда.

**Лѣченіе.** Свѣжіе случаи ретроверсии, встрѣчаемые въ послѣродовомъ періодѣ и осложненные обыкновенно опущеніемъ, требуютъ лѣченія, вполне аналогичнаго разобранному уже нами (см. стр. 72) при выпаденіяхъ и смѣщеніяхъ влагалища. Неправильное положеніе матки, какъ таковое, должно быть устранено введеніемъ влагалищнаго пессарія — кольца *Hodge'a* или *Mayer'a* — и будетъ нами подробнѣе разобрано въ слѣдующей главѣ о *retroflexio uteri*. Извѣстной степени венозный застой, поддерживаемый въ маткѣ ея наклоненіемъ назадъ и обусловливающий какъ кровотеченія, такъ и поддерживающий хроническія воспаленія, иногда устраняется весьма скоро и удовлетворительно введеніемъ кольца. Въ нѣкоторыхъ застарѣлыхъ случаяхъ хроническаго метрита и эндометрита при *retroversio*, должна быть также примѣняема терапия, спеціально направленная противъ этихъ страданій.

4) Перегибъ матки назадъ. *Retroflexio uteri.*

Наклоненная назадъ матка, вынося на своей передней поверхности всю силу внутрибрюшного давленія, весьма легко перегибается кзади на уровнѣ своего внутренняго отверстія, если только этому нѣтъ препятствія со стороны неподатливости стѣнокъ этой области; такимъ образомъ *retroversio* превращается въ *retroflexio*. Уголь, открытый кзади, образуемый осью тѣла матки съ ея шейкою, при перегибахъ назадъ обыкновенно бываетъ тупымъ, рѣже прямымъ и весьма рѣдко острымъ. Съ тѣхъ поръ, какъ мы стали относить случаи перегиба впередъ, не дающіе угла меньше прямого, къ явленіямъ нормальнымъ, перегибы назадъ должны быть разсматриваемы, какъ самые частые изъ всѣхъ неправильныхъ положеній матки.

## Этіологія и анатомія.

Какъ при *retroversio*, такъ и при *retroflexio uteri* мы можемъ разсматривать два вида неправильнаго положенія матки, представляющихся этіологически вѣско различными. Одинъ видъ ведетъ свое начало изъ послѣродового періода и весьма часто соединенъ съ опущеніемъ матки (*descensus*) (рис. 168); другой-же встрѣчается у женщинъ не рожавшихъ (рис. 169) и можетъ быть даже врожденнымъ. Секціи новорожденныхъ дѣвочекъ показали, что и у нихъ можетъ встрѣчаться перегибъ тѣла матки назадъ (*C. Ruge, Winckel*), причемъ передняя стѣнка ея значительно утончена, задняя же представляется нормальной или даже утолщенной. Врожденное укороченіе передней стѣнки влагалища, обуславливая развитіе наклоненія матки назадъ, при болѣе долгомъ существованіи послѣдняго нерѣдко можетъ быть разсматриваемо также, какъ причина развивающейся въ послѣдствіи *retroflexio uteri* молодыхъ субъектовъ.

Неправильный обратный метаморфозъ тканей внутреннихъ половыхъ органовъ въ послѣродовомъ періодѣ,—разслабленіе связокъ

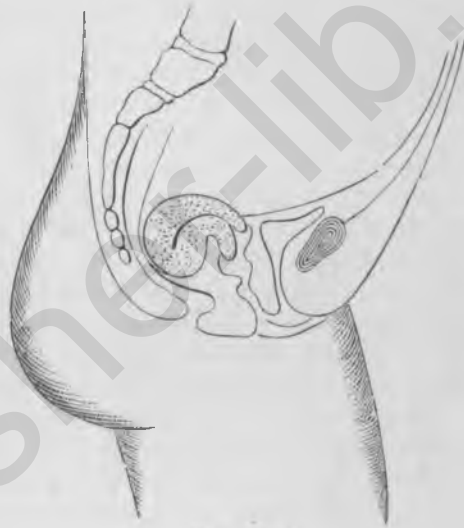


Рис. 168.

матки и тканей тазового дна обуславливаютъ опущеніе матки и влагалища и *наклоненіе* увеличенной матки назадъ, изъ котораго подъ вліяніемъ внутрибрюшного давленія и при отсутствіи надлежащаго ухода весьма легко развивается *перегибъ* назадъ. Растянутыя, не вполне обратно развитыя *ligg. sacro-uterina* и *ligg. rotunda* оказываются уже недостаточными въ своей физиологической дѣятельности. Матка, приведенная въ состояніе *retro-versio* растянувшимся мочевымъ пузыремъ, уже не можетъ быть снова приведена въ свое нормальное положеніе. Кишечныя петли помѣщаются въ *caelum vesico-uterinum*, и брюшное давленіе начинаетъ уже дѣйствовать прямо на переднюю стѣнку; при мягкости и рыхлости стѣнокъ матки происходитъ перегибъ тѣла кзади. Тѣло матки, помѣщаясь въ *caelum recto-uterinum* и вы-



Рис. 169.

полняя его, еще болѣе отодвигаетъ шейку впередъ, чему въ особенности способствуютъ еще столь часто встрѣчающіяся привычныя переполненія прямой кишки каловыми массами,—такъ что связь, удерживавшая шейку матки сзади, нащелается *ad maximum*. матка находится уже цѣлонарно въ состояніи перегиба назадъ.

Къ этиологическимъ моментамъ, свойственнымъ случаямъ *retroflexionis* гі, какъ у женщинъ роющихъ, такъ и у нероющихъ, слѣдуетъ относить различнаго рода измѣненія самихъ стѣнокъ ма-

тки; такъ извѣстно, что съ значительнымъ увеличеніемъ ширины и длины передней стѣпки при нормальной зрѣлости, тѣло матки *in toto* представляется перегнутымъ назадъ *Schultze* («*Die Lageveränderungen der Gebärmutter.*» 1881. *стр.* 130) удалось въ одномъ случаѣ доказать это положеніе, высказанное уже *Jos. Bell'em*; удаливъ выскабливаніемъ миксоаденому изъ передней стѣпки перегнутой назадъ матки, онъ могъ, менѣе чѣмъ черезъ мѣсяць, констатировать развившееся нормальное положеніе матки вслѣдствіе сокращенія и уменьшенія передней стѣпки до нормальныхъ размѣровъ. То же измѣненіе можетъ быть вызвано недостаточно сократившимся мѣстомъ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, сидѣвшаго на передней стѣнкѣ

(*E. Martin. «Die Neigungen und Biegungen der Gebärmutter». 1870, стр. 37*), или воспалительными процессами и развитіемъ различнаго рода опухолей. Хроническіе катарры влагалища и матки во время своего длительнаго теченія нерѣдко даютъ поводъ къ развитію значительной дряблости тканей полового аппарата и могутъ такимъ образомъ быть причиною перегиба назадъ; къ этой же категоріи относятся онанизмъ и неправильная половая жизнь съ мужемъ импотентомъ. *Hildebrandt* относительно довольно часто могъ наблюдать перегибы назадъ, стоявшіе въ связи съ этими двумя послѣдними причинами, послѣдствіемъ которыхъ бываетъ обыкновенно значительное разрыхленіе и дряблость тканей связочнаго аппарата матки.

Въ преобладающемъ числѣ случаевъ при *retroflexio uteri* мы находимъ тѣло матки значительно увеличеннымъ, богатымъ кровью; ткань стѣнокъ мягка, иногда даже пастозна; явленія застоя выражены рѣзко; микроскопическое изслѣдованіе нерѣдко указываетъ на значительное развитіе межмышечной соединительной ткани и измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ, аналогичныя измѣненіямъ, встрѣчающимся въ извѣстныхъ случаяхъ хроническаго метрита. Мѣсто перегиба на задней стѣнкѣ чаще встрѣчается также утолщеннымъ и гистологически не отличается ничѣмъ отъ другихъ мѣстъ стѣнокъ матки; иногда же, и притомъ гораздо рѣже, оно истончено, и въ немъ можно наблюдать атрофію мышечной ткани и замѣщеніе ея старою соединительною тканью. Влагалищная часть смѣщается кпереди и нѣсколько кверху, и только въ случаяхъ значительной подвижности тѣла матки относительно шейки она можетъ почти не измѣнять своего положенія. Вслѣдствіе перегиба *portio vaginalis* какъ бы уменьшена; передняя губа ея почти изглажена, вслѣдствіе отслойки передней стѣнки влагалища отъ шейки, такъ что передній сводъ представляется прикрѣпляющимся къ самой нижней части губы и совершенно уплощеннымъ, сглаженнымъ; задняя губа, напротивъ того, какъ бы увеличена и помѣщается во влагалищѣ ниже, чѣмъ передняя. При существованіи надрывовъ съ обихъ сторонъ на влагалищной части наружное отверстіе зияетъ, губы разворочены, слизистая оболочка нижней трети цервикальнаго канала эктропирована и представляетъ картину эрозіи. Вся матка, особенно въ случаяхъ послѣродовыхъ, опущена, влагалище грубо складчато и имѣетъ вертикальное направленіе. *Sacum vesico-uterinum* почти совершенно изглажено вслѣдствіе значительнаго растяженія мѣста соединенія мочевого пузыря съ маткою; брюшина при этомъ не только покрываетъ спереди всю шейку матки, но можетъ также заходить и на верхнюю часть передней стѣнки влагалища.

Вслѣдствіе того, что дно матки перегибается назадъ и болѣе или менѣе выполняетъ собою Дугласово пространство, широкія

связки матки (ligg. lata) также измѣняютъ свое положеніе и представляются до извѣстной степени перегнутыми, такъ что большія венозныя сплетенія, лежащія у ихъ основанія, также нерѣдко слегка перегнуты, и мы видимъ кромѣ венозной гипереміи матки еще и развитіе varicosele венъ широкихъ связокъ. Измѣненіе положенія ligg. lata обуславливаетъ также растяженіе lig. infundibulo-pelvisi, результатомъ чего нерѣдко является болѣе значительная подвижность яичниковъ, такъ что они могутъ быть находимы значительно смѣщенными внизъ, лежащими на днѣ Дугласова пространства. Перегибъ матки назадъ и смѣщеніе шейки впередъ вызываетъ иногда также извѣстной степени перегибъ мочеточниковъ, при чемъ развивается болѣе или менѣе затрудненный стокъ мочи, и являются измѣненія въ почкахъ (hydronephrosis).

Рядомъ съ случаями retroflexionis uteri, дающими вышеизложенную картину разстройствъ, встрѣчаются и такіе, при которыхъ матка кромѣ своего перегиба не представляетъ, повидимому, никакихъ измѣненій; сюда относятся случаи перегибовъ у не рожавшихъ женщинъ, обладающихъ врожденнымъ укороченіемъ передней стѣнки втагалища, а также нѣкоторые случаи чрезмѣрной подвижности тѣла матки относительно шейки.

**Припадки.** Какъ мы видѣли, перегибъ матки назадъ въ преобладающемъ числѣ случаевъ обуславливаетъ застойную форму гипереміи, которая и служитъ источникомъ большей части симптомовъ, встрѣчающихся при retroflexio uteri. Относительно рѣдко наблюдаемые случаи врожденныхъ перегибовъ и перегибовъ у женщинъ не рожавшихъ не даютъ никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, или же, подобно тому, какъ мы это уже видѣли при ante-flexio uteri, симптомы обуславливаются только самимъ перегибомъ, какъ таковымъ. При retroflexio еще рѣже, чѣмъ при ante-flexio, перегибъ матки нерожавшей представляетъ такой значительный перегибъ просвѣта области внутренняго отверстія, чтобы стѣнки канала плотно прилежали другъ къ другу и была необходима извѣстная, болѣе значительная сила для восстановленія проходимости канала. Случаи эти даютъ совершенно ту-же картину дисменоррейныхъ болей (*T. Safford Lee. «The London medical gazette». 1848, II, стр. 942*), какъ и при ante-flexio, равно какъ и бесплодіе, наблюдающееся при нихъ, стоитъ въ зависимости отъ тѣхъ же причинъ (см. стр. 323).

Обыденно встрѣчающіеся перегибы матки назадъ у женщинъ рожавшихъ, ведущіе свое начало большею частью изъ послѣродового періода, представляютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженный венозный застой, результатомъ чего и наблюдается комплексъ довольно характерныхъ для retroflexio uteri припадковъ. Больныя жалуются на болѣзненное чувство тяжести внизу живота и напора на низъ; это ненормальное ощущеніе, далеко

не всегда доходящее до чувства боли, иррадируетъ въ крестцовую область и рѣзко ощущается въ ягодицахъ. Эти болевые ощущенія представляются индивидуально крайне различными; женщины, привыкшія ко всякимъ невзгодамъ, переносятъ ихъ на столько хорошо, что совершенно не жалуются на нихъ; такъ, мнѣ не разъ приходилось встрѣчать случаи между деревенскимъ населеніемъ у крестьянокъ, когда, не смотря на значительно выраженный метритъ, ретрофлексію и опущеніе матки, онѣ жаловались только на сильныя кровотечения.

Весьма скоро появляются жалобы на бѣли и усиленную потерю крови во время менструаціи, — стоящія въ связи съ измѣненіями слизистой оболочки матки подъ вліяніемъ венозной гипереміи. Усиленное выдѣленіе железъ матки даетъ весьма значительное количество бѣлей, представляющихся иногда задолго до наступленія менструальнаго періода, за недѣлю, 10 дней, болѣе или менѣе значительно окрашенными кровью. Наступающее менструальное кровотеченіе весьма обильно (menorrhagia) и продолжается, постепенно уменьшаясь въ количествѣ, гораздо долѣе обычнаго срока. При началѣ этого кровотеченія больныя довольно часто жалуются на схваткообразныя боли или, вообще, болевые ощущенія въ области малаго таза (dysmenorrhoea). Эти боли обусловливаются при retroflexio uteri рожавшихъ женщинъ разнообразными причинами, между которыми метритъ и периметритъ встрѣчаются болѣе часто; но иногда и перегибъ, какъ таковой, обусловливаетъ схваткообразныя боли, не достигающія, впрочемъ, никогда той силы и интенсивности, какъ при antelexio или retroflexio congenita. Перегнутая до уничтоженія просвѣта область внутренняго отверстія въ разбираемыхъ нами случаяхъ не требуетъ большой силы, благодаря мягкости стѣнокъ матки, чтобы просвѣтъ былъ восстановленъ подъ вліяніемъ сокращеній матки и не особенно значительнаго повышенія внутриматочнаго давленія. Благодаря существованію этой непроходимости, въ полости матки скопляется до извѣстнаго количества не только менструальная кровь, но и продуктъ выдѣленія утрикулярныхъ железъ, такъ что полость матки при retroflexio весьма часто представляется значительно увеличенной. Схваткообразныя боли, благодаря задержкѣ секрета, появляются иногда и не во время менструальнаго періода и обусловливаютъ изверженіе застоявшагося содержимаго полости матки иногда даже въ состояніи гніенія, со свойственнымъ этому процессу запахомъ.

Увеличенное и перегнутое къзади тѣло матки, выполняя иногда все Дугласово пространство, можетъ на столько значительно давить на прямую кишку, что просвѣтъ этой послѣдней представляется до извѣстной степени суженнымъ, — поводъ къ происхожденію въ нѣкоторыхъ случаяхъ такъ называемыхъ механи-



ческихъ запоровъ; съ другой стороны, производя извѣстное раздраженіе стѣнки прямой кишки, тѣло матки служитъ причиною столь нерѣдко наблюдающагося болѣзненнаго жилинія больныхъ при окончаніи акта дефекаціи, послѣ выхожденія всего количества каловыхъ массъ, бывшихъ *in recto*.

Брюшина, покрывающая матку, и стѣнки этой послѣдней, вслѣдствіе хроническаго воспаленія, обладаетъ весьма различно выраженной чувствительностью; иногда боли на столько значительны, что каждое смѣщеніе тѣла матки больныя ясно ощущаютъ, какъ боль или только какъ болѣзненное передвиженіе чего-то внизу живота. Сопровождающія нерѣдко хроническое воспаленіе матки увеличеніе, тургесценція и боли въ грудныхъ железахъ, совмѣстно съ ощущеніемъ болѣзненныхъ передвиженій матки при *retroflexio*, уже не разъ давали поводъ больнымъ предполагать себя беременными (*pseudocyesis*); присоединяющееся увеличеніе объема живота, вслѣдствіе часто встрѣчающихся запоровъ и метеоризма *ex atonia* кишечнаго канала, еще болѣе убѣждаютъ ихъ въ предполагаемой беременности.

Въ теченіи болѣзни при *retroflexio uteri* нерѣдко приходится наблюдать паретическія явленія въ нижнихъ конечностяхъ; больныя жалуются на слабость ногъ и ходятъ только съ трудомъ, волоча ноги; иногда же ходить представляется совсѣмъ невозможнымъ, и онѣ должны лежать въ кровати. Эти явленія помимо того, что могутъ быть обусловлены гистеріей или болѣе стойкими измѣненіями въ самой нервной системѣ, находятся въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ прямой связи съ перегибомъ увеличеннаго тѣла матки назадъ и могутъ проходить немедленно послѣ того, какъ положеніе матки измѣнено искусственно, такъ что невольно является вопросъ о возможности прижатія тѣломъ матки нервныхъ сплетеній задней стѣнки таза.

Симптомы со стороны мочевого пузыря встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ при *anteflexio* и *anteversio uteri*, и стоятъ обыкновенно болѣе въ связи съ присоединяющимся хроническимъ метритомъ, чѣмъ съ самимъ неправильнымъ положеніемъ матки. Существующій незначительный перегибъ мочеточниковъ только весьма рѣдко обуславливаетъ развитіе опухолеобразныхъ образований выше мѣста перегиба, вслѣдствіе временнаго застоя мочи, исчезающихъ быстро при перемѣнѣ положенія больной и измѣненіи въ положеніи матки. Задержка мочи въ мочевомъ пузырьѣ наблюдается только при перегибахъ матки назадъ въ ея беременномъ состояніи, причемъ пузырь можетъ быть растянутъ *ad maximum*.

Бесплодіе наблюдается только въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ, въ которыхъ оно большею частью зависитъ отъ присоединившихся воспаленій, какъ матки, такъ и ея придатковъ; въ болѣе же свѣжихъ, не запущенныхъ случаяхъ забеременѣваніе наступаетъ относительно довольно часто, и, не смотря на то, что выкидышъ при *retroflexio* наблюдаютъ далеко нерѣдко, приходится видѣть совершенно правильное теченіе беременности и

родовъ. Обусловливающими невозможность забеременѣванія могутъ считаться только рѣдкіе случаи врожденныхъ перегибовъ назадъ, о которыхъ мы уже упоминали выше.

Болевая ощущенія и нѣкоторыя гистероневрозы стоятъ нѣдко въ связи съ измѣненіями яичниковъ; смѣщенные, болѣзненные при давленіи и увеличенные въ объемъ яичники, какъ мы уже видѣли, встрѣчаются довольно часто при *retroflexio uteri*, и измѣненія ихъ связаны непосредственно съ неправильнымъ положеніемъ матки. Отраженные, истерическіе припадки, встрѣчающіеся при разбираемомъ нами заболѣваніи, бываютъ крайне разнообразны, и мы имѣемъ передъ собою или полную картину гистеріи, или болѣе рѣзко выраженные гистероневрозы отдѣльныхъ областей. Чаще всего приходится наблюдать тошноту, переходящую иногда въ рвоту, и сильно беспокоящій больныхъ кашель (*tussis uterina!*); затѣмъ головныя боли (*clavus hystericus*), боли въ области желудка, сердцебиенія—суть жалобы, съ которыми больныя нѣдко обращаются за нашею помощію. Извѣстны несомнѣнные случаи, въ которыхъ эти рефлекторныя симптомы устранялись весьма успѣшно исправленіемъ неправильнаго положенія матки. Я зналъ одну больную 35 лѣтъ отъ роду, страдавшую сильной икотой, при малѣйшемъ волненіи настолько усиливавшейся, что больная должна была икать, не переставая, въ теченіе извѣстнаго времени; исправивъ положеніе увеличенной и легко вправимой матки и вложивъ пессарій *Hodge'a*, я просилъ больную обратить вниманіе на частоту приступовъ икоты. Черезъ три дня больная заявила, что приступы болѣе не повторялись, и въ теченіи цѣлаго года, пока она носила кольцо, ихъ не было вовсе. Больная уѣхала, и далѣе уже я потерялъ ее изъ виду. *Schröder* описываетъ случай («*Berl. Klin. Wochenschr.*», 1879, № 1) полного излѣченія *choreaе* путемъ устраненія перегиба матки назадъ. Рядомъ съ подобными, далеко не единичными случаями встрѣчается гораздо еще большее число случаевъ, въ которыхъ измѣненія въ нервной системѣ настолько общи и стойки, что одно исправленіе матки не приноситъ уже никакой пользы, и больныя обречены на долгія страданія, неподдающіяся иногда въ теченіе весьма долгаго времени самымъ энергичнымъ методамъ лѣченія.

Подъ вліяніемъ вышеприведенныхъ припадковъ общее состояніе здоровья больныхъ значительно подрывается. Большая или меньшая степень развивающейся анеміи и нейрозизма дѣлаютъ ихъ неспособными не только къ исполненію своихъ обязанностей, но и само ихъ существованіе дѣлается въ тягость, какъ имъ самимъ, такъ и окружающимъ. Начальные періоды болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ отличаются иногда еще тѣмъ, что наружный видъ больныхъ сохраняется на столько хорошимъ, что никто имъ не вѣритъ о тѣхъ страшныхъ страданіяхъ, кото-

рыя онѣ переносятъ. *Winckel* («*Lehrbuch d. Frauenkrankh.*» стр. 351) справедливо указываетъ на то ужасное душевное состояніе, которое присуще подобнымъ больнымъ, кончающимъ иногда самоубійствомъ или развитіемъ одной изъ формъ душевныхъ болѣзней.

**Распознаваніе.** Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе въ преобладающемъ числѣ случаевъ бываетъ вполне достаточно для опредѣленія перегиба назадъ. Палецъ, введенный во влагалище, легко опредѣляетъ смѣщенную кпереди влагалищную часть и ея особенности; черезъ задній сводъ прощупывается болѣе или менѣе шарообразный тупог, непосредственно переходящій въ шейку матки и образующій съ нею уголь, открытый къзади; изслѣдуя черезъ передній сводъ, легко констатируется отсутствіе тѣла матки, такъ что лежащій сзади тупог долженъ быть, слѣдовательно, признанъ за перегнувшееся назадъ тѣло матки. Случаи обыденные, неосложненные обыкновенно не требуютъ примѣненія другихъ методовъ изслѣдованія, но если бы оставалось еще сомнѣніе въ характерѣ опухолевиднаго тѣла, лежащаго въ Дугласовомъ пространствѣ и непосредственно переходящаго въ шейку матки, то введеніе маточнаго зонда при *retroflexio* сразу укажетъ намъ, что и полость канала шейки также непосредственно переходитъ въ полость этого тѣла. Въ случаяхъ развитія неособенно значительныхъ размѣровъ фиброміомъ въ задней стѣнкѣ тѣла матки, симулирующихъ *retroflexio*, направленіе полости болѣе кпереди, указываемое зондомъ, и ощущеніе увеличенной толщины задней стѣнки, лежащей между зондомъ и пальцемъ, введеннымъ во влагалище или прямую кишку, обыкновенно достаточно разъясняютъ діагнозъ.

Присоединяющіяся къ перегибу матки назадъ воспалительныя явленія брюшины полости малаго таза обуславливаютъ иногда, вслѣдствіе крайней болѣзненности, полную невозможность произвести достаточно точное изслѣдованіе, — примѣненіе наркоза (хлороформа) устраняетъ это осложненіе. Легкая подвижность тѣла матки, наблюдаемая при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, служить однимъ изъ достаточно точныхъ признаковъ отсутствія болѣе или менѣе стойкихъ сращеній тѣла матки съ заднею стѣнкою полости малаго таза при посредствѣ ложныхъ перепонокъ. Мы можемъ быть увѣрены, что развитія фиксирующихъ ложныхъ перепонокъ не существуетъ, если намъ удастся легко вывести тѣло матки изъ Дугласова пространства и придать ему его нормальное положеніе, и если это положеніе получается настолько устойчивымъ, что матка возвращается не тотчасъ же въ свое положеніе перегиба назадъ. Такой быстрый обратный перегибъ матки назадъ, при достаточной мягкости мѣста перегиба, несомнѣнно указываетъ на существованіе ложныхъ перепонокъ болѣе или менѣе значительной длины; плоскостныя сращенія обык-

новенно позволяютъ только незначительно приподымать матку и только слегка смѣщать ее кпереди, и она тотчасъ же снова занимаетъ свое прежнее положеніе. Всѣ эти манипуляціи измѣненія положенія матки для діагностическихъ цѣлей производятся вполне удовлетворительно одними ручными приемами; примѣненіе же зонда или способа расширенія шейки матки съ послѣдовательнымъ введеніемъ пальца въ полость матки могутъ быть примѣняемы только тогда, когда мы имѣемъ въ виду уже прямо, непосредственно перейти къ самой терапіи — разрыву ложныхъ перепонокъ, фиксирующихъ матку.

Возможность смѣщать тѣло перегнутой назадъ матки съ периметритическимъ экссудатомъ въ Дугласовомъ пространствѣ почти всегда можетъ быть устранено опредѣленіемъ отсутствія тѣла матки въ переднемъ сводѣ на его нормальномъ мѣстѣ.

**Предсказаніе.** Только что изложенная группа симптомовъ при retroflexio указываетъ намъ, что страданіе это относится далеко не къ легкимъ, а случаи, болѣе или мевѣе запущенные, представляютъ серьезную картину глубоко разстроеннаго общаго состоянія здоровья. Летальные исходы, впрочемъ, наблюдаются только въ исключеніи и стоятъ въ связи съ пораженіями другихъ органовъ, обостряющимися подъ влияніемъ разстройство, обусловливаемыхъ перегибомъ матки назадъ; укажемъ только на чахотку легкихъ, принимающую болѣе быстрое теченіе при значительныхъ потеряхъ крови, вызванныхъ ретрофлексіей. При отсутствіи серьезныхъ поражений другихъ органовъ, прогнозъ нашъ при чистой гинекологической формѣ страданія, что касается до полнаго выздоровленія, въ смыслѣ устраненія припадковъ, можетъ считаться относительно благоприятнымъ, такъ какъ, не смотря на долгое и затягивающееся лѣченіе, больныя въ концѣ концовъ могутъ все-таки чувствовать себя на столько хорошо, что считаютъ себя выздоровѣвшими.

Что же касается до полнаго выздоровленія, въ смыслѣ восстановленія снова нормальнаго положенія матки, то предсказаніе должно быть въ значительномъ большинствѣ случаевъ неблагоприятнымъ. Восстановленіе стойкаго нормальнаго положенія матки возможно только въ случаяхъ свѣжихъ, когда связочный аппаратъ матки только недостаточенъ, и разстройство его только функциональное; съ развитіемъ же недостаточности органической, при стойкомъ измѣненіи связокъ, матка, приведенная въ нормальное положеніе и удерживаемая въ немъ искусственно весьма долго, все-таки, по устраненіи этой искусственной поддержки, снова принимаетъ положеніе перегиба назадъ. Надежда на излѣченіе самопроизвольное послѣ бывшей беременности оказывается всегда тщетною, — матка снова находится въ томъ же положеніи, какъ и до беременности, и даже перегибъ ее назадъ верѣдко оказывается еще болѣе рѣзко выраженнымъ; но встрѣчаются все-таки

случаи, въ которыхъ разумно примѣненная терапія въ послѣродовомъ періодѣ можетъ обусловить излѣченіе, такъ что матка принимаетъ свое нормальное положеніе; но, повторяемъ, случаи эти рѣдки, большею частью относятся къ относительно свѣжимъ заболѣваніямъ, обыкновенно же и въ нихъ по удаленіи искусственной поддержки матка снова занимаетъ свое положеніе перегиба назадъ.

**Лѣченіе.** Задачею лѣченія перегиба матки назадъ безспорно будетъ 1) исправленіе этого положенія въ нормальное и 2) болѣе стойкое удержаніе органа въ этомъ послѣднемъ, такъ какъ вправленная матка весьма легко снова стремится перейти изъ искусственно приданнаго ей нормальнаго положенія въ свое первоначальное патологическое — перегиба назадъ.

Перваго мы достигаемъ различнаго рода манипуляціями, носящими названіе вправленія матки. Установивъ діагнозъ *retroflexionis uteri* мы должны опредѣлить еще, подлежитъ ли данный случай вправленію, и когда, — тотчасъ или спустя извѣстный срокъ времени. Перегнутыя назадъ матки въ нѣкоторыхъ, правда, исключительныхъ случаяхъ не вызываютъ никакихъ симптомовъ и, слѣдовательно, не требуютъ исправленія; я позволяю себѣ указать на эту очевидность только потому, что приходилось встрѣчать случаи, въ которыхъ матка, перегнутая назадъ, мальтретировалась различнаго рода ортопедическими приемами лѣченія только потому, что существовала ея перегибъ, которому и приписывались симптомы, вызывавшіеся на самомъ дѣлѣ заболѣваніями окружающихъ матку частей; болѣзненные припадки, конечно, усиливались, и только послѣ того, какъ всякія попытки вправлять матку были оставлены, и терапія направлена на источникъ заболѣванія, больныя поправлялись и продолжали быть здоровыми, не смотря на существующую *retroflexio uteri*. Съ другой стороны, стойкія сращенія матки съ окружающими частями и особенно фиксація ея, зависящая отъ развитія рубцовъ въ околоматочной клѣтчаткѣ, дѣлаютъ вправленіе иногда невозможнымъ, и, придавая нашему лѣченію характеръ только симптоматической, мы въ этихъ случаяхъ можемъ принести пользу и значительно облегчить больныхъ гораздо болѣе, чѣмъ попытками, во чтобы-то ни стало, добиться нормальнаго положенія матки.

Производить ли исправленіе положенія тотчасъ или спустя извѣстное время, мы рѣшаемъ, руководясь состояніемъ воспалительныхъ осложненій, сопутствующихъ перегибу матки назадъ. Острый періодъ воспалительныхъ явленій и чрезмѣрное увеличеніе матки, вслѣдствіе переполненія ея кровью, заставляютъ насъ отложить манипуляціи вправленія на болѣе или менѣе долгій срокъ, въ теченіе котораго эти осложненія устраняются до извѣстной степени соответственной терапіей, и затѣмъ уже матка вправляется. Этимъ я не хочу сказать, чтобы

въ каждомъ случаѣ, осложненномъ болѣе или менѣе интенсивнымъ воспаленіемъ, вправленіе матки должно быть отложено, и лѣченіе воспаления должно предшествовать. Случаи, когда вправленіе легко, а интенсивность воспаленій не велика, должны быть вправляемы тотчасъ же, такъ какъ само вправленіе, достигая нормальнаго положенія матки, устраняетъ часто весьма удовлетворительно этиологическій моментъ сопутствующихъ воспалительныхъ явленій.

Вправленіе производится обыкновенно только ручными приѣмами; еслибы наши манипуляціи при этомъ оказались вызывающими чрезмѣрныя болевья ощущенія, то слѣдуетъ примѣнять наркозъ. Вправленіе помощью зонда при отсутствіи сращеній матки приходится производить только весьма рѣдко, въ исключительныхъ случаяхъ. Въ легкихъ случаяхъ приведеніе матки въ нормальное положеніе удается и при обычномъ положеніи больной на спинѣ. Два пальца, указательный и средній, правой руки вводятся во влагалище, и въ то время, какъ средній палецъ черезъ задній сводъ старается приподнять тѣло матки и выводить его изъ полости малаго таза, указательный надавливаетъ на переднюю поверхность влагалищной части, оттѣсняя ее назадъ. Лѣвой рукой черезъ брюшныя стѣнки, надавливая въ области пупка, мы стараемся проникнуть къ крестцовому мысу и захватить тѣло матки, выводимое изъ малаго таза давленіемъ со стороны влагалища. При тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ и особенно подъ наркозомъ это удается относительно легко. Фиксируя лѣвою рукою дно матки, мы переводимъ его впередъ и затѣмъ, прощупывая черезъ передній сводъ пальцами, лежащими во влагалищѣ, мы убѣждаемся, что тѣло матки помѣщается дѣйствительно спереди; это необходимо для того, чтобы вправленіе могло считаться оконченнымъ. Иногда, надавливая на тѣло матки изъ задняго свода влагалища по направленію срединной линіи тѣла, мы видимъ, что оно не можетъ быть выведено изъ малаго таза; тогда попытка провести тѣло матки съ одной изъ сторонъ крестцоваго мыса иногда удается поразительно легко.

Еслибы въ положеніи на спинѣ намъ не удалось произвести исправленія положенія, то оно все-таки еще удается при измѣненіи положенія больной въ боковое или колѣнно-локтевое, причемъ развивающееся отрицательное внутрибрюшное давленіе значительно способствуетъ выведенію тѣла матки изъ крестцовой впадины. Вправленіе можетъ быть иногда значительно облегчено и ускорено тѣмъ, что надавливаніе на тѣло матки мы производимъ не со стороны влагалища, а со стороны прямой кишки введеннымъ въ нее однимъ или, лучше, двумя пальцами, причемъ они должны быть введены, насколько возможно, глубоко; на влагалищную часть матки при этомъ накладываются

крючокъ или пулевые щипцы, и, низводя ее ими, мы еще болѣе облегчаемъ вправленіе.

Для всѣхъ сказанныхъ манипуляцій требуется до извѣстной степени вмѣстительное влагалище, или примѣненіе хлороформа при вправленіи двумя пальцами черезъ прямую кишку. У нерожавшихъ женщинъ, имѣющихъ иногда неподатливое и недостаточно растяжимое влагалище, равно какъ и считая почему-либо примѣненіе наркоза нежелательнымъ, мы можемъ примѣнять для исправленія положенія матки металлическій маточный зондъ, причѣмъ, конечно, требуется избѣгать, насколько возможно, примѣненія болѣе значительной силы. Зондъ вводится въ матку или по пальцу, или черезъ зеркало, такъ чтобы выпуклость его была обращена кпереди (кверху), и уже, когда зондъ введенъ до дна матки, мы описываемъ обращенной книзу его рукояткой полукругъ кверху и затѣмъ, осторожно опуская ее по прямой линіи книзу, мы этимъ движеніемъ переводимъ тѣло матки сзади на передъ и исправляемъ ее положеніе, причѣмъ въ теченіе всего этого времени контролируемъ движеніе тѣла матки рукою черезъ брюшныя стѣнки. Вправленіе зондомъ удается весьма легко; я указываю на это особенно потому, что, еслибы встрѣтилось при этомъ какое-либо затрудненіе, то лучше тотчасъ же прекратить вправленіе, чѣмъ, форсируя и стараясь преодолѣть препятствіе, произвести далеко нежелательныя травматическія поврежденія.

Какъ мы уже видѣли выше (см. стр. 342), при попыткахъ исправленія положенія матки можетъ быть довольно точно опредѣлено присутствіе сращеній между маткою и прямою кишкою, при существованіи которыхъ матка, приведенная въ положеніе *anteversio*, тотчасъ же снова принимаетъ свое первоначальное положеніе перегиба назадъ, какъ только фиксирующія ее руки даютъ ей возможность свободнаго движенія. При этомъ сращенія представляются или въ видѣ болѣе длинныхъ ложныхъ перепонокъ, или же брюшина, покрывающая заднюю поверхность матки, по всей своей поверхности плотно сращена съ брюшиною передней стѣнки прямой кишки, и тѣло матки въ этомъ послѣднемъ случаѣ, будучи перемѣщено впередъ, тянетъ за собою и стѣнку прямой кишки. Убѣдившись въ существованіи сращеній и предполагая возможность ихъ разрушенія, мы убѣждаемся въ этомъ еще болѣе точно, изслѣдуя Дугласово пространство пальцемъ, введеннымъ въ полость тѣла матки послѣ ея предварительнаго расширенія, и пальцемъ другой руки, введеннымъ въ прямую кишку; или же вводимъ въ матку зондъ съ весьма толстою пуговкою (1,0—1,5 см.) и изслѣдуемъ черезъ брюшныя стѣнки и прямую кишку одновременно. Когда такимъ образомъ точно опредѣлена область существующихъ сращеній и ихъ характеръ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть

показано приступить къ насильственному разрыву ихъ съ цѣлью тотчасъ же исправить положеніе матки; считаю необходимымъ здѣсь же замѣтить, что весьма плотныя плоскостныя сращенія, равно какъ и всякія болѣе стойкія сращенія увеличенныхъ въ объемъ трубъ, я считаю противопоказаніемъ къ насильственному разрыву.

Разрывъ сращеній мы производимъ обыкновенно слѣдующимъ образомъ. Въ большей части случаевъ больная должна быть подъ хлороформомъ, чтобы передняя брюшная стѣнка не оказывала никакого замѣтнаго сопротивленія. Два пальца правой руки вводятся въ прямую кишку, насколько возможно, высоко, и мы стараемся достигъ ими области дна матки; лѣвою рукою черезъ брюшныя стѣнки мы идемъ на встрѣчу правой рукѣ, до соединенія пальцевъ обѣихъ рукъ надъ дномъ матки, и затѣмъ уже лѣвою рукою прокладываемъ себѣ путь по задней поверхности матки, помогая этому, на сколько возможно, пальцами со стороны гестіи и контролируя ими постоянно поступательное движеніе лѣвой руки; если намъ удалось преодолѣть препятствіе, представлявшееся со стороны сращеній, то матка вслѣдъ за этимъ уже легко можетъ быть приведена въ нормальное положеніе. Я считаю эту манипуляцію позволенной, какъ уже сказано выше, только въ случаяхъ относительно свѣжихъ сращеній, при которыхъ нельзя еще ожидать значительнаго развитія сосудовъ, такъ какъ иначе, производя значительное насиліе и разрывая болѣе плотныя ложныя перепонки, мы разрываемъ также и встрѣчающіеся въ нихъ кровеносные сосуды (*Славянский, «Медицинскій Вѣстникъ», 1867, № 11*), сила и интенсивность кровотеченія изъ которыхъ нами никакъ не можетъ быть предвидѣна заранѣе; съ другой стороны, производя болѣе значительное насиліе, мы можемъ нарушить цѣлость передней стѣнки прямой кишки, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ состояться относительно легко.

Принимая во вниманіе только что сказанное, мы видимъ, что плотныя сращенія между маткою и прямою кишкою, еслибы потребовалось ихъ разрушить настоятельно и при томъ скоро, могутъ обусловить производство лапаротоміи, такъ какъ эта операція даетъ возможность болѣе точно и съ меньшимъ рискомъ достигнуть желаемой цѣли.

Во многихъ случаяхъ довольно плотныхъ сращеній и незначительной подвижности перегнутой назадъ матки, мнѣ удавалось достигать уничтоженія сращеній путемъ мѣстной гимнастики, подобно тому, какъ мы это видѣли при растяженіи рубцовъ въ краяхъ влагалищно-пузырныхъ фистулъ (см. стр. 207). Правда, лѣченіе это требуетъ довольно много времени, но зато при извѣстномъ терпѣніи оно даетъ весьма удовлетворительные результаты. — Мы начинаемъ обыкновенно съ введенія глицериновыхъ тампоновъ ежедневно въ задній сводъ и назначаемъ горячіе вла-



галищные души ( $38^{\circ}$ — $40^{\circ}$ ); въ теченіе дня больная принимаетъ боковое (такъ называемое американское) положеніе по нѣсколько разъ на полъ-часа и долѣе. Въ недѣлю одинъ или два раза мы пробуемъ смѣщать матку книзу и въ стороны помощью пулевыхъ щипцовъ, захватывающихъ влагалищную часть, и одинъ разъ дѣлаемъ попытку вправлять матку ручными приемами. Настойчиво проведенное лѣченіе уже черезъ пять, шесть недѣль даетъ весьма осязательные результаты, — матка гораздо подвижнѣе, и обыкновенно черезъ два или два съ половиною мѣсяца она можетъ быть уже удерживаема въ отпосительно нормальномъ положеніи однимъ изъ влагалищныхъ пессаріевъ. Ложныя перепонки, фиксирующія матку, подъ вліяніемъ усиленнаго движенія ея, вслѣдствіе частой мѣны положенія больной, измѣняющагося объема влагалища отъ тампоновъ и манипуляцій вправленія, мало-по-малу растягиваются и, наконецъ, разрываются, подобно тому, какъ это наблюдается при сращеніяхъ, вообще, въ брюшной полости. Методическое производство массажа матки, какъ это предлагается нѣкоторыми, въ теченіе болѣе или менѣе долгихъ сеансовъ намъ кажется совершенно неудобопримѣнимымъ по само-собою понятнымъ причинамъ.

Исправивъ положеніе матки и переведа ея изъ *retroflexio* въ *anteversio*, мы наблюдаемъ обыкновенно, что при этомъ уголъ перегиба кзади также выпрямляется, и болшею частью тѣло матки даже слегка перегибается впередъ, такъ что получается извѣстная степень *anteflexio*. Въ рѣдкихъ случаяхъ, и особенно при такъ называемой врожденной *retroflexio*, стѣнки матки настолько плотны, что исправленіе угла при этомъ не происходитъ, и мы получаемъ *anteversio retroflexa*, при чемъ, если и просвѣтъ канала на мѣстѣ перегиба сжать, то и связанная съ этимъ дисменоррея не пропадаетъ, не смотря на исправленное положеніе матки *in toto*. Случаи эти требуютъ совершенно того же лѣченія, какъ и перегибы матки впередъ съ сжатымъ просвѣтомъ канала области внутренняго отверстія. Осторожное примѣненіе внутри-маточныхъ пессаріевъ должно считаться вполне показаннымъ.

Вправивъ матку и придавъ ей болѣе или менѣе нормальное положеніе, задачей нашей, какъ уже сказано, является удерживать ее въ этомъ положеніи. Цѣли этой весьма удовлетворительно соотвѣтствуютъ влагалищные пессаріи; между ними мы различаемъ пессаріи, фиксирующіе влагалищную часть непосредственно и посредствомъ; особенно распространены послѣдніе. Прототипомъ ихъ служитъ простое круглое кольцо, которое, будучи введено во влагалище, растягиваетъ его стѣнки и такимъ образомъ болѣе или менѣе фиксируетъ влагалищную часть матки. Но для удовлетворенія нашей цѣли въ данномъ случаѣ оно не пригодно, такъ какъ фиксированіе *por-*

tionis vaginalis кзади и кверху имъ вполне хорошо не достигается.

Весьма хорошо выполняетъ эту задачу влагалищный пессарій *Hodge'a*, имѣющій форму овальнаго кольца и по плоскости искривленный въ формѣ буквы *S* (рис. 170). Кольца эти приготавливаются изъ мѣдной, легко сгибаемой проволоки, обтянутой мягкимъ каучукомъ, или же они состоятъ изъ твердаго каучука, довольно хорошо принимающаго извѣстную ему придаваемую форму послѣ того, какъ онъ будетъ нагрѣтъ въ горячей водѣ. Хорошо выбранное такое продолговатое кольцо, снабженное соответствующими данному случаю изгибами, будучи введено во влагалище и помѣщаясь такъ, что его задній, согнутый кверху край упирается въ задній сводъ, а передній, болѣе широкий и изогнутый внизу край лежитъ на тазовомъ днѣ, упираясь на ткани входа во влагалище, значительно растягиваетъ влагалище въ длину.



Рис. 170.

Результатомъ этого растяженія (рис. 171) является фиксація влагалищной части кверху и гзади, вслѣдствіе того, что влагалищная стѣнка задняго свода растягивается заднимъ концомъ кольца, такъ что передняя ея часть отъ мѣста прикрѣпленія къ маткѣ до мѣста, покоящагося на кольцѣ, замѣняетъ собою задній фиксирующій аппаратъ матки — *ligg. sacro-uterina*, а влагалищная часть удерживается въ приданномъ нами ей положеніи. —

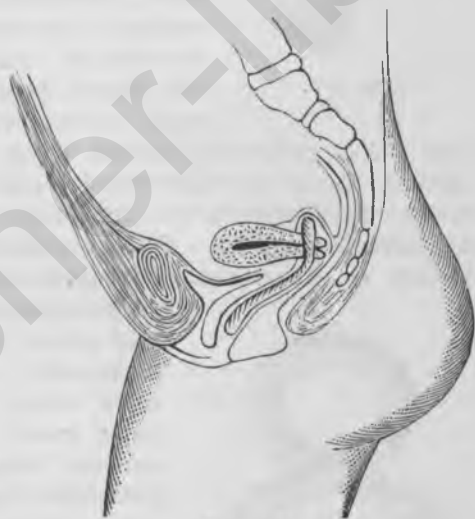


Рис. 171.

Придавая извѣстный изгибъ и удлиняя кольцо, мы можемъ растягивать задній сводъ болѣе или менѣе значительно и такимъ образомъ болѣе или менѣе напрягать заднюю стѣнку влагалища. Въ случаяхъ значительной дряблости тканей входа во влагалище, такъ что нижній конецъ кольца не находитъ для себя достаточной опоры, слѣдуетъ придавать кольцу только одинъ изгибъ по плоскости въ формѣ полулуны, такъ что оба его конца будутъ обращены кверху, и передній такимъ образомъ будетъ находить себѣ достаточную точку опоры за лоннымъ со-

единеніемъ, причемъ, еслибы при этомъ мочеиспускательный каналъ оказался черезъ-чуръ сдавленнымъ, то соотвѣтственно мѣсту его нахождения на кольцѣ должно быть выгнуто незначительнаго размѣра вдавленіе. — Болѣе равномернаго и постояннаго растяженія стѣнки задняго свода влагалища можно достигъ тѣмъ, что задній конецъ пессарія дѣлается болѣе толстымъ, какъ мы это имѣемъ въ пессаріяхъ *Thomas'a* (рис. 172). Этотъ пессарій, находясь *in situ*, удерживается весьма хорошо, трудно смѣщается, и растяженіе задняго свода при немъ равномерно и постоянно.



Рис. 172.

При существованіи воспалительныхъ явленій въ заднемъ сводѣ и значительной болѣзненности, недопускающей возможности его растяженія кольцемъ, мы переходимъ къ примѣненію пессарія, фиксирующаго непосредственно влагалищную часть; такимъ пессаріемъ безспорно слѣдуетъ считать восьмиобразный пессарій *Schultze*. Изъ круглаго достаточной величины кольца, состоящаго изъ мѣдной проволоки, обтянутой каучукомъ, легко выгибается восьми-образная фигура (рис. 173), причемъ верхній кругъ ея меньше нижняго, по величинѣ своей соотвѣтствуетъ величинѣ данной влагалищной части и образуетъ съ нижнимъ кругомъ извѣстный уголь, открытый кпереди. Восьми-образный пессарій, находящійся *in situ* во влагалищѣ, обхватываетъ своимъ верхнимъ кругомъ влагалищную часть, нижній же кругъ, помѣщаясь въ нижнихъ двухъ третяхъ влагалища, служитъ только для фиксаціи всего пессарія (рис. 174). Благодаря этому пессарію, мы можемъ удерживать влагалищную часть матки на извѣстной высотѣ, не растягивая чрезмѣрно задняго свода.



Рис. 173.

Достигаемая всѣми сказанными пессаріями фиксація влагалищной части въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточною, чтобы удерживать матку въ ея нормальномъ положеніи, причемъ тѣло и дно ея остаются обращенными кпереди. Благодаря этому положенію, *ligg. sacro-uterina* оказываются внѣ своей физиологической роли: подвѣтіемъ кверху влагалищной части онѣ расслаблены, и, если имѣвшееся до исправленія положенія матки значительное растяженіе ихъ (*hyperextensio*) или же ихъ воспали-

тельные состоянія не существовали уже весьма долго, или не были чрезмѣрно выражены, то такое состояніе покоя даетъ возможность иногда къ ихъ *restitutio ad integrum*, и онѣ дѣлаются снова достаточными, такъ что, удаляя чрезъ извѣстное время кольцо, мы убѣждаемся, что матка не измѣняетъ своего нормальнаго положенія, и ея физиологическія передвиженія происходятъ правильно.

Всѣ выше названные влагалищные нессаріи, будучи примѣняемы *lege artis*, представляются совершенно безопасными инструментами; въ противномъ же случаѣ они могутъ давать поводъ къ развитію различнаго рода осложнений, могущихъ обусловить значительную опасность для здоровья больной. Въ виду этого, я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о примѣненіи ихъ, вообще. — Исправивъ положеніе матки и составивъ себѣ приблизительное понятіе о размѣрахъ даннаго влагалища, мы выбираемъ соотвѣтственной величины нессарій, осматриваемъ его поверхность, требуя отъ нея извѣстной гладкости, придаемъ ему кажущіеся намъ необходимыми изгибы и обильно смазываемъ его карболовымъ вазелиномъ.

Введеніе даже довольно большихъ нессаріевъ, особенно у женщинъ рожавшихъ, обыкновенно почти безболѣзненно, такъ что его можно ввести во влагалище

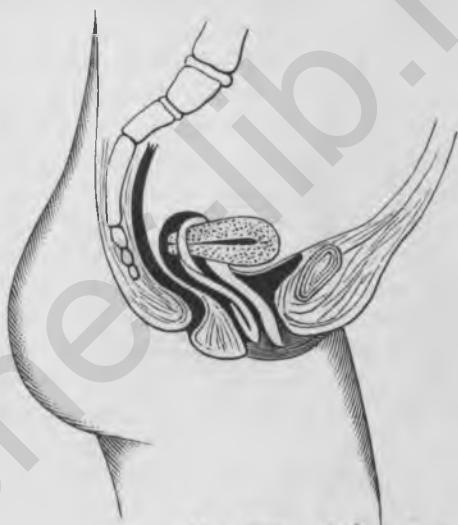


Рис. 174. Пессарій Мухоморова

безъ того, чтобы больная придала этому большее значеніе, чѣмъ какому бы то ни было гинекологическому изслѣдованію; при этомъ слѣдуетъ только смотрѣть за тѣмъ, чтобы не производить болѣе сильнаго надавливанія на область наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, причиняющаго обыкновенно боль; для устраненія этого, нессарій вводятъ обыкновенно въ косомъ размѣрѣ, довольно сильно надавливая имъ на промежность. По мѣрѣ углубленія его во влагалище, слѣдуетъ наблюдать за тѣмъ, чтобы его задній конецъ прошелъ подъ влагалищною частью и помѣстился въ задній сводъ; иначе, упираясь въ передній сводъ и чрезмѣрно его растягивая, онъ можетъ обусловить довольно рѣзкую боль. Введя весь нессарій во влагалище, мы поворачиваемъ его вокругъ его продольной оси, такъ что изъ косога размѣра

таза онъ переходитъ въ поперечный, и еще разъ снова убѣждаемся, что влагалищная часть помѣщается въ просвѣтѣ кольца; при этомъ мы можемъ уже приблизительно убѣдиться, что выбранный нами пессарій по размѣрамъ своимъ подходитъ къ данному случаю. Еслибы оказалось, что кольцо сильно давить въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на стѣнки влагалища, или что оно черезъ-чуръ подвижно, то слѣдуетъ его тотчасъ-же замѣнить другимъ, болѣе подходящимъ. Тотчасъ послѣ введенія пессарія мы заставляемъ больную продѣлать нѣсколько рѣзкихъ движеній — быстро сѣсть, скоро походить по комнатѣ, нагнуться, поднять что нибудь съ полу, и, если при всемъ этомъ больная не ощущаетъ совершенно присутствія инороднаго тѣла во влагалищѣ, то мы можемъ смѣло отпустить ее домой, давъ ей наставленіе тотчасъ-же вынуть



Рис. 175.

пессарій, какъ скоро она почувствуетъ какую бы то ни было боль, и ни коимъ образомъ не стараться привыкнуть къ пессарию, такъ какъ *normaliter* она не должна совершенно ощущать его присутствія. Игнорируя этимъ наставленіемъ, больная можетъ подвергнуться различнаго рода воспаленіямъ — влагалища, брюшины, покрывающей задній сводъ — и приобрести иногда весьма значительныя узуръ влагалищныхъ стѣнокъ. — Больная, примѣняя для поддержанія чистоты влагалищныя инъекціи ежедневно два раза, изъ простой комнатной воды или же съ прибавленіемъ обеззараживающихъ веществъ, могутъ носить пессарій смѣло мѣсяцъ и долѣе; затѣмъ онъ долженъ быть вынутъ, промытъ и тщательно осмотрѣнъ относительно состоянія его поверхности, которая при долгомъ ношеніи легко покрывается солями извести и, вообще, дѣлается шероховатою, раздражающею стѣнки влагалища (см. стр. 142). Смотри такимъ образомъ по его еще дальнѣйшей пригодности, онъ вводится вновь или же замѣняется другимъ.

Убѣдившись въ теченіе извѣстнаго времени въ томъ, что, какъ величина пессарія, такъ и его форма вполне соответствуютъ данному случаю, и что матка не перегибается (неправильно наложенный пессарій изображенъ на рис. 175) при пессаріи назадъ

мы замѣняемъ обыкновенно пессарій, обтянутый мягкимъ каучукомъ, болѣе прочнымъ и легкимъ, состоящимъ или изъ твердаго полированного каучука, или изъ алюминія, придавая ему точно тѣ же величины и форму; эти пессаріи уже свободно могутъ оставаться во влагалищѣ два, три, четыре мѣсяца безъ того, чтобы поверхность ихъ измѣнялась, или наблюдалось раздраженіе со стороны слизистой оболочки влагалища.

Присутствіе пессарія во влагалищѣ обыкновенно нисколько не мѣшаетъ производству coitus'a и возможности забеременѣванія. При существованіи привычнаго выкидыша, стоящаго въ связи съ ретрофлексіей, ношеніе пессарія въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ беременности необходимо, такъ какъ извѣстны случаи, въ которыхъ, благодаря правильному положенію матки, поддерживаемому кольцомъ, выкидышъ не наблюдался, и больныя донашивали до конца.

Для достиженія полного излѣченія, которое, вообще, какъ мы уже видѣли, возможно, необходимо носить влагалищный пессарій въ теченіе весьма долгаго времени, обыкновенно не менѣе года. Въ теченіе этого времени нѣсколько разъ должно быть назначаемо лѣченіе съ цѣлью возстановить тонусъ растянутыхъ *ligg. sacro-uterina*; въ этомъ направленіи справедливой извѣстностью пользуются холодные влагалищные души и холодные клистиры, а также и всѣ средства, вызывающія сокращеніе мускулатуры матки, на первомъ планѣ между которыми стоитъ *secale cornutum*. Если еще сохранены мышечные элементы въ достаточномъ количествѣ въ *ligg. sacro-uterina*, то лѣченіе наше иногда достигаетъ вполнѣ своей цѣли, и матка снова удерживается въ своемъ нормальномъ положеніи. Въ случаяхъ же полной органической недостаточности маточно-крестцовыхъ связокъ, какъ это наблюдается иногда послѣ воспалительныхъ процессовъ, матка каждый разъ, какъ только удаленъ влагалищный пессарій, снова принимаетъ положеніе перегиба назадъ, такъ что о полномъ излѣченіи послѣдняго не можетъ быть и рѣчи, и получается только относительное исправленіе положенія на то время, пока лежитъ кольцо, такъ что подобныя больныя обречены всю свою жизнь носить во влагалищѣ тотъ или другой пессарій.

Въ виду этого явилась мысль фиксировать матку спереди оперативнымъ путемъ, пришивая одну изъ широкихъ ея связокъ къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ 1869 году *Kæberle*, съ цѣлью получить нормальное положеніе перегнутой назадъ матки, произвелъ лапаротомію, извлекъ лѣвый яичникъ, удалил его, а ножку, т. е. широкую связку, трубу и *lig. ovarii*, вшилъ въ брюшную рану. Матка лежала дномъ обращенная впереди и стойко сохраняла свое положеніе (описано *Schetelig*'омъ въ «*Centralbl. für medic. Wissenschaft*», 1869, *сmp.* 419). Десять

лѣтъ спустя, *Schröder*, удаляя незначительной величины кисту яичника при *retroflexio uteri*, поступилъ такъ-же, вшивъ ножку опухоли въ рану брюшной стѣнки. Въ 1880 году *Lawson Tait* («*The pathology and treatement of diseases of the ovaries. New-York*», 1883, стр. 94), производя кастрацію при *retroflexio uteri*, пришилъ дно матки къ передней брюшной стѣнкѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ матка, по крайней мѣрѣ, вскорѣ послѣ операци, сохраняла ей вновь приданное положеніе, и врипадки, связанные съ перегибомъ назадъ, были устранены.

Послѣ этихъ единичныхъ случаевъ, давшихъ удовлетворительные результаты, было предложено производить только одно пришиваніе тѣла матки къ передней брюшной стѣнкѣ, не сопровождая эту операцию одновременно производимой кастраціей и не придавая ей такимъ образомъ характера случайнаго. *Olshausen* («*Tageblatt der 59. Versamml. d. N. u. Aerzte*», Berlin, 1886, стр. 209), *Kelly* («*American Journal of Obst.*», 1887, стр. 33), *Klotz* («*Centralblatt für Gynaek.*», 1888, № 1), *Sänger* («*Centralblatt für Gynaek.*», 1888, №№ 2 и 3) и *Leopold* («*Centralblatt für Gynaek.*», 1888, № 11) были первые, высказавшіеся за операцию пришиванія перегнутой назадъ матки къ передней стѣнкѣ, какъ за операцию самостоятельную. Операциа пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ — *hystero-rorrhaphia* (*Kelly*) или *ventro-fixatio uteri retroflexi* (*Sänger*), — производится слѣдующимъ образомъ. Вскрывъ брюшную полость по *linea alba* по правиламъ, присущимъ всѣмъ чревосѣченіямъ, отыскивается тѣло матки, и исправляется ея положеніе. Существующія сращенія устраняются, и матка приводится въ состояніе *anteversio-flexio*. У мѣста отхожденія круглой маточной связки отъ тѣла матки проводится черезъ толщу этой связки обыкновенною иглою тонкая шелковая лигатура, тою же иглою эта послѣдняя проводится черезъ брюшную стѣнку, проникая черезъ брюшину въ толщу прямой брюшной мышцы. Ниже этой первой лигатуры по краю матки накладываются еще одна или двѣ, захватывающія передній листокъ широкой связки и брюшную стѣнку. Затянувъ и завязавъ эти лигатуры, получается весьма плотное прилегание одного угла матки къ внутренней поверхности передней брюшной стѣнки. Совершенно также накладываются лигатуры и на другой уголь матки, фиксируя его по другую сторону брюшного разрѣза. Мѣста проведенія лигатуръ черезъ толщу брюшной стѣнки слѣдуетъ избирать обыкновенно отступя на 1,5—2,0 см. отъ края разрѣза.

*Leopold* производилъ пришиваніе дна матки къ передней брюшной стѣнкѣ такимъ образомъ, что лигатуры (1—3), захватывая края брюшной раны, въ то же время проникали и черезъ толщу передней стѣнки дна матки.

Фиксируя лигатурами дно матки, слѣдуетъ строго наблюдать

за тѣмъ, чтобы мѣсто этой фиксаціи не было избрано черзуръ высоко, иначе между мочевымъ пузыремъ и передней поверхностью матки останется настолько много мѣста, что легко можетъ произойти ущемленіе заходящихъ тѣла кишечныхъ петель, подобно тому, какъ это уже наблюдалось при вѣбрюшинномъ методѣ ухода за ножкою при оваріотоміяхъ. — Завязавъ всѣ лигатуры, наложенныя вышесказаннымъ образомъ, приступаютъ къ зашиванію брюшной раны, и дальнѣйшій уходъ за больною совершенно аналогиченъ съ таковымъ послѣ чревосѣченія, вообще. Пессарій *Hodge*'а остается еще на нѣкоторое время во влагалищѣ послѣ операціи, но это не необходимо для всѣхъ случаевъ.

Фиксація матки къ передней брюшной стѣнкѣ помощью вновь образованныхъ ложныхъ перепонокъ можетъ быть разсматриваема только, какъ временная, ибо, какъ извѣстно, образованія эти относительно довольно скоро способны растягиваться, атрофироваться и даже произвольно разрываться. Пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ поэтому можетъ считаться, по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока не будетъ извѣстно болѣе значительное число наблюденій, вполне показаннымъ только въ случаяхъ, въ которыхъ оказывается необходимымъ хотя бы даже и временно придавать стойкое положеніе маткѣ, дномъ обращенной впередъ, такъ напр. по разрушеніи сращеній въ Дугласовомъ пространствѣ.

Возможность укрѣпить до извѣстной степени дно матки впередъ не помощью ложныхъ соединительно-тканныхъ перепонокъ, а образованіями, состоящими изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и, слѣдовательно, способными функціонировать, дана операціей укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ (*abbreviatio ligamentorum rotundorum uteri*). Операція впервые предложена во Франціи *Alquié* въ 1840 году, но она оставалась только въ сферѣ теоретическихъ соображеній и разсужденій до 1881 года, когда *Alexander* въ Liverpool'ѣ въ Англіи началъ производить ее на живыхъ и положилъ такимъ образомъ начало къ изученію съ практической стороны ея цѣлесообразности и удобопримѣнимости.

Операція производится слѣдующимъ образомъ (*W. Alexander*. «*The treatment of backward displacement of the uterus and of prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments*», London, 1884). Приготовивъ, какъ къ каждой гинекологической операціи, больную, захлороформировавъ ее и придавъ маткѣ нормальное положеніе, вправивъ ее, производятъ разрѣзъ кожи и подкожной клѣтчатки, соотвѣтственно наружному отверстію пахового канала. (Операція производится сначала на одной, а потомъ тотчасъ же и на другой сторонѣ.) Для правильнаго производства разрѣза опупываютъ *tuberculum pubis*, и разрѣзъ ведется отъ него кнаружи и кверху по направленію паховаго канала, длиною отъ 2,0 до 6,0 см.; протяженіе разрѣза



зависитъ, какъ отъ количества подкожной жирной клѣтчатки, такъ и отъ снаровки оператора. Глубина его — вплоть до сухожилія наружной косой мышцы живота. Обыкновенно операція почти безъ крови, и только незначительная артеріальная вѣточка *art. pudendae superioris externaе* можетъ быть поранена. Затѣмъ приступаютъ къ отыскиванію наружнаго отверстія пахового канала, обыкновенно легко находимаго по незначительному кусочку жировой ткани, выпячивающейся у его внутренняго края; но встрѣчаются болѣе рѣдкіе случаи, въ которыхъ найти его удастся только съ трудомъ. Сухожильныя волокна, косо перекрещивающія наружное отверстіе пахового канала, должны быть перерѣзаны; тотчасъ же выпячивается красноватая ткань, весьма характерная на видъ, которая и представляетъ собою конецъ круглой связки, какъ связки, передъ тѣмъ какъ она переходитъ въ область *montis Veneris*. Подъ эту красноватую ткань вмѣстѣ съ окружающею ее жирной клѣтчаткой подводятъ аневризматическую иглу, и изолируютъ такимъ образомъ все содержимое канала на этомъ мѣстѣ. Захвативъ теперь пальцемъ, или же болѣе плоскимъ пинцетомъ, каковъ, напр., кровеостанавливающій пинцетъ *Péan'a*, всю эту изолированную ткань, мы стараемся вытягивать ее изъ глубины, причѣмъ осторожно ножницами перерѣзаемъ всѣ пучки ткани, связывающіе ее съ окружающими частями; сопровождающій связку нервъ обыкновенно также перерѣзается. Какъ только мы ихъ перерѣзали на извѣстной глубинѣ, связка сразу начинаетъ вытягиваться легко и представляется уже въ видѣ плотнаго, цилиндрическаго образованія бѣлаго цвѣта. Вытянувъ до извѣстной степени связку, на 7,0—10,0 *cm.*, иногда замѣчается, что съ нею вмѣстѣ начинаетъ выпячиваться *peritoneum parietale* въ видѣ рѣзко обозначающейся полулуны, выпуклостью обращенной вперед; замѣтивъ это, мы прекращаемъ дальнѣйшее вытягиваніе связки; если же, какъ это бываетъ въ значительно преобладающемъ числѣ случаевъ, этого выпячиванія брюшины не наблюдается, мы продолжаемъ вытягивать связку до тѣхъ поръ, пока палецъ ассистента, введенный во влагалище, не начинаетъ ощущать передачу движенія съ вытягиваемой связки на матку. На этомъ моментѣ операція съ этой стороны останавливается, и мы переходимъ на другую сторону; когда и здѣсь операція доводится до этого момента, то приступаемъ къ фиксированію связокъ въ ранѣ и зашиванію послѣдней. Связки фиксируются шелковою лигатурою или толстою нитью изъ кэтгута, обработаннаго въ *ol. juniperi e ligno* (см. стр. 77) или въ хромовой кислотѣ (кэтгутъ послѣ 48-часоваго лежанія въ 10% карболовомъ глицеринѣ переносится на 5 часовъ въ 0,5% растворъ *Ac. chromici* и затѣмъ сохраняется въ абсолютномъ спиртѣ). Лигатура проводится помощью простой иглы снаружи черезъ кожу, черезъ одинъ край наружнаго отверстія пахового канала

и лезезъ толщѣ связки на томъ мѣстѣ, до котораго она вытянута, выводится черезъ другой край того же отверстія и черезъ кожу наружу и крѣпко завязывается простымъ хирургическимъ узломъ. Рана такимъ образомъ приблизительно въ своей серединѣ представляется уже закрытой, и остается только наложить еще нѣсколько швовъ, чтобы закрыть ее совершенно. Вытянутый кусокъ связки мы помѣщаемъ обыкновенно въ нижнюю часть раны и захватываемъ также швами, служащими для закрытія этой части раны; оставшійся свободнымъ и выведенный наружу конецъ связки или отрѣзывается на уровнѣ кожи, или же на этомъ мѣстѣ перетягивается лигатурой, которая и отпадаетъ вмѣстѣ съ свободнымъ концомъ черезъ нѣсколько дней. Перевязка обыкновенная — изъ іодоформа и іодоформированной марли.

Выздоровленіе обычно идетъ гладко, и только иногда наблюдается нагноеніе въ ранѣ. Больная лежитъ въ постели 3 недѣли, и все это время пессарій *Hodge*'а удерживаетъ матку въ нормальномъ положеніи. Операция опасна на столько же, на сколько каждая операция, производимая вблизи брюшины безъ ея вскрытія. Техника операции далеко не такъ легка во всѣхъ случаяхъ, какъ это можетъ казаться съ перваго взгляда; случаи подходящіе оперируются легко, и связки легко вытягиваются на 10,0 см., но рядомъ съ этими случаями, благодаря индивидуальнымъ анатомическимъ условіямъ, встрѣчаются такіе, въ которыхъ, не смотря на всю точность и аккуратность при производствѣ операции, связки найдены быть не могутъ, не говоря уже о томъ, что при нѣкоторой поспѣшности вмѣсто связки можетъ быть вытянуть на величину 2,0—5,0 см. пучекъ мышечныхъ волоконъ наружной или даже и внутренней кривой брюшной мышцы. Говоря вообще, операция можетъ остаться иногда не оконченной, не доведенною до конца, и мы должны будемъ снова зашить рану, не найдя того, для чего операция была предпринята.

Эффектъ послѣ удачныхъ операций получается вполне удовлетворительный: матка сохраняетъ свое положеніе послѣ того, какъ удаленъ влагалищный пессарій, и припадки, зависящіе отъ *retroflexio*, устраняются. Многѣ приходилось изслѣдовать больныхъ, спустя годъ послѣ произведенной мною операции, и матка была находима въ нормальномъ положеніи, не смотря на то, что больныя исполняли тяжелыя работы, и между ними одна — даже полевая.

И такъ, мы видимъ, что съ практической стороны дѣла, операция укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ можетъ считаться при лѣченіи вправимыхъ перегибовъ матки назадъ вполне цѣлесообразной; она не только устраняетъ припадки болѣзни, но и обуславливаетъ нормальное положеніе матки; съ другой же стороны, едва-ли она найдетъ себѣ широкое примѣненіе, такъ

какъ, независимо отъ искусства и техники оператора, все-таки могутъ встрѣчаться случаи не оконченныхъ операций. — Весьма обстоятельный трактатъ объ операциі *Alexander*'а представленъ д-ромъ *Рясенцевымъ* въ его диссертациі, вышедшей изъ нашей клиники въ началѣ 1887 года.

### 5) Наклоненіе и перегибъ матки въ сторону. (*Latero-versio. latero-flexio uteri.*)

Такое положеніе матки, при которомъ шейка ея или сохраняетъ свое нормальное положеніе, или находится въ одной сторонѣ полости таза, а тѣло въ другой, мы называемъ боковымъ наклоненіемъ — *latero-versio uteri*, причемъ та сторона, куда обращено дно, даетъ названіе наклоненію: при днѣ, обращенномъ вправо, мы имѣемъ *dextro-versio*, и влево — *sinistro-versio*. Если

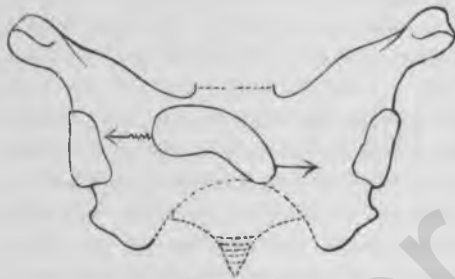


Рис. 176.

при этомъ, что наблюдается рѣдко, тѣло относительно шейки перегнуто, и уголъ перегиба занимаетъ боковую стѣнку матки, то передъ нами перегибъ матки на сторону — *latero-flexio*, и смотря по тому, куда открытъ уголъ перегиба, получается *dextroflexio* или *sinistro-flexio uteri*.

Наклоненія и перегибы матки въ сторону могутъ встрѣчаться, какъ явленія врожденныя. Врожденное частичное укороченіе широкой связки и неправильное, неравномѣрное развитіе обеихъ Мюллеровыхъ ходовъ въ области матки обуславливаютъ косую форму всей матки и смѣщеніе ея дна въ одну изъ сторонъ, при чемъ и шейка матки можетъ также наблюдаться смѣщенной въ противоположную сторону. — Чаше встрѣчаются случаи приобретенныя, какъ результаты воспалительныхъ измѣненій окружающихъ матку тканей. Наступающая вслѣдъ за одностороннимъ воспаленіемъ околоматочной клѣтчатки ретракція послѣдней, вслѣдствіе образованія рубцовой ткани, смѣщаетъ шейку матки рѣзко въ сторону заболѣвшихъ тканей; если при этомъ еще тѣло матки оказывается приращеннымъ своимъ противоположнымъ угломъ къ стѣнкамъ таза, вслѣдствіе бывшаго периметрита, то получается рѣзко выраженная *latero-versio uteri* (рис. 176). Иногда же лишь одинъ односторонній периметритъ или односторонній параметритъ обуславливаютъ отклоненіе въ сторону только дна, или же смѣщеніе одной только шейки. Кисты яичника, имѣющія

короткую ножку, нерѣдко, производя извѣстное натяженіе угла матки, даютъ поводъ къ наклоненію тѣла матки на сторону.

*Latero-versio et latero-flexio uteri* сами по себѣ не представляютъ развитія припадковъ, присущихъ только имъ, и группа болѣзненныхъ симптомовъ, наблюдаемая при нихъ, стоитъ всецѣло въ зависимости отъ болѣзненныхъ процессовъ, лежащихъ въ основѣ этихъ неправильныхъ положеній. Вотъ почему наши прогнозъ и лѣченіе для каждаго отдѣльнаго случая будутъ различны. Исправлять положеніе путемъ механическаго лѣченія обыкновенно никогда не приходится. Въ случаяхъ возможности удаленія основного заболѣванія, матка обыкновенно снова занимаетъ свое первоначальное, нормальное положеніе.

## 6) Смѣщенія матки книзу. Выпаденія матки (*prolapsus uteri*). Гипертрофическія удлиненія шейки матки (*hypertrophia cervicis longitudinalis*.)

**Опредѣленіе.** Съ практической точки зрѣнія мы различаемъ три степени смѣщеній матки книзу: опущеніе, неполное и полное выпаденіе. За опущеніе матки (*descensus uteri*) мы признаемъ ея смѣщеніе книзу до такой степени, что влагалищная часть шейки лежитъ непосредственно на тазовомъ днѣ; не слѣдуетъ относить къ этой категоріи случаевъ кажущагося только опущенія, вслѣдствіе простаго перемѣщенія влагалищной части болѣе кпереди, какъ это наблюдается при наклоненіяхъ и перегибахъ матки назадъ; въ этихъ случаяхъ матка не опущена, и изслѣдующій палецъ, легче и скорѣе встрѣчая *portio vaginalis*, перемѣщенную къ симфизу, получаетъ ощущеніе, какъ бы, смѣщенія ея книзу. Нерѣдко, конечно, встрѣчаются также случаи *retroversio* и *retroflexio uteri* съ опущеніемъ матки.

Неполнымъ выпаденіемъ матки (*prolapsus uteri incompletus*) мы называемъ такое положеніе ея, при которомъ влагалищная часть шейки помѣщается въ наружныхъ половыхъ частяхъ, или даже и передъ ними, тѣло же матки еще въ полости таза. Въ простыхъ, неосложненныхъ случаяхъ неполное выпаденіе представляетъ только извѣстный переходный стадій къ полному выпаденію; болѣе стаціонарнымъ же оно представляется при совмѣстномъ существованіи гипертрофіи шейки. Такъ какъ въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ неполнаго выпаденія мы имѣемъ дѣло съ гипертрофіями шейки, то я и считаю болѣе удобнымъ излагать ученія о выпаденіи матки и гипертрофическихъ удлиненіяхъ ея шейки вмѣстѣ въ одной главѣ, тѣмъ болѣе, что, какъ мы увидимъ ниже, гипертрофіи шейки опять въ громадномъ большинствѣ случаевъ суть состоянія послѣдовательныя, стоящія въ непосредственной связи съ явленіями выпаденія.

Подъ именемъ полного выпаденія матки (*prolapsus uteri completus*) мы понимаемъ случаи, въ которыхъ вся матка помѣщается внѣ полости таза и лежитъ передъ наружными половыми частями въ мѣшкѣ вывернувшагося влагалища.

**Этіологія.** Большею частью выпаденіе матки встрѣчается, какъ послѣдовательное явленіе за выпаденіемъ влагалища, и этіологія его въ этихъ случаяхъ вполнѣ совпадаетъ съ таковою выпаденій влагалища (см. стр. 56). Недостаточное обратное послѣродовое развитіе аппарата, удерживающаго матку и влагалище въ ихъ нормальномъ положеніи, стоитъ на первомъ планѣ. Стѣнки влагалища, смѣщаясь книзу и выпадая, влекуть за собою и матку; особенно легко и скоро матка слѣдуетъ за ними, если она свободна, и никакія приращенія не фиксируютъ ее на извѣстномъ мѣстѣ, и если связочный ея аппаратъ представляется также потерявшимъ свою нормальную упругость (тонуть), вслѣдствіе недостаточнаго обратнаго развитія, и не представляетъ такимъ образомъ никакого болѣе серьезнаго препятствія къ смѣщенію ея внизъ; благодаря этому разслабленному состоянію фиксирующихъ матку въ извѣстномъ положеніи связокъ, она въ большинствѣ случаевъ находится уже въ состояніи (см. стр. 335) наклоненія назадъ, положенія особенно удобнаго для смѣщенія всего органа книзу; получается полное выпаденіе влагалища и матки съ полнымъ выворотомъ влагалища, — вся матка помѣщается внѣ тазовой полости въ вывернувшемся влагалищѣ, — случаи относительно рѣдкіе.

Чаще же, и притомъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ, матка не такъ легко поддается влеченію книзу со стороны влагалища, результатомъ чего наблюдаются извѣстные измѣненія въ шейкѣ. Если матка обладаетъ относительно нормальными, неизмѣненными связками (*ligg. sacro-uterina, rotunda, lata* и фиксирующая ее извѣстная область тазовой брюшины), или же она представляется патологически фиксированною ложными перепонками, то смѣщеніе ея книзу или совершенно невозможно, или же происходитъ только съ трудомъ, медленно. Шейка матки, къ которой прикрѣплено влагалище, испытываетъ при этомъ извѣстную степень натяженія и раздраженія, — результатомъ чего является растяженіе ея въ длину, при чемъ она или растягивается пассивно и значительно истончается, или же къ этому присоединяются активные процессы, и она, удлиняясь, въ то же время гипертрофируется (*allongement hypertrophique, Higvier*). Это удлиненіе можетъ быть развито на столько значительно, что наружное отверстіе матки можетъ помѣщаться далеко внѣ наружныхъ половыхъ частей, тѣло же и дно ея при этомъ сохраняютъ свое нормальное положеніе, — получается картина неполнаго пролапса и при томъ такого, который можетъ быть названъ *prolapsus uteri sine descensu*. — При частичномъ

выпаденіи влагалища и особенно только его передней стѣнки получаютя участковыя гипертрофіи шейки только извѣстной ея части. — Упомянутые случаи выпаденія матки, происходящіе вслѣдъ за выпаденіемъ влагалища и обусловленные главнымъ образомъ разслабленіемъ тканей тазового дна, представляютъ собою особую группу, такъ называемаго, послѣдовательнаго или вторичнаго пролапса, причеиъ характерною чертою этой группы является гипертрофія шейки матки, и только, какъ рѣдкое исключеніе, встрѣчаются случаи, въ которыхъ эта гипертрофія отсутствуетъ, если, благодаря измѣненіямъ связочнаго аппарата матки, послѣдняя весьма скоро и легко могла бытъ смѣщена книзу выпадающимъ влагалищемъ.

Кромѣ послѣродового періода, представляющагося столь важнымъ въ этиологіи пролапсовъ этой группы, наблюдаются также случаи выпаденія влагалища съ послѣдовательною гипертрофіею шейки матки и у женщинъ внѣ этого періода. Хроническіе вагиниты, обусловливая рѣзко выраженную вялость тканей влагалища и вульварнаго кольца, служатъ нерѣдко исходнымъ страданіемъ въ этомъ направленіи.

Другую группу, какъ мы уже упомянули выше, образуютъ случаи первичнаго пролапса, въ которыхъ опущеніе матки и ея выпаденіе представляютъ явленіе первичное. — Разслабленіе фиксирующаго аппарата матки при одновременно существующемъ нормальномъ тазовомъ днѣ легко обусловливаетъ развитіе наклоненія матки назадъ и опущенія ея. Существованіе болѣе усиленной дѣятельности брюшнаго пресса и повышеніе внутрибрюшнаго давленія въ подобныхъ случаяхъ мало-по-малу вызываютъ все болѣе и болѣе значительное смѣщеніе матки книзу, при чемъ влагалище слѣдуетъ за маткою уже только вторично, представляя инверсію начиная сверху, со сводовъ. Влагалищная часть матки показывается между наружными половыми частями, и мало-по-малу вся матка, выворачивая за собою влагалище, выходитъ изъ полости малаго таза.

Помимо возможности такого рода происхожденія выпаденія, наблюдалась еще, — до сихъ поръ впрочемъ крайне рѣдко, — первичная гипертрофія шейки, при чемъ конечнымъ результатомъ получалась картина неполнаго пролапса безъ опущенія дна матки, напоминающая собою таковую случаевъ первой группы, т. е., вторичнаго выпаденія матки. Съ клинической точки зрѣнія этиологія этихъ случаевъ можетъ бытъ только выяснена при счастливой возможности — долго и съ самого начала заболѣванія наблюдать болъную и такимъ образомъ опредѣлять первичныя измѣненія.

Неполное выпаденіе, представляющее только переходную степень къ полному выпаденію, встрѣчается относительно рѣдко, такъ какъ, вообще, случаи первичныхъ полныхъ выпаденій, какъ мы уже видѣли, приходится наблюдать далеко не часто. —

Какого бы происхожденія ни были случаи неполнаго проланса съ гипетрофіями шейки, они могутъ дать новодъ къ образованію полнаго проланса, вслѣдствіе наступающаго иногда обратнаго развитія гипетрофированныхъ частей, наблюдающагося далеко нерѣдко при старческой инволюціи матки, или же при примѣненіи нѣкоторыхъ способовъ лѣченія. Такъ можно иногда наблюдать, что послѣ удаленія влагалищнаго пессарія, пролежавшаго во влагалищѣ долгое время, бывшая гипертрофія шейки настолько значительно уменьшается, что наступающее тотчасъ же выпаденіе матки представляется уже полнымъ, тогда какъ до вправленія и до примѣненія пессарія случай представлялся неполнымъ пролапсомъ. Предположеніе, что большая часть полныхъ выпаденій, наблюдающихся у старухъ, обязаны своимъ происхожденіемъ подобному обратному развитію гипертрофированныхъ частей, должно считаться однимъ изъ весьма близко подходящихъ къ истинѣ.

Кромѣ вышеизложенныхъ причинъ, обусловливающихъ выпаденіе матки, встрѣчаются еще, — правда, гораздо рѣже, — случаи, въ которыхъ матка смѣщается или вслѣдствіе значительнаго давленія сверху внизъ, какъ напр., при опухоляхъ полостей таза и живота, или же вслѣдствіе болѣе или менѣе сильнаго влеченія снизу опухолями, растущими во влагалище и выпадающими изъ него. — Врожденная недостаточность тазового дна служить иногда также причиною выпаденія матки. При *ectopia vesicae urinariae*, въ случаяхъ расщепленныхъ тазовъ, выпаденіе матки наблюдается обыкновенно развивающимся тотчасъ послѣ родовъ, тогда какъ до этого момента тазовое дно было еще настолько достаточно, что удерживало *in situ*, какъ матку, такъ и влагалище. Въ нашей литературѣ извѣстенъ подобный случай, прошедшій подъ наблюденіемъ д-ровъ *Предмеченскаго* и *Гинсбурга* («*St. Petersburger medicinishe Zeitschrift*», 1872—73, III, стр. 525). Извѣстная степень врожденнаго недостаточнаго развитія связочнаго аппарата матки при сильныхъ повышеніяхъ внутрибрюшнаго давленія можетъ вполне объяснять нѣкоторые случаи внезапныхъ выпаденій матки у женщинъ не рожавшихъ.

**Анатомія.** Анатомически можно строго различать двѣ категоріи случаевъ выпаденій матки: случаи, въ которыхъ шейка матки представляется гипертрофически удлиненной, и случаи, когда матка, помѣщаясь въ мѣшкѣ вывернувагося влагалища, сохраняетъ относительно свою нормальную конфигурацію.

Въ первомъ рядѣ случаевъ на трупѣ можно воочию убѣдиться, что передъ нами неполный пролапсъ и при томъ такой, въ которомъ дно матки помѣщается въ полости таза на своей нормальной высотѣ (*prolapsus uteri sine descensu*). Гипертрофія шейки во всѣхъ этихъ случаяхъ ограничивается только ея над-влагалищною частью.

Съ клинической точки зрѣнія представляется весьма важнымъ болѣе точно опредѣлить мѣсто нахождения удлиненія шейки, и съ этою цѣлью мы дѣлимъ всю шейку на три части (рис. 177): на часть въ тѣсномъ смыслѣ влагалищную, на часть надвлагалищную и на часть среднюю, которая помѣщается на протяженіи прикрѣпленія свода влагалища спереди и сзади, а такъ какъ задній сводъ прикрѣпляется выше, то эта часть спереди лежитъ выше влагалища, а сзади внутри его. При выпаденіяхъ только передней стѣнки удлиняется средняя часть шейки, при выпаденіяхъ же всего влагалища — и надвлагалищная. — Исключая рѣдкіе случаи, въ которыхъ это удлиненіе зависитъ только отъ растяженія, при чемъ стѣнки канала шейки истончаются (рис. 178) даже до того, что можетъ произойти отрывъ тѣла матки, мы находимъ почти всегда, что стѣнки сохраняютъ свою нормальную толщину, или даже представляются утолщенными. Гистологическія изслѣдованія такихъ гипертрофически удлинненныхъ шеекъ указываютъ, что мы имѣемъ дѣло съ чистыми гиперплазіями всѣхъ тканей, входящихъ въ составъ шейки, такъ что ни одна изъ нихъ не оказывается превалирующей надъ другою (*Sinety l. c.*, стр. 357).

То же самое мы находимъ и при гипертрофій только влагалищной части, представляющей лишь простое увеличеніе *portionis vaginalis* въ длину и могущей при недостаточномъ изслѣдованіи дать поводъ говорить о выпаденіи матки, тогда какъ выпадаетъ между наружными половыми органами только верхушка влагалищной части, вслѣдствіе ея удлиненія, причѣмъ никакого смѣщенія ни матки, ни стѣнокъ влагалища не наблюдается (рис. 179).

Гипертрофія надвлагалищной части шейки даетъ обыкновенно



Рис. 177.

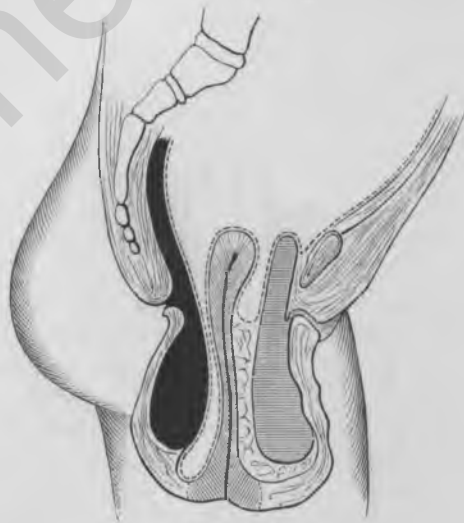


Рис. 178.



слѣдующую картину: дно матки на нормальной высотѣ или даже нѣсколько выше, тѣло отклонено кзади и нерѣдко сращено съ окружающими частями ложными перепонками, шейка матки удлинена и помѣщается въ вывернушемся мѣшкѣ влагалища (рис. 180);



Рис. 179.



Рис. 180.

стѣнки влагалища на столько полно вывернуты, что не остается ни слѣда, какъ передняго, такъ и задняго свода. Сзади тотчасъ *zocosis posterior* въ большей части случаевъ существуетъ незначительное еще углубленіе, которое, впрочемъ, никакъ не должно быть принимаемо за остатокъ смѣстившагося задняго свода, — оно занимаетъ пространство только отъ *hymen'a* до вульварнаго кольца наружныхъ частей, — слѣдовательно, представляетъ собою ладьеобразную ямку (*fossa navicularis*) и лежитъ такимъ образомъ внѣ просвѣта влагалища. Спереди наблюдается всегда *cystocele*, и брюшина *fossae vesico-uterinae* не измѣняетъ замѣтно своего положенія. Сзади же, вмѣстѣ съ удлинениемъ шейки и смѣщеніемъ ея книзу, и брюшина, покрывающая ее, также опускается и непосредственно переходитъ на заднюю стѣнку влагалища, такъ что Дугласово пространство въ этихъ случаяхъ достигаетъ до самой верхушки (самой нижней части) выпавшихъ частей. Исключеніе изъ этого представляютъ первичныя гипертрофіи шейки матки, наблюдающіяся

ся весьма рѣдко; при нихъ мы видимъ, что шейка можетъ расти книзу, не увлекая за собою брюшины, покрывающей ея заднюю стѣнку, и уровень перехода брюшины съ матки на прямую кишку остается

на своей нормальной высотѣ; пренарать *Froriep'a*, изображенный нами на рис. 181, вопреки мнѣнію *Fritsch'a*, долженъ считаться въ этомъ отношеніи вполнѣ доказательнымъ. Болѣе ранній періодъ подобнаго же измѣненія мы находимъ у *Hüffel'я* («*Anatomie u. operative Behandlung der Gebärmutter—und Scheidenvorfälle*», 1873, рис. 21), даваго изображение первичной надвлагалищной гипертрофіи шейки безъ смѣщенія книзу Дугласова пространства (рис. 182).

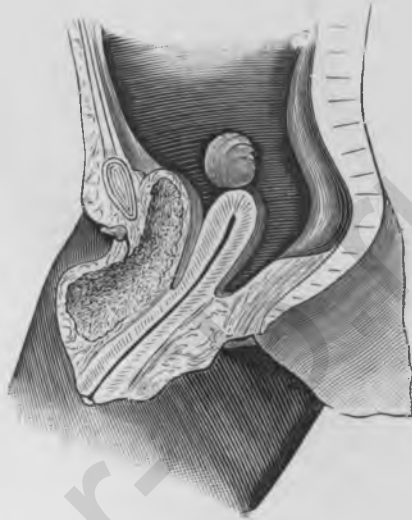


Рис. 181. (*Froriep's Kupfertafeln Taf. 417. рис. 4.*)

Гипертрофія средней части шейки матки представляетъ намъ уже смѣщеніе частей нѣсколько иначе и отличается отъ вышеизложенной картины при гипертрофіи надвлагалищной части сохраненіемъ задняго свода. Влагалище вывернуто не все, только его передняя стѣнка вполнѣ выворочена, задняя же находится *in situ*, такъ что задній сводъ въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ находится на своемъ мѣстѣ и представляется нисколько не опущеннымъ (рис. 183), вслѣдствіе того, что въ удлинении шейки участвовала только одна средняя ея часть, заднимъ своимъ отдѣломъ помѣщающаяся ниже мѣста прикрѣпленія задней стѣнки влагалища.

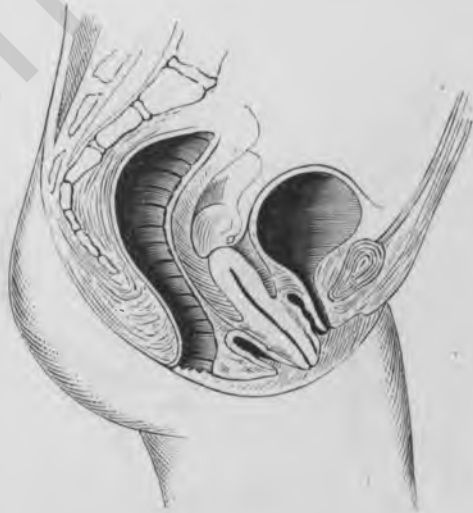


Рис. 182.

Въ случаяхъ второй категоріи (безъ удлинении шейки) матка, представляя болѣе или менѣе нормальное отношеніе между величиною своего тѣла и шейки, помѣщается вся въ грыжевомъ мѣшкѣ (*Hart and Barbour*, «*Manual of Gynecology*», 1882, стр. 524), образо-

ванномъ вывернувшимся влагалищемъ. Положеніе ея, въ которомъ она находится въ этомъ мѣшкѣ, различно; чаще приходится наблюдать перегибъ назадъ (рис. 184) и только въ рѣдкихъ случаяхъ

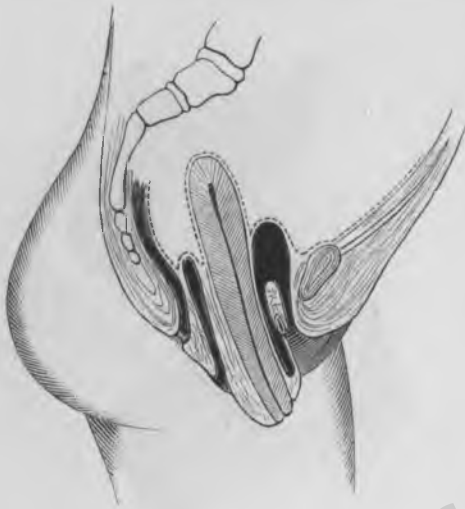


Рис. 183.



Рис. 184.

перегибъ (рис. 185) или наклоненіе впередъ (рис. 186). Выпавшія части представляютъ, какъ уже сказано, полный выворотъ влагалища, — ни передняго, ни задняго сводовъ нѣтъ и слѣда; сзади наблюдается также иногда, какъ и въ случаяхъ гипертрофіи надвлагалищной части шейки, присутствіе незначительнаго углубленія, соответствующаго пространству между вульварнымъ и вагинальнымъ кольцомъ наружныхъ половыхъ частей (*fossa navicularis*). Передняя стѣнка влагалища не во всѣхъ случаяхъ при верхушкѣ выпавшихъ частей покрываетъ мочевою пузырь, такъ рис. 185, случая, описаннаго *Franque* («*Der Vorfall der Gebärmutter etc.*», *Würzburg, 1860, Taf. II*), ясно представляетъ намъ возможность полного отдѣленія шейки матки отъ мочевого пузыря, такъ что брюшина *fossae vesico-uterinae* опускается между ними и покрываетъ верхнюю часть вывернувшейся стѣнки влагалища; въ большинствѣ же случаевъ мочевою пузырь и при полныхъ выпаденіяхъ матки все-

таки остается въ связи съ шейкою матки, такъ что матка, находясь иногда въ состояніи *anteversio*, покоится своимъ тѣломъ на мочево-мъ пузырьѣ, какъ это показываетъ рис. 186. Сзади брюшина

ночи всегда покрывает верхнюю часть вывернувшейся задней стѣнки влагалища, и, какъ исключеніе и при томъ весьма рѣдкое, прямая кишка, давая значительный дивертикуль (rectocele), можетъ занимать самую выступающую часть выпавшаго влагалища (рис. 178). При полныхъ выпаденіяхъ матки, какъ мы только что сказали, смѣщаются, какъ *excavatio recto-uterina*, такъ и *vesico-uterina*, при чемъ брюшина, покрывающая ихъ, достигаетъ до самыхъ конечныхъ частей выпавшихъ органовъ; въ этомъ состояніи нерѣдко приходится наблюдать помѣщенными въ нихъ петли тонкихъ кишекъ или *flexuram sigmoideam*.

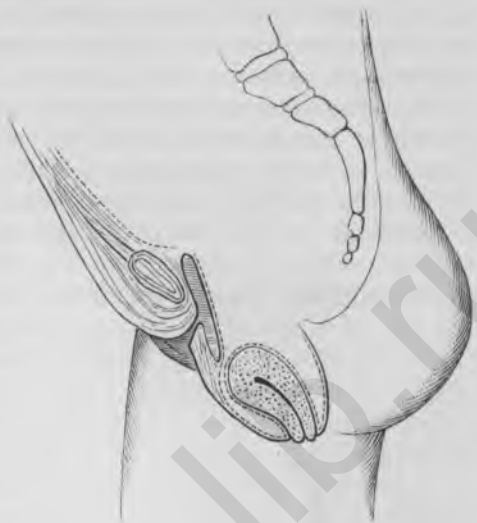


Рис. 185.

Какъ мы уже видѣли при разборѣ явленій выпаденія влагалища (стр. 61), выпавшія части подвергаются извѣстнаго рода измѣненіямъ; верхніе слои покрывающаго ихъ эпителія весьма скоро ороговѣваютъ, и вся поверхность принимаетъ характеръ кожи; поверхность влагалищной части матки и, въ случаяхъ существованія боковыхъ разрывовъ ея и эктропіона слизистой оболочки канала шейки, и эта послѣдняя претерпѣваютъ подобныя же измѣненія. Точно также развивающійся язвенный процессъ



Рис. 186.

нерѣдко переходитъ съ влагалища и на выпавшую влагалищную часть. *Portio vaginalis* при выпаденіяхъ матки обыкновенно представляется значительно измѣненной; передняя губа ея сглажена и незамѣтно переходитъ во влагалище; количество соединительной ткани, помѣщающейся между шейкою

матки и мочевымъ пузыремъ, представляется до такой степени увеличеннымъ, что нерѣдко способствуетъ этому сглаживанію. Въ случаяхъ бывшихъ боковыхъ надрывовъ влагалищной части губы ея настолько представляются развороченными, что видимое наружное отверстіе матки соотвѣтствуетъ или верхней части протяженія канала шейки, или же даже внутреннему отверстию матки. Эктропированная слизистая оболочка канала шейки подвергается измѣненіямъ, какъ мы уже видѣли, дѣлающимъ ее подобною кожной поверхности, или же встрѣчается въ состояніи воспаленія (erosio); нерѣдко наблюдаются также папиллярныя разращенія ея, доходящія иногда до размѣровъ небольшихъ полиповъ.

**Припадки.** При медленномъ развитіи выпаденія матки мы



Рис. 187.

видимъ картину симптомовъ, совершенно аналогичную той, которая уже описана нами при смѣщеніяхъ и выпаденіяхъ влагалища (см. стр. 62). Тяжесть внизу живота, напоръ на низъ и тянущія боли въ крестцѣ и паховыхъ областяхъ достигаютъ до аспе своего развитія. Опушеніе матки и легкія степени неполнаго выпаденія представляютъ обыкновенно значительное ухудшеніе припадковъ послѣ болѣе или менѣе усиленной работы, долгаго хожденія и, вообще, къ окончанію трудового дня.

За ночь, при покойномъ положеніи больной, они пропадаютъ такъ, что къ утру больная чувствуетъ себя бодрой и здоровой. Замѣчательно, насколько женщины, привыкшія переносить различныя невзгоды, приспособляются и привыкаютъ къ этимъ симптомамъ; такъ нерѣдко можно встрѣчать случаи выпаденія матки у нашихъ крестьянокъ, отличающіеся, какъ я уже упоминалъ, отсутствіемъ жалобъ на болѣзненные ощущенія. Значительныя степени пролапса нерѣдко вызываютъ невозможность вполне опорожнять мочевой пузырь, «мочу закладываетъ», какъ выражаются больныя,—требуется вправленіе выпавшихъ частей для окончанія акта мочеиспусканія. При значительной величинѣ выпадающихъ частей главной жалобой больныхъ является не-

возможность ходить, такъ какъ выпавшая масса, какъ инородное тѣло и притомъ иногда весьма болѣзненное, помѣщаясь между ногами, дѣлаетъ невозможною правильную походку.

Весьма скоро, подѣ влияніемъ постоянного тренія и нечистоты, развиваются на вывернувшемся влагалищѣ язвенные процессы, переходящіе также и на влагалищную часть матки. Величина и интенсивность ихъ могутъ быть весьма значительны. Существуютъ наблюденія развивавшейся гангрены съ отторженіемъ болѣе или менѣе большихъ участковъ стѣнки влагалища, иногда съ прободеніемъ въ мочевою пузырь. *Franqué* (l. c. стр. 11) приводитъ случаи *Roosset* и *Elmer'a*, наблюдавшихъ, по видимому, гангреноценцію и отторженіе всей выпавшей матки.

Если въ выпавшей маткѣ или ея придаткахъ не развиваются случайные патологическіе процессы, то физиологическая функція ихъ представляется не измѣненной. Менструація продолжаетъ быть правильной, и количество теряемой каждый разъ крови остается нормальнымъ. Наблюдающіеся иногда *metrorrhagiae* и *metroorrhagiae* стоятъ обыкновенно въ связи съ развивающеюся застойною формою гинереміи, подѣ влияніемъ различнаго рода причинъ. Забеременѣваніе и срочные роды также возможны, особенно въ случаяхъ опущеній и при первыхъ степеняхъ неполнаго выпаденія. Случаи выпаденій, въ которыхъ наружное отверстіе матки уже лежитъ далеко внѣ наружныхъ половыхъ частей, не представляютъ также серьезнаго препятствія для забеременѣванія, такъ какъ *coitus* совершается или при вправленныхъ частяхъ, или же даже *immissio penis* возможно иногда и непосредственно черезъ наружное отверстіе матки въ каналъ шейки, какъ на то указываютъ наблюденія изъ старой литературы (*Chopart* и *Harvey*, цитир. у *Franqué*, l. c. стр. 14). Возможность видѣть влагалищную часть и *orificium externum* при неполномъ выпаденіи дали поводъ д-ру *Beck'u* въ Америкѣ сдѣлать наблюденія объ измѣненіи ихъ во время полового оргазма («*Americ. Journ. of. Obst.*» Vol. VII, Nov. 1874, стр. 369); наблюдая больную, имѣвшую при дотрогиваніи до области клитора ощущеніе, совершенно аналогичное таковому *sub coitu*, онъ видѣлъ, какъ развивались попеременно оплотненіе и размягченіе влагалищной части, и какъ *orificium externum* представлялось широко зіяющимъ; явленія эти длились 12 секундъ.

Увеличеніе въ объемѣ матки подѣ влияніемъ беременности обыкновенно устраняетъ на время явленія пролапса, такъ какъ, будучи во-время вправлена искусственно или самопроизвольно, она съ теченіемъ беременности помѣщается уже въ полости живота, и, какъ шейка матки, такъ и влагалище отходятъ въ полость таза; только при значительныхъ гипертрофіяхъ шейки *orif. externum* можетъ все-таки лежать между *genitalia externa*.

Беременность возможна также и въ случаяхъ невправимыхъ полныхъ выпаденій матки, такъ что плодъ развивается тогда въ маткѣ, находящейся внѣ полости таза; но большею частью беременность при этихъ условіяхъ не доходитъ до конца, и наступаютъ выкидышъ или преждевременные роды. Случаи наблюдавшихся выпаденій матки во время родового акта находятъ себѣ объясненіе въ гипертрофіи шейки матки и ея влагалищной части, могущихъ при извѣстныхъ условіяхъ и *sub partu* номѣщаться или между наружными половыми органами, или и внѣ ихъ.

При острыхъ случаяхъ пролапса, въ которыхъ, подѣ влияніемъ вдругъ чрезмѣрно усиленнаго брюшнаго давленія, наступаетъ выпаденіе большею частью уже подготовленныхъ къ тому органовъ таза, развиваются весьма бурные симптомы. Болевыя ощущенія въ крестцѣ и нижней части живота интенсивны, наступаютъ внезапно; появляются нерѣдко тошнота и рвота, головокруженія, обмороки. Такое быстрое, насильственное смѣщеніе можетъ осложниться не только воспалительными явленіями со стороны брюшины, но и представлять разрывы связочнаго аппарата матки, чѣмъ и обусловливается иногда летальный исходъ.

**Распознаваніе.** Определеніе заболѣванія не представляетъ особыхъ трудностей; большею частью больныя, являясь къ намъ, сами уже говорятъ, что у нихъ выпадаетъ матка. Но болѣе точное изслѣдованіе и определеніе особенностей даннаго случая, столь важныхъ при вопросѣ о надлежащемъ лѣченіи, требуютъ обстоятельнаго гинекологическаго изслѣдованія, не только простаго ручнаго, но и инструментальнаго. — Случаи выпаденій изслѣдуются лучше всего на столѣ въ ягодично-спинномъ положеніи больной, такъ какъ это положеніе особенно удобно для определенія степени возможности смѣщенія матки книзу; конечно, изслѣдованіе можетъ быть произведено почти во всякомъ положеніи, но едва-ли можно быть убѣжденнымъ, что результаты, получаемые при этомъ, будутъ на столько же точны и на столько же удобно и легко добыты.

Первою задачею нашего изслѣдованія является рѣшеніе вопроса: имѣемъ-ли мы дѣло съ простымъ смѣщеніемъ матки книзу *in toto*, или же случай осложненъ гипертрофіей шейки матки? Для рѣшенія этого вопроса изслѣдованіе должно быть начато съ наружно-внутренняго. Помощью изслѣдованія обѣими руками обыкновенно довольно легко опредѣляется высота стоянія дна матки, — смѣщено-ли оно книзу, или находится на своей нормальной высотѣ; степень его смѣщаемости книзу рѣзко выступаетъ, если заставлятъ больную кашлять или сильно жилиться, при чемъ вслѣдствіе усиленной дѣятельности брюшнаго пресса внутрибрюшное давленіе значительно повышается, и матка можетъ быть

смѣщена книзу ad maximum. Опреѣливъ такимъ образомъ положеніе дна матки, ея форму, величину и положеніе и обративъ также вниманіе на состояніе ея придатковъ и полости таза, вообще, мы переходимъ къ осмотру выпадающихъ частей и къ ихъ инструментальному изслѣдованію. При опущеніяхъ матки (descensus uteri), осмотрѣвъ состояніе наружныхъ половыхъ органовъ (промежность, ея разрывы и т. п.), мы стараемся опреѣлить высшую степень смѣщаемости матки книзу путемъ захватыванія ея пулевыми щипцами или крючками, причемъ наблюдаемъ, насколько легко слѣдуютъ своды влагалища за смѣщаемою книзу маткою,—этимъ путемъ, сравнивая съ нормальною смѣщаемостью матки книзу, мы получаемъ довольно вѣрное представленіе о степени ненормальнаго положенія.

При неполныхъ и полныхъ выпаденіяхъ, осложненныхъ различными формами гипертрофическаго удлиненія шейки матки, особенное вниманіе должно быть обращено на состояніе сводовъ влагалища. Присутствіе и высота стоянія сводовъ большею частью уже сразу указываютъ намъ на ту или другую форму гипертрофіи шейки. При гипертрофіи только *влагалищной* части, причемъ она можетъ достигать до 7,0 или 10,0 см. въ длину, не смотря на то, что orif. externum uteri помѣщается въ наружныхъ половыхъ органахъ или даже довольно далеко передъ ними, влагалище сохраняетъ свое нормальное положеніе, и своды его помѣщаются на своей нормальной высотѣ (рис. 179), такъ что возможность смѣшать эту гипертрофію съ простымъ выпаденіемъ матки представляется не легкимъ, и случаи подобнаго рода ошибокъ основаны только на неточномъ, поспѣшномъ изслѣдованіи. Гипертрофія *средняго* участка шейки матки, какъ мы уже видѣли, обуславливаетъ смѣщеніе передняго свода до полнаго выворота передней стѣнки влагалища, тогда какъ задній сводъ или остается на своемъ нормальномъ мѣстѣ, или же только незначительно опускается, благодаря опущенію матки in toto. Обыкновенно весьма важно констатировать существованіе задняго свода при значительной величинѣ выпавшихъ частей и полномъ выворотѣ передней влагалищной стѣнки, чтобы имѣть основаніе предположить гипертрофическое удлиненіе шейки и именно ея средней части. Изглаживаніе обоихъ сводовъ и полный выворотъ влагалища указываютъ намъ уже при простомъ только осмотрѣ, что мы имѣемъ дѣло или съ полнымъ простымъ выпаденіемъ матки, или же съ гипертрофическимъ удлиненіемъ *надвлагалищной* части шейки,—состоянія, рѣзко отличающіяся другъ отъ друга высотой стоянія дна матки.

Сдѣлавъ предположеніе о гипертрофическомъ удлиненіи того или другого участка шейки матки, мы опреѣляемъ далѣе, какъ велико это удлиненіе, помощью маточнаго зонда. Получивъ уже при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, производимомъ иногда



и per rectum, и при ощупываніи выпавшихъ частей довольно ясное представленіе о положеніи матки и толщинѣ ея шейки, мы вводимъ въ полость матки зондъ. При существующемъ иногда истонченіи удлинненной шейки осторожность требуетъ введенія не металлическаго маточнаго зонда, а простого эластическаго бужа. Проводя бужъ по каналу шейки, въ большинствѣ случаевъ удастся опредѣлить положеніе внутренняго маточнаго зѣва по тому незначительному препятствію, которое ощущается на этомъ мѣстѣ при прохожденіи зонда дальше. Доведя зондъ до верхней стѣнки полости матки и извлекая его, мы обычнымъ путемъ опредѣляемъ въ сантиметрахъ длину всей матки. Затѣмъ вводя его второй разъ, мы доходимъ только до внутренняго отверстія матки, опредѣленнаго уже при первомъ введеніи, и измѣряемъ такимъ образомъ длину шейки. Вышеизложенное изслѣдованіе даетъ намъ весьма точные результаты, такъ что характеръ и видъ выпаденія могутъ быть подробно выяснены; величина и толщина стѣнокъ, какъ матки, такъ и ея шейки опредѣляются при этомъ также весьма удовлетворительно, особенно при одновременномъ изслѣдованіи зондомъ и пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку. При этомъ также легко опредѣлима величина существующей rectocele; въ случаяхъ же, когда ея нѣтъ, не слѣдуетъ забывать, что передняя стѣнка прямой кишки, находящаяся на своемъ нормальномъ мѣстѣ, можетъ быть весьма легко смѣщена впередъ и внизъ легкимъ давленіемъ введеннаго въ нее пальца. Изслѣдованіе положенія мочевого пузыря производится помощью мужского катетера совершенно также, какъ объ этомъ было уже упомянуто нами при діагнозѣ cystocele (см. стр. 64); но при этомъ слѣдуетъ также помнить, что при значительномъ давленіи катетеромъ стѣнка мочевого пузыря можетъ быть смѣщена гораздо далѣе своего мѣста нахождения.

Опредѣленіе высоты стоянія брюшины, какъ въ excavatio vesico-uterina, такъ и въ excavatio recto-uterina не поддается точному изслѣдованію, и въ этомъ отношеніи мы можемъ только дѣлать извѣстныя предположенія на основаніи анатомическихъ данныхъ разбираемаго нами страданія. Брюшина въ excavatio vesico-uterina при гипертрофіяхъ шейки представляется лежащей высоко отъ верхушки пролапса и отдѣленной почти всею величиною мочевого пузыря; при полныхъ же простыхъ выпаденіяхъ, какъ мы это уже видѣли выше, мочевой пузырь можетъ представляться отдѣленнымъ на значительномъ протяженіи отъ шейки матки, такъ что брюшина опускается до передней стѣнки влагалища. Точно также при существованіи большихъ боковыхъ старыхъ разрывовъ шейки матки и высокой степени выворота (ectropion) канала шейки, не смотря на нормальное положеніе мочевого пузыря относительно шейки, брюшина находится весьма близко къ верхушкѣ выпавшихъ частей, такъ какъ при выво-

~~ротѣ шейки~~ ~~область~~ ~~внутренняго~~ ~~отверстія~~ ~~матки~~ ~~нерѣдко~~ ~~со-~~  
~~ставляетъ~~ ~~самую~~ ~~конечную~~ ~~часть~~ ~~пролапса~~. Брюшина excavatio-  
nis recto-uterinae почти всегда, покрывая верхнюю часть задней  
стѣнки влагалища, лежитъ у самой верхушки выпавшихъ ча-  
стей; какъ рѣдкія исключенія представляются случаи первичной  
гипертрофіи надвлагалищной части шейки матки, въ которыхъ  
уровень Дугласова пространства можетъ сохранять свое нормаль-  
ное положеніе. Дивертикулы прямой кишки (rectocele), дости-  
гающіе большихъ размѣровъ, могутъ также иногда помѣщаться  
между заднею стѣнкою влагалища и брюшиною вплоть до самой  
шейки матки, такъ что брюшина на мѣстѣ бывшаго задняго  
свода отстоитъ отъ влагалищной стѣнки на всю толщину дивер-  
тикула rectocele.

Наружная поверхность выпавшихъ частей, какъ мы уже ви-  
дѣли, подвергается различнаго рода патологическимъ процессамъ,  
между которыми по тяжести симптомовъ занимаютъ первое мѣсто  
изъязвленія. Въ большинствѣ случаевъ это суть простыя язвы,  
по этиологіи своей стоящія близко къ пролежнямъ; но въ нѣко-  
торыхъ, правда, рѣдкихъ, случаяхъ въ основѣ ихъ могутъ ле-  
жать злокачественныя новообразованія (раки). Въ подобныхъ  
случаяхъ, если макроскопическая картина заболѣванія оставляетъ  
еще нѣкоторыя сомнѣнія относительно характера изъязвленія,  
должно считаться вполне показаннымъ отрѣзываніе небольшихъ  
кусочковъ для микроскопическаго изслѣдованія, рѣшающаго уже  
окончательно, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Примѣнивъ всѣ выше приведенные методы гинекологическаго  
изслѣдованія и установивъ діагнозъ данной формы выпаденія  
матки, мы должны еще убѣдиться, насколько легко возможно  
вправленіе выпавшихъ частей. Какъ при полныхъ пролапсахъ,  
такъ и при неполныхъ, связанныхъ съ значительными гипертро-  
фіями шейки, вправленіе удастся легко. При нахожденіи въ  
Дугласовомъ пространствѣ большей или меньшей величины кон-  
гломерата кишечныхъ петель, вправленіе удастся легче послѣ  
того, какъ сначала эти петли будутъ вправлены; за ними уже  
матка легче слѣдуетъ въ полость малаго таза. Вправленіе мо-  
жетъ быть весьма труднымъ при существованіи значительной  
припухлости или оплотнѣнія, какъ слизистой оболочки влагалища,  
такъ и околывлагалищной клѣтчатки, равно какъ и при пере-  
полненіи дивертикуловъ cystoet rectocele; въ случаяхъ же бо-  
лѣе или менѣе значительныхъ сращеній выпавшей матки съ  
окружающими частями и чрезмѣрнаго удлиненія шейки, не  
смотря на примѣненіе хлороформа и повторныя попытки, оно  
оказывается совершенно невозможнымъ. При удавшемся вправле-  
ніи мы тотчасъ же удостоверяемся помощью внутренняго изслѣ-  
дованія, насколько оно вполне удалось, и насколько можно при-  
вести матку въ ея нормальное положеніе. При значительныхъ

гипертрофіяхъ шейки матки мы находимъ обыкновенно, что хотя всѣ выпавшія части вправлены, матка лежитъ въ сильной степени своего перегиба или впередъ, или назадъ.

**Течение болѣзни и предсказаніе.** Начавшееся выпаденіе матки, предоставленное самому себѣ, постепенно увеличивается, пока дѣло не дойдетъ до полного пролапса. Самоизлѣченія никогда не наблюдается. Выпаденіе можетъ остановиться, впрочемъ, на известной только степени, вслѣдствіе присоединяющихся воспаленій и обусловленныхъ ими приращеній матки на какомъ-нибудь известномъ мѣстѣ. Гипертрофіи шейки матки, какъ мы видѣли, при старческихъ измѣненіяхъ половыхъ органовъ женщины, могутъ подвергаться обратному развитію, но пролапсъ, какъ таковой, все таки остается. Не далеко еще то время, когда на случай успѣшнаго излѣченія путемъ терапіи смотрѣли, какъ на явленіе весьма рѣдкое, и больныя были обречены на всю жизнь мириться съ крайне тягостными симптомами полного выпаденія матки. Только съ тѣхъ поръ, какъ хирургическій методъ лѣченія выпаденій получилъ право гражданства, и техника его для данныхъ случаевъ была усовершенствована, мы имѣемъ полное право относить выпаденіе матки къ заболѣваніямъ излѣчимымъ, причѣмъ излѣченіе можетъ быть радикальнымъ. Вслѣдствіе этого и прогнозъ даннаго заболѣванія изъ неблагоприятнаго, что касается до устраненія болѣзни, превратился въ благоприятный. Старые, запущенные случаи у старухъ, и тѣ поддаются нашему лѣченію.

**Лѣченіе.** При выпаденіяхъ матки, какъ и при выпаденіяхъ влагалища, играютъ весьма важную роль профилактика и лѣченіе свѣжихъ случаевъ начинающагося пролапса. Въ главѣ о выпаденіи влагалища мы уже достаточно подробно указали на планъ лѣченія (см. стр. 72), дающаго блестящіе результаты въ такихъ свѣжихъ случаяхъ. Случаи болѣе застарѣлые, въ которыхъ уже нельзя рассчитывать на возможность развитія болѣе полного обратнаго развитія тканей, требуютъ лѣченія механическаго и оперативнаго.

Попытки вправлять выпавшія части и удерживать ихъ въ этомъ положеніи представляются настолько древними, насколько, вообще, старо желаніе лѣчить. И въ настоящее время на каждомъ шагу можно встрѣтить случаи, въ которыхъ попытки эти производятся людьми, не имѣющими ни малѣйшаго представленія о томъ, что они дѣлаютъ, и какое зло могутъ причинить своими манипуляціями. Мысль о возможности удерживать *in situ* вправленные части на столько ясна и проста, что не-врачу и въ голову не приходитъ подумать о послѣдствіяхъ. Введеніе во влагалище различной формы и величины, такъ называемыхъ, маточныхъ колецъ, практикуемое зачастую нашими повитухами, знахарками и фельдшерами, уже не разъ влекло за собою не

только воспалительныя измѣненія внутреннихъ половыхъ органовъ, но и нарушеніе ихъ цѣлости съ прободеніемъ прилежащихъ полыхъ органовъ (мочевого пузыря и прямой кишки). Къ сожалѣнію, не особенно мало извѣстно также случаевъ, когда, не смотря на то, что пессарій былъ введенъ и рукою врача, но, благодаря небрежности больной, наблюдались также значительныя поврежденія. Общія правила о примѣненіи влагалищныхъ пессаріевъ и другого рода механическихъ аппаратовъ уже были нами разобраны въ главахъ о лѣченіи выпаденій влагалища (стр. 74) и неправильныхъ положеній матки (см. стр. 349). Всѣ пессаріи и аппараты, примѣняющіеся съ цѣлью устраненія выпаденій стѣнокъ влагалища, въ то же время, конечно, препятствуютъ и выпаденію матки, и такъ какъ о нихъ уже была рѣчь въ соответствующей главѣ, то теперь мы укажемъ только на нѣкоторыя особенности ихъ при лѣченіи *prolapsus uteri*.

Для выбора формы пессарія необходимо точно опредѣлить степень расслабленія и недостаточности тазового дна и вульварнаго кольца. При существованіи не особенно значительнаго расслабленія, такъ что входъ во влагалище представляетъ еще извѣстную степень противодѣйствія, могутъ быть примѣняемы простые кольцеобразныя влагалищныя пессаріи; между ними въ настоящее время болѣе всего въ ходу кольцо *Mayer'a* и пессарій *Hodge'a*, которому придается то или другое искривленіе, смотря по особенностямъ даннаго случая. Благодаря не полной недостаточности вульварнаго кольца и тазового дна, пессаріи эти могутъ еще удерживаться во влагалищѣ, имѣя точкою своей опоры тазовое дно. и такимъ образомъ удерживать выпавшія части *in situ*. При примѣненіи пессарія *Hodge'a* слѣдуетъ быть осторожнымъ въ случаяхъ болѣе значительной гипертрофіи шейки, такъ какъ при вправленіи матка при этомъ нерѣдко перегибается и занимаетъ положеніе перегиба назадъ. Вложенный пессарій, давя на задній сводъ, можетъ также весьма значительно надавливать на тѣло матки, такъ что весьма быстро развиваются воспалительныя явленія; по удаленіи пессарія на тѣлѣ матки нерѣдко удается ясно ощупать поперечно идущее углубленіе, соответствующее мѣсту давленія.

Случаи выпаденія матки, представляющіе переходъ къ случаямъ съ полною недостаточностью тазового дна, требуютъ примѣненія большихъ шаро-или яйцеобразныхъ пессаріевъ *Breisky'аго* (см. стр. 76). При полномъ расслабленіи вульварнаго кольца и полной недостаточности тазового дна уже ни одинъ изъ сказанныхъ влагалищныхъ пессаріевъ не можетъ удерживать выпадающія части *in situ*; незначительное повышеніе внутрибрюшнаго давленія уже вызываетъ выпаденіе вновь. Гистерофоръ *Zwanck'a* (см. стр. 76), имѣя точки опоры съ боковъ на ко-

стяхъ таза, удерживаетъ обыкновенно матку отъ выпаденія, но влагалищныя стѣнки нижняго отдѣла все-таки выпадаютъ; кромѣ того онъ представляетъ изъ себя инструментъ, который относительно чаще, чѣмъ другіе, давалъ поводъ къ происхожденію нарушеній цѣлости стѣнокъ влагалища. Примѣняя его, мы должны дать строгое наставленіе больной — на долго не уходить изъ-подъ надзора врача.

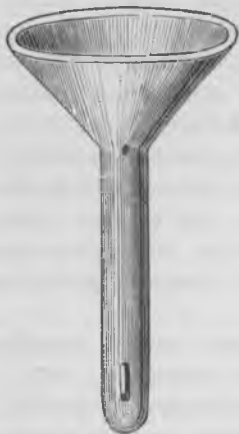


Рис. 188.

Весьма удобны, хорошо чистятся и дешевы такіе стебельчатые пессаріи, приготовленные изъ мягкаго каучука (рис. 188). *Seyfert* и *Scanzoni* примѣняли повязку, къ которой былъ прикрѣпленъ сдѣланный изъ дерева такой стебельчатый пессарій большей величины, причемъ прикрѣпленіе его къ повязкѣ было снабжено подвижнымъ сочлененіемъ (рис. 189). Насколько трудно держать подобную повязку въ должной чистотѣ, уже само собою понятно.

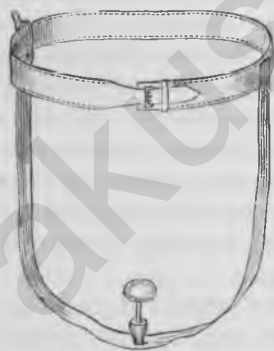


Рис. 189.

Лѣченіе пессаріями и удерживающими матку *in situ* аппаратами обыкновенно только палліативно, оно устраняетъ выпаденіе частей лишь на то время, пока пессаріи примѣняются; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ и этого достигать не удается. Полное излѣченіе можетъ наступить только случайно, благодаря развивающимся воспалительнымъ явленіямъ вокругъ матки и появляющимся сращеніемъ ея съ окружающими частями, фиксирующими ее въ томъ положеніи, какое она занимала, будучи вправленною. Подъ вліяніемъ ношенія влагалищнаго пессарія въ случаяхъ выпаденія съ гипертрофическимъ удлиненіемъ шейки наблюдается, правда, иногда наступающее обратное развитіе этой ги-

пертрофіи, но съ удаленіемъ пессарія неполное выпаденіе матки наступаетъ вновь, и даже гипертрофія можетъ развиваться снова. Постоянное ношеніе въ теченіе многихъ лѣтъ влагалищнаго пессарія, и особенно стебельчатаго, представляется по истиннѣ мучительнымъ и иногда только немного болѣе сноснымъ, чѣмъ само выпаденіе. Больныя уже весьма скоро начинаютъ усиленно жаловаться на нестерпимыя неудобства, причиняемыя имъ болѣе сложными аппаратами механическаго лѣченія. Предлагая больнымъ оперативный путь лѣченія, часто приходится встрѣчать отказъ отъ операціи, вслѣдствіе простаго страха; но, съ другой стороны, весьма нерѣдки случаи, и въ настоящее время они дѣлаются все чаще и чаще, когда больныя, испробовавъ механическое лѣченіе, являются къ намъ съ просьбою изъавить ихъ отъ него, хотя бы и цѣною операціи.

Оперативный путь лѣченія состоитъ въ производствѣ трехъ операцій — ампутаціи шейки матки, *colporrhaphiae anterioris* и *colporrhaphiae*, носящихъ при подобномъ своемъ сочетаніи одно общее названіе «операціи выпаденія». Показаніемъ, вообще, къ этой операціи должно считаться существованіе болѣе или менѣе застарѣлаго выпаденія, не поддающагося никакой другой терапіи. Къ противопоказаніямъ мы относимъ неудовлетворительное общее состояніе больной, конституціональныя формы болѣзней (сифилисъ, бугорчатка), присутствіе неудаимой причины выпаденія (опухоли полости живота, ascites) и острыхъ воспалительныхъ процессовъ въ полости таза. Хроническіе перипараметриты или воспалительные процессы, находящіеся въ періодѣ своего обратнаго развитія, не составляютъ противопоказанія къ операціи пролапса (*Киръевъ — «Еженедѣльная Клиническая Газета», 1886, № 12*). Прогнозъ операціи, вообще, благопріятный; осложненіе воспаленіями въ послѣопераціонномъ періодѣ встрѣчается весьма рѣдко (около 0,5%), смертельныхъ исходовъ почти не наблюдается вовсе, и они должны считаться настолько же рѣдко возможными, какъ и летальныя исходы отъ хлороформа. Предсказаніе относительно вполнѣ удавшейся пластики — перваго натяженія — также весьма благопріятно; только въ рѣдкихъ случаяхъ заживленіе мѣстами не происходитъ, но съ теченіемъ времени и эти незначительныя участки, зажившіе вторымъ натяженіемъ, настолько хорошо изглаживаются, что не оставляютъ послѣ себя замѣтныхъ слѣдовъ. Рецидивъ послѣ операціи возможенъ, но наблюдается также рѣдко, и въ рукахъ опытнаго оператора онъ является только, какъ случайность.

Операція выпаденія имѣетъ свою задачу, во-первыхъ, уменьшить объемъ выпадающей матки, во-вторыхъ, ссюзить просвѣтъ влагалища насчетъ уменьшенія объема его стѣнокъ и, въ третьихъ, искусственно создать болѣе стойкое тазовое дно. Уменьшеніе объема матки *in toto* достигается ампутаціею *влага-*

лицевой части шейки (см. главу о *metritis chronica*), дающей толчекъ къ обратному ея развитію, такъ что матка принимаетъ снова свою нормальную величину; въ случаяхъ выпаденія съ гипертрофіями шейки операція *amputatio colli supravaginalis* уменьшаетъ объемъ матки не только на величину отрѣзаннаго куска, но также имѣетъ своимъ послѣдствіемъ и уменьшеніе объема тѣла матки, если оно было увеличено вслѣдствіе хроническаго воспаленія. Уменьшеніе просвѣта влагалища операціями *colporrhaphia anterior et posterior* было уже нами изложено при лѣченіи выпаденій влагалища (см. стр. 77 и 83). При операціи пролапса производится обыкновенно только одна *colporrhaphia anterior*; *colporrhaphia posterior* соединяется съ *perineorrhaphi*ей. Эта комбинація двухъ операцій — *colporrhaphia anterior et perineorrhaphia* — и даетъ своимъ результатомъ образованіе болѣе плотнаго и стойкаго тазоваго дна, способнаго уже удерживать *in situ* выпавшія части.

Время производства операціи большею частью зависитъ не отъ насъ, такъ какъ больныя обращаются уже съ застарѣлыми формами выпаденія, требующими несомнѣнно оперативной помощи. Операцію мы производимъ обыкновенно на первой недѣлѣ послѣ окончанія регуль; въ возрастѣ же послѣ климактерическихъ годовъ выборъ момента операціи безразличенъ.

Приготовленіе больной къ операціи обычное, какъ и при всѣхъ гинекологическихъ операціяхъ. Влагалище въ теченіе нѣсколькихъ дней дезинфицируется, насколько возможно, впрыскиваніями растворовъ *ac. carbol.* или сулемы; наканунѣ операціи больная получаетъ ванну и слабительное. Успѣхъ операціи зависитъ отъ обстановки во время операціи (антисептики) и достаточнаго навыка оператора въ техникахъ производства ея.

Методы и техника операціи выпаденія. При маткѣ, совершенно не увеличенной въ объемѣ, какъ это наблюдается нерѣдко при полныхъ пролапсахъ, ампутація влагалищной части излишня. Матка же въ состояніи хроническаго метрита, слѣдовательно, увеличенная въ объемѣ, вполне показываетъ производство клиновидной ампутаціи влагалищной части; техника этой операціи будетъ изложена въ главѣ о лѣченіи хроническаго выпаденія матки, и поэтому теперь мы ее описывать не будемъ.

Гипертрофическія удлиненія шейки матки всего лучше и скорѣе излѣчиваются ампутаціею гипертрофированной части. Если гипертрофированною представляется только одна влагалищная часть шейки, то операція производится по тѣмъ-же правиламъ, какъ и, вообще, клиновидная ампутація *portionis vaginalis* (см. гл. о *metritis chronica*), причемъ отрѣзанный кусокъ ея представляется только значительно болѣшимъ. Въ болѣе частыхъ случаяхъ гипертрофіи средней и надвлагалищной частей шейки матки должна быть произведена *amputatio colli supravaginalis*.

ginalis. Операція эта съ этою цѣлью была предложена и производилась уже *Huguier*'омъ и описана имъ въ 1860 году въ его знаменитой монографіи, уже цитированной нами выше. За послѣднее время съ 1879 года *Kaltenbach* (1. с. стр. 530) началъ производить эту же операцію совершенно по плану *Huguier*'а, видоизмѣнивъ ее только сообразно потребностямъ современной хирургической техники. Мы, съ своей стороны, примѣняли ее уже также много разъ и онишемъ здѣсь технику ея производства подъ именемъ метода *Huguier-Kaltenbach*'а. При этой операціи удаляются часть сводовъ влагалища и шейка матки, смотря по надобности, почти до области orificiі interni.



Рис. 190.

Больная подъ хлороформомъ, въ ягодично-спинномъ положеніи; выпавшія части захватываются нулевыми щипцами за переднюю губу влагалищной части и фиксируются ими снаружи. На сколько возможно выше, на выпавшія части накладывается эластическій жгутъ и плотно завязывается (рис. 190); обыкновенно онъ уже самъ собою удерживается весьма хорошо; если бы онъ легко соскальзывалъ, то операція можетъ быть произведена и безъ него, при чемъ получающееся кровотеченіе должно быть останавливаемо или непосредственной перевязкой болѣе значительныхъ артеріальныхъ сосудовъ, или же должна быть наложена предварительно лигатура на *art. uterinae* (см. главу о *metritis chronica*). Циркулярнымъ разрѣзамъ скальпеля прорѣзается вся толща стѣнокъ влагалища вокругъ влагалищной части, отступя на 0,5 или 1,0 *cm.* отъ нея; попавъ такимъ образомъ въ рыхлую клетчатку, помѣщающуюся подъ ними, мы начинаемъ отдѣлять спереди мочевой пузырь и сзади брюшину отъ шейки матки (рис. 191); съ боковъ обыкновенно это отдѣленіе не поддается тупымъ инструментамъ и приходится прибѣгать къ скальпелю или ножницамъ. При отдѣленіи окружающихъ частей отъ шейки матки, что



Рис. 191.



обыкновенно производится на 4,0—5,0 см. кверху, необходимо наблюдать известную осторожность, чтобы не вскрыть брюшины или мочевого пузыря. Пораненія эти, впрочемъ, далеко не такъ опасны, какъ объ этомъ думали прежде; нѣсколько



Рис. 192.

тщательно наложенныхъ швовъ изъ кэтгута вполне достаточны, чтобы зашить получившееся отверстие и тѣмъ предотвратить могущія развиваться осложненія. Захвативъ левыми щипцами каждую изъ губъ *portionis vaginalis*, мы всю освобожденную часть шейки разрѣзаемъ скальпелемъ или ножницами по длинѣ вверхъ на двѣ половины (рис. 192). Каждая изъ этихъ половинокъ удаляется скальпелемъ, такъ что при основаніи остаются небольшіе полулунной формы лоскуты (рис. 193). Эти лоскуты, будучи переднимъ и заднимъ, глубокими шелковыми швами пришиваются къ переднему и къ заднему краю циркулярнаго разрѣза стѣнокъ влагалища. Обыкновенно

бываетъ достаточно 3—4 швовъ спереди и столько-же сзади. Наложивъ и завязавъ эти швы, мы видимъ, что остаются еще зияющими боковыя части циркулярной раненой поверхности, края которыхъ вслѣдствіе избытка ткани не прилежатъ хорошо другъ къ другу. Избытокъ ткани лучше всего удалять въ видѣ трехугольника, верхушкой обращеннаго кнаружи и кверху (рис. 194); такое продолженіе раненой поверхности кнаружи и кверху имѣетъ еще ту выгоду, что при наложеніи швовъ направленіе ихъ получается почти перпендикулярнымъ къ длиннику матки и при завязываніи ихъ всѣ перерѣзанные сосуды, идущіе въ данномъ мѣстѣ параллельно краю матки, перетягиваются вполне достаточно, такъ что при удаленіи эластическаго жгута кровотока изъ зашитой раны (рис. 195) не получается. Вырѣзанные путемъ этой операціи куски



Рис. 193.

шейки матки имѣютъ обыкновенно въ длину 5,0—6,0 и болѣе сантиметровъ. Матка, только съ трудомъ вправляющаяся, вслѣдствіе значительной гипертрофіи шейки, вправляется теперь легко.

Въ случаяхъ неполнаго выпаденія матки съ гипертрофическимъ удлинениемъ шейки, въ которыхъ тазовое дно и вульварное кольцо представляются не чрезмѣрно вялыми, бываетъ иногда достаточно одной этой операціи, чтобы устранить явленія выпаденія (*Huguier, Kaltenbach*).

Случаи же чрезмѣрной вялости тазового дна и вульварнаго кольца, связанные также съ значительнымъ утолщеніемъ вынадающихъ стѣнокъ влагалища, требуютъ примѣненія дальнѣйшихъ операціи. Операція, устраняющая выпаденія передней стѣнки влагалища — *colporrhaphia anterior*, описанная уже выше (см. стр. 77), — производится тотчасъ вслѣдъ за ампутаціею шейки матки, причемъ, какъ при ней, такъ и при *colporrhaphia anterior*, мы примѣняемъ всегда постоянную ирригацію во время операціи и, какъ уже сказано выше (см. стр. 78), никогда не наблюдали неблагоприятнаго ея вліянія на теченіе заживленія ранъ. Завязавъ всѣ швы при *colporrhaphia anterior* и вправивъ переднюю стѣнку влагалища, мы приступаемъ къ операціи *colporrhaphia posterior*, какъ къ конечной въ ряду операцій проланса.

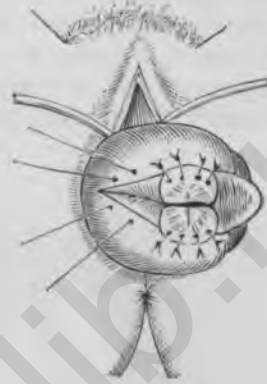


Рис. 194.

Какъ уже показываетъ само названіе этой операціи, она представляетъ сочетаніе *colporrhaphia posterior* съ *perineorrhaphia* и отличается отъ этой послѣдней только большею обширностью площади окровавленія, какъ на задней стѣнкѣ влагалища, такъ и на наружныхъ половыхъ частяхъ. Изъ многочисленныхъ методовъ этой операціи, по нашему мнѣнію, могутъ считаться вполнѣ установившимися и получившими право гражданства два метода: методъ *Hegar's* и методъ *A. Martin's*. Оба они, преслѣдуя ту-же цѣль, отличаются другъ отъ друга формами окровавленія, которыя, каждая при извѣстныхъ особенностяхъ даннаго случая, представляютъ свои выгоды, такъ что, смотря по этимъ особенностямъ, мы примѣняемъ то тотъ, то другой методъ.



Рис. 195.

Способъ *Hegar's* состоитъ въ удаленіи весьма обширнаго трехугольнаго лоскута изъ задней стѣнки влагалища, основа-

ніемъ имѣющаго commissuram posteriorem наружныхъ половыхъ частей. Пулевыми щипцами мы захватываемъ, насколько возможно выше, слизистую оболочку задней стѣнки влагалища; иногда захватывать приходится у самой portio vaginalis; затѣмъ еще нѣсколькими крючками или пулевыми щипцами, наложенными по краямъ будущей раненной поверхности, мы растягиваемъ себѣ заднюю стѣнку влагалища и расправляемъ такимъ образомъ существующія грубыя складки ея. Для начинающаго удобнѣе, если онъ скапелемъ намѣтитъ себѣ край подлежащаго удаленію лоскута. Лоскутъ, какъ представлено на рис. 196,



Рис. 196.

удаляется или цѣликомъ, или частями. Прорѣзавъ скапелемъ всю толщю слизистой оболочки влагалища по краямъ, мы начинаемъ отсепаровывать лоскутъ, начиная съ верхушки, причеиъ онъ, благодаря рыхлости около влагалищной кѣтчатки, можетъ быть отдѣленъ какимъ-либо тупымъ инструментомъ или даже просто пальцами; но лучше производить препаровку скапелемъ, такъ какъ иначе площадь окровавленія будетъ представлять разорванную рану, и первое натяженіе можетъ иногда не состояться вполнѣ. Я предпочитаю удалять слизистую оболочку влагалища въ области окровавленія ножницами, какъ это дѣлалъ *G. Simon*, удаляя ее въ видѣ длинныхъ полосъ, — поверхность окровавленія получается болѣе гладкою, и глубина окровавленія можетъ быть лучше контролируема. Основанію трехугольнаго лоскута лучше придавать форму не одной выпуклой книзу линіи, какъ это дѣлаетъ *Hegar*, а двухъ прямыхъ, встрѣчающихся подъ угломъ на *garhe perinee*, такъ какъ при завязываніи швовъ ткани на этомъ мѣстѣ бу-

удаляется или цѣликомъ, или частями. Прорѣзавъ скапелемъ всю толщю слизистой оболочки влагалища по краямъ, мы начинаемъ отсепаровывать лоскутъ, начиная съ верхушки, причеиъ онъ, благодаря рыхлости около влагалищной кѣтчатки, можетъ быть отдѣленъ какимъ-либо тупымъ инструментомъ или даже просто пальцами; но лучше производить препаровку скапелемъ, такъ какъ иначе площадь окровавленія будетъ представлять разорванную рану, и первое натяженіе можетъ иногда не

дуть лучше прилежать другъ къ другу и не давать иногда довольно значительной величины бугра сморщившейся кожи. Окончивъ съ окровавленіемъ, мы приступаемъ къ наложенію швовъ, которые въ данномъ случаѣ накладываются совершенно такъ-же, какъ при *perineorrhaphia* (см. стр. 167), начиная съ верхушки трехугольника и кончая промежностными. Швы глубокіе, захватывающіе все дно раненой поверхности, чередуются съ поверхностными, соединяющими только слизистую оболочку. Материаломъ для швовъ мы употребляемъ теперь шелковыя лигатуры, обработанныя растворомъ сулемы (1 : 1000) или насыщеннымъ растворомъ іодоформа въ *Liquor anodyn. Hoffmani*. Металлическая проволока не представляетъ никакихъ особыхъ преимуществъ. Въ виду того, что при наложеніи простого узловатаго шва получается значительное напряженіе тканей и недостаточно равномерное прилеганіе другъ къ другу соответствующихъ частей раненой поверхности, большую услугу оказываетъ многэтажный шовъ изъ *catgut*'а; глубокія части раны зашиваются въ 1, 2 или 3 этажа швами изъ *catgut*'а и, только поверхностные накладываются изъ шелка. Примѣняя *catgut*, обработанный въ *ol. juniperi e ligno* (см. стр. 77), мы можемъ зашить всю окровавленную поверхность помощью безконечнаго обвивнаго шва (см. стр. 168); ткани прилежать весьма хорошо другъ къ другу, при этомъ получается первое натяженіе, и мы имѣемъ еще ту выгоду, что не надо удалять швовъ, — манипуляція, представляющаяся иногда весьма затруднительной, особенно при снятіи высоко лежащихъ лигатуръ.

По заживленіи всей окровавленной по способу *Hegar*'а поверхности получается значительное утолщеніе задней стѣнки влагалища и тѣла промежности, а равно и рѣзкое суженіе просвѣта влагалища, какъ это изображено на рис. 197; матка удерживается хорошо въ своемъ относительно нормальномъ положеніи.

Только что описанный методъ *Hegar*'а по нашему мнѣнію вполне показанъ при полныхъ выпаденіяхъ съ полнымъ выворотомъ влагалища; въ значительно преобладающемъ числѣ слу-

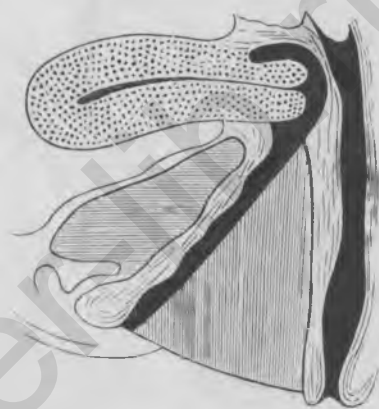


Рис. 197.

чаевъ задняя стѣнка влагалища при этомъ до такой степени растянута, и ея физиологическіе складки и гребни настолько изглажены, что *columna rugarum posterior*, какъ таковая, почти не различима; кромѣ того измѣненія, имѣющія мѣсто въ толщѣ слизистой оболочки, обуславливаютъ ея равномерное утолщеніе, изглаживая физиологическое утолщеніе тканей на мѣстѣ *columnae rugarum posterioris* и истонченіе слизистой оболочки по бо-

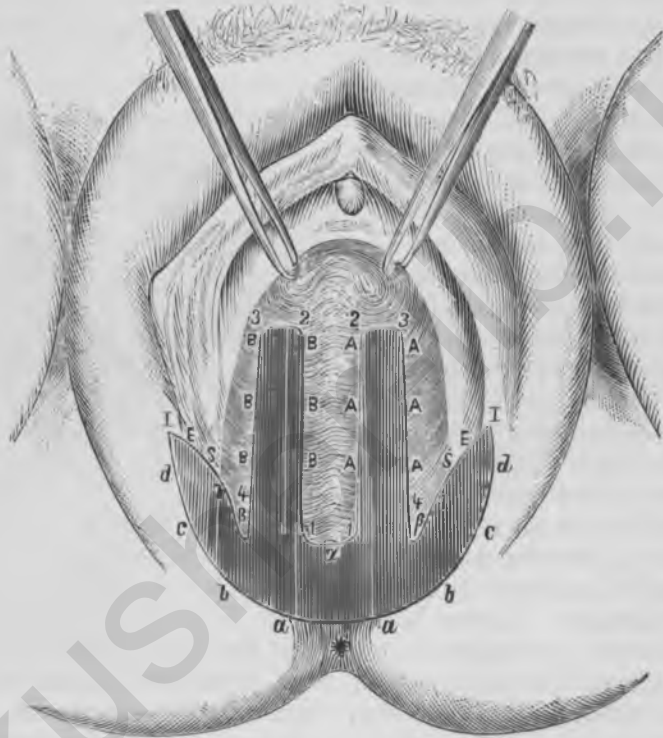


Рис. 198.

камъ ея. При выпаденіяхъ же неполныхъ, особенно, когда еще сохраняется задній сводъ, какъ напр. при гипертрофіи средней части шейки, физиологическія особенности строенія нижняго отдѣла слизистой оболочки влагалища представляются большею частью рѣзко выраженными. Въ этихъ случаяхъ взглядъ, высказанный *Freund*'омъ по поводу операціи возстановленія разорванной промежности (см. стр. 175), находитъ также полное примѣненіе. *Columna rugarum posterior*, состоящая изъ болѣе плотной и толстой ткани, чѣмъ окружающія ее съ боковъ части,

не должна быть удаляема при окровавленіи и должна входить въ основу образуемой вновь болѣе узкой и плотной задней стѣнки влагалища. Этой мыслью вполне рационально воспользовался *A. Martin* и предложилъ методъ colporerineorrhaphiae при выпаденіи съ сохраненіемъ тканей columnae rugarum posterioris. Площадь окровавленія въ методѣ *A. Martin*'а также совершенно похожа по своей формѣ на таковую при perineorrhaphi'и по способу *Freund*'а и отличается только своими болѣе большими размѣрами по плоскости.

Операція производится слѣдующимъ образомъ. Больная кладется въ ягодично-спинномъ положеніи; двумя пупевыми щипцами захватывается задняя стѣнка влагалища, насколько возможно, выше и при томъ такъ, что каждый изъ пупевыхъ щипцовъ захватываютъ ее не по срединной линіи, а по бокамъ. Затѣмъ, сохраняя columnam rugarum, остриемъ скальпеля обрисовывается площадь окровавленія, представленная на рис. 198. Въмѣсто трехугольнаго лоскута на задней стѣнкѣ влагалища мы имѣемъ двѣ окровавленные полосы, идущія параллельно columnae rugarum posterioris, и къ нимъ снизу примыкаетъ поперечно идущая полоса окровавленія промежности. Каждая изъ двухъ продольныхъ полосъ зашивается отдѣльно сама по себѣ, такъ что точки, обозначенныя 2, приходятся къ точкамъ, обозначеннымъ 3, а 1 къ 4, причемъ всѣ точки *A* будутъ прилежать другъ къ другу, равно какъ и точки *B* къ *B*. Результатомъ этого получается достаточное суженіе задней стѣнки влагалища, причемъ самая плотная ея часть, columna rugarum posterior, сохраняется вполне. Затѣмъ накладывается шовъ со стороны влагалища, соединяющій точки  $\beta - \beta$  и далѣе кверху, со стороны же влагалища — швы, соединяющіе 7—7, 8—8, *E—E*. Завязавъ эти швы, остается не зашитою только кожа промежности, на которую и накладываются швы, такъ что они соединяютъ другъ съ другомъ точки *a—a*, *b—b*, *c—c*, *d—d* и *I—I*. Материаломъ для швовъ служитъ или дезинфицированная шелковая лигатура, или catgut, обработанный въ ol. juniperi.

При только-что описанномъ методѣ *A. Martin*'а въ конечномъ результатѣ получается, какъ и при методѣ *Hegar*'а, утолщеніе задней стѣнки влагалища, хотя и менѣе рѣзко выражен-

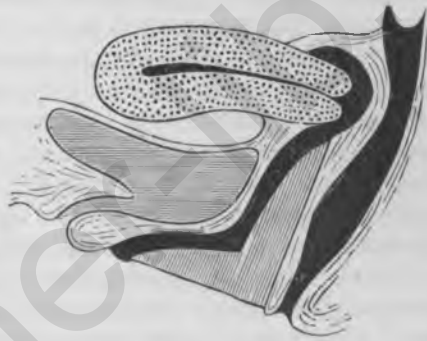


Рис. 199.

ное (рис. 199); но такъ какъ оно двойное, то крѣпость его и стойкость въ дальнѣйшемъ теченіи времени оказываются совершенно достаточными, и рецидивы выпаденія наблюдаются также рѣдко, какъ и при способѣ *Hegar*'а.

При солрорегинеорггарфіа, по какому бы методу мы ее ни производили, во избѣжаніе болѣе значительнаго кровотеченія изъ весьма обширной площади окровавленія иногда приходится производить окровавленіе всей поверхности не сразу, а частями и уже только послѣ наложенія и завязыванія швовъ на окровавленномъ участкѣ продолжать окровавленіе дальше; этимъ путемъ устраняется иногда весьма значительная потеря крови, особенно при методѣ *Hegar*'а. Зашивъ всю окровавленную поверхность при солрорегинеорггарфіа, мы этимъ кончаемъ операцію выпаденія, продолжающуюся обыкновенно около 1 часу или болѣе. Перевязка сухая — присыпка порошкомъ іодоформа. Всѣ вышесказанныя три операціи гораздо цѣлесообразнѣе производить за одинъ сеансъ, — эффектъ излѣченія получается быстрѣе, и результаты его лучше; но въ случаяхъ, представляющихъ индивидуальныя особенности и имѣющихъ какія-либо противуказанія, операція пролапса можетъ, а иногда и должна быть произведена въ два или три сеанса, причемъ промежутки между ними обыкновенно равняются количеству времени, потребному для заживленія уже произведенной операціи.

Послѣ операціи необходимо покой оперированныхъ частей. Вольныя лежать со связанными ногами въ теченіе трехъ недѣль. Наружныя части обмываются растворами сулемы послѣ каждаго мочеиспусканія. Съ 5—6 дня испражненія можно вызывать клистирами изъ простой, комнатной температуры, воды. Влагалищныя инъекціи допускаются только послѣ десятаго дня и то, если выдѣленія изъ влагалища обильны. Швы съ промежности снимаются на седьмой день, а на четырнадцатый — доступные швы во влагалищѣ; остальные — не ранѣе, какъ черезъ 1 или 2 мѣсяца. Однимъ изъ непріятныхъ и иногда весьма опасныхъ осложненій послѣопераціоннаго періода являются вторичныя кровотеченія, появляющіяся въ теченіе первой недѣли, а иногда и на второй; при тщательномъ наложеніи швовъ и особенно шелковыхъ лигатуръ, мнѣ лично подобныхъ кровотеченій наблюдать не приходилось. *A. Martin* («*Deutsche Medic. Wochenschrift*», 1886, № 2) наблюдалъ ихъ особенно легко наступающими при употребленіи простого или въ ol. jupiregi обработаннаго кэтгута для швовъ.

При уже весьма долго существующихъ полныхъ выпаденіяхъ матки съ полнымъ выворотомъ влагалища, причемъ матка не только не увеличена въ объемѣ, но даже уменьшена, съ успѣхомъ можетъ быть примѣнено, вмѣсто операціи пролапса, болѣе простая и легче производящаяся операція срединнаго сшиванія

стѣнокъ влагалища (*colporrhaphia mediana*). Операція эта, какъ я ее теперь произвожу, заключается въ слѣдующемъ. Изъ передней и изъ задней стѣнокъ влагалища, начиная почти тотчасъ же подъ влагалищной частью матки, вырѣзываются во всю толщю слизистой оболочки лентообразные лоскуты ткани, шириною въ 1,5—2,0 см. и длиною во всю длину стѣнокъ влагалища. Получаются двѣ продольно идущихъ окровавленныхъ поверхности, одна изъ нихъ проходитъ сверху внизъ по задней стѣнкѣ, другая — такъ-же по передней; обыкновенно окровавленіе производится не какъ разъ по срединной линіи, а нѣсколько въ одну изъ сторонъ. Обѣ эти поверхности приводятся въ соприкосновеніе другъ съ другомъ наложеніемъ простыхъ узловатыхъ швовъ. По мѣрѣ того, какъ, начиная сверху, мы производимъ сшиваніе окровавленныхъ поверхностей, выпавшія части мало-по-малу вправляются сами собою. При наложеніи и завязываніи послѣдняго шва получается вполне вправленный пролапсъ, — причеиъ влагалище оказывается раздѣленнымъ на-двое вдоль идущою перегородкою, и, такъ какъ окровавленіе производилось не по срединной линіи, то одно изъ искусственно образованныхъ влагалищъ больше, вмѣстительнѣе другого. Матеріаломъ для швовъ, въ виду крайней затруднительности удалять ихъ, намъ служитъ *catgut*, обработанный въ ас. *chromicum*, приготовляемый слѣдующимъ образомъ: *catgut*, лежавшій двое сутокъ въ 10° карболовомъ глицеринѣ, переносится на 5 часовъ въ 0,5% растворъ хромовой кислоты и затѣмъ сохраняется въ абсолютномъ спиртѣ. Результатомъ такого приготовления получается большая стойкость *catgut*'а, и онъ не всасывается въ теченіе двухъ недѣль и болѣе. Простой же *catgut* (*Сутугинъ*, «*Протоколы засѣданій Общества С.-Петербургскихъ Практическихъ Врачей*», 1883 г.) и даже обработанный въ *ol. juniperi* оказываются не пригодными, такъ какъ, всасываясь относительно весьма легко, они недостаточно долго держатъ въ соприкосновеніи окровавленные части. Иногда къ хромовому *catgut*'у мы прибавляемъ еще нѣсколько швовъ изъ шелковой лигатуры,



Рис. 200.

мы прибавляемъ еще нѣсколько швовъ изъ шелковой лигатуры,



накладывая ихъ на легко доступныя части въ нижнемъ отдѣлѣ влагалища.

Перегородка, получаемая во влагалищѣ (рис. 200), весьма хорошо удерживаетъ *in situ* выпадавшія части; но только, если она помѣщается черезъ-чуръ въ сторону, и одно изъ искусственно полученныхъ влагалищъ весьма широко, то легко можетъ произойти снова выпаденіе матки черезъ эту широкую половину, и эффектъ операціи совершенно утрачивается. Присутствіе перегородки во влагалищѣ нисколько не мѣшаетъ *coitus'у*, и больныя легко забеременѣваютъ. При родахъ обыкновенно приходится нарушать цѣлость перегородки, или же она отодвигается подлежащею частью въ сторону, и роды происходятъ черезъ одно изъ влагалищъ, подобно тому, какъ это наблюдается при порокахъ развитія (см. стр. 27). Операція (*colporrhaphia mediana*, вѣрнѣе *colposcleisis partialis mediana*) была произведена впервые въ 1867 году *L. Neugebauer'омъ* въ Варшавѣ («Приложеніе къ протоколу 5-го засѣданія 7-го сентября 1876 года секціи научной медицины V Съезда Естествениспытателей и Врачей въ Варшавѣ»); во Франціи она извѣстна подъ именемъ *cloisonnement du vagin* *L. Lefort'a*, произведшаго ее въ 1876 году («*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*», 1877, 92, стр. 337). Въ виду того, что результатъ *colporrhaphiae medianae* весьма стоекъ, выдавшія части удерживаются *in situ* вполне удовлетворительно, производство ея просто и легко и не требуетъ примѣненія хлороформа, она, по нашему мнѣнію, на долго сохранить свое мѣсто въ ряду операцій, устраняющихъ выпаденіе матки, и будетъ преимущественно производиться въ практикѣ, не такъ роскошно обставленной, какъ мы это имѣемъ въ клиникахъ и больницахъ (*Н. Θ. Соколовъ. «Срединное сшиваніе стѣнокъ влагалища, какъ способъ оперативнаго лѣченія полного выпаденія матки».* Дисс., СПб., 1883).

Всѣ вышеизложенныя операціи, какъ мы видѣли, имѣютъ свою задачу или уменьшить объемъ матки, или, ссуживъ влагалище и образовавъ новое болѣе стойкое тазовое дно, дать такимъ образомъ солидную поддержку снизу выпадающей маткѣ; другой путь, по которому мы могли бы достигнуть того, чтобы матка не смѣщалась книзу, было бы усиленіе ея фиксации въ тазу — возстановленіемъ нормальной длины ея связокъ или производствомъ искусственнаго ея приращенія. Для достиженія первой цѣли по доступности своей намъ могутъ служить только *ligg. rotunda uteri*. Укороченіемъ, не переходящимъ извѣстной границы, мы, дѣйствительно, можемъ создать нормальную *anteflexio - versio* матки и тѣмъ воспрепятствовать значительному ея смѣщенію книзу. Операція укороченія круглыхъ связокъ (*abbreviatio ligg. rotundorum uteri*), описанная уже

нами раньше (см. стр. 355), произведенная при выпаденіи матки, какъ это было хорошо видно въ случаѣ *Расенцева* («*Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней*», 1887, стр. 106), обуславливаетъ дѣйствительно устраненіе выпаденія матки, но не устраняетъ вполнѣ выпаденія влагалища, такъ что требуетъ, какъ дополнительныхъ операцій, еще производства *colporrhaphiae anterioris* и *colporrhaphiae posterioris*. Операція укороченія круглыхъ связокъ и въ этихъ случаяхъ не всегда можетъ быть произведена, точно такъ-же, какъ мы это видѣли и при исправленіи перегибовъ матки назадъ (см. стр. 357), благодаря тому, что анатомическія особенности круглыхъ маточныхъ связокъ далеко не всегда одинаковы, и иногда не только *sub operatiōne*, но и на трупѣ, концы ихъ не могутъ быть найдены, такъ что операція *volens-volens* должна остаться неоконченною.

Попытки искусственной фиксаціи выпадающей матки къ передней брюшной стѣнкѣ, путемъ производства чревосѣченія и шиванія въ рану области дна матки, даютъ только временное устраненіе выпаденія. Первое время послѣ операціи матка дѣйствительно весьма прочно фиксирована; но уже весьма скоро сращенія ея съ передней брюшной стѣнкой ослабѣваютъ, растягиваются и, наконецъ, вполнѣ исчезаютъ, и матка смѣщается снова книзу. Въ виду этого производство лапаротоміи для этой цѣли едва-ли можетъ считаться показаннымъ. Но пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ представляется, если и не показаннымъ, то по крайней мѣрѣ позволненнымъ, какъ случайная операція, при производствѣ чревосѣченія по какому-нибудь другому поводу (фиброміомы матки, кисты яичника, кастрація и др.).

При осложненіи выпаденія матки злокачественными новообразованиями, какъ ея шейки, такъ и тѣла, показуется операція влагалищнаго вырѣзыванія матки, тѣмъ болѣе, что техника этой операціи въ данномъ случаѣ обыкновенно представляется болѣе простою и легкою. Нельзя не согласиться съ *Schröder*'омъ («*Handbuch*», 1886, стр. 208), что влагалищная экстирпація матки едва-ли можетъ считаться обуславливаемой существованіемъ только одного выпаденія; съ этою цѣлью она, однако, была произведена нѣсколькими операторами, но общаго распространенія все-таки не получила. При удаленіи всей матки у женщинъ съ непрекратившеюся еще менструаціею должны быть также удалены и яичники, т. е. произведена кастрація.

## 7) Выворотъ матки. (*Inversio uteri.*)

При болѣе или менѣе значительно увеличенной полости матки одна изъ ея стѣнокъ, подъ вліяніемъ какихъ бы то ни было моментовъ, можетъ представиться вдавленной снаружи внутрь

въ большей или меньшей степени (*impressio sive inversio uteri partialis*). Вдавление это, подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ или присоединяющихся новыхъ моментовъ, можетъ увеличиваться все болѣе и болѣе, и его самая низшая точка — достигать до внутренняго зѣва и, буде онъ достаточно расширенъ, проникать въ каналъ шейки и, проходя черезъ наружное отверстіе матки, помѣщаться во влагалищѣ, причемъ, конечно, само вдавление дѣлается все больше и больше, пока, наконецъ, оно не переходитъ въ полный выворотъ матки (*inversio uteri totalis*), такъ что матка представляется вывернутою на подобіе вывернутаго пальца перчатки, причемъ ея внутренняя поверхность принимаетъ положеніе наружной, а наружная — внутренней. Въ дальнѣйшемъ ходѣ процесса, при существованіи условій, способствующихъ также выпаденію, вѣрнѣе — вывороту влагалища, вся вывернувшаяся матка и влагалище могутъ помѣщаться внѣ полости таза и лежать передъ наружными половыми частями, — выпаденіе вывернувшейся матки (*prolapsus uteri inversi s. inversio uteri cum prolapsu*). Смотри по тому, въ которомъ изъ этихъ періодовъ развитія процесса намъ приходится наблюдать заболѣваніе, мы дѣлимъ *inversio uteri* на три степени: 1) вдавленіе или частичный выворотъ, когда вывернувшіяся части не заходятъ еще вполнѣ за наружное отверстіе матки; 2) полный выворотъ — когда все тѣло вывернувшейся матки помѣщается во влагалищѣ, и 3) выпаденіе вывернувшейся матки, — когда какъ матка, такъ и влагалище находятся въ состояніи выворота и помѣщаются передъ наружными половыми частями.

**Этіологія.** Такъ какъ главные условія для образованія выворота матки, какъ то: увеличеніе полости ея, истонченіе или вялость стѣнокъ, повышенное внутрибрюшное давленіе или влеченіе снизу, даны чаще всего тотчасъ послѣ родовъ, то и развитіе его наблюдается преимущественно въ послѣродовомъ періодѣ.

Условія развитія и картина болѣзни быстро происходящихъ пuerперальныхъ выворотовъ матки принадлежать къ области акушерства и разбираются подробно въ учебникахъ акушерства; наша же задача въ учебникѣ гинекологіи — разобрать только эти случаи въ ихъ послѣдовательномъ, дальнѣйшемъ теченіи, когда болѣзнь приняла уже характеръ хроническій; поэтому при разборѣ этіологіи выворота матки мы укажемъ только, что большая часть послѣродовыхъ выворотовъ, оставленныхъ безъ надлежащаго лѣченія, обыкновенно не вправляются сами собою. Вывернувшаяся матка, подвергаясь обратному послѣродовому развитію, нѣсколько замедляющемуся, уменьшается въ объемѣ и можетъ достигать размѣровъ даже весьма близкихъ къ нормальнымъ. Въ такомъ состояніи, имѣя матку въ состояніи *inversio*, больныя нерѣдко далеко не скоро обращаются за врачбною

помощью, и точный діагнозъ заболѣванія бываетъ иногда такимъ образомъ поставленъ, только спустя нѣсколько мѣсяцевъ или даже лѣтъ послѣ начала страданія.

Рѣже, чѣмъ послѣ родовъ, но гораздо чаще, чѣмъ думали прежде, выворотъ матки обусловливается присутствіемъ новообразованій въ ея стѣнкахъ, растущихъ по направленію въ полость матки. Къ такимъ новообразованіямъ относятся фиброміомы и саркомы, первыя несравненно чаще, чѣмъ послѣднія. Ростъ этихъ новообразованій даетъ поводъ къ увеличенію полости матки и весьма нерѣдко обусловливаетъ измѣненія въ подлежащей стѣнкѣ, благопріятствующія ея вдавленію. Извѣстно, что полипозныя образованія, помѣщающіяся въ полости матки, достигая извѣстной величины, могутъ быть подъ вліяніемъ сокращенія маточной мышцы рождены во влагалище; при этомъ, если ихъ ножка растяжима, и мѣсто ея прикрѣпленія къ стѣнкѣ не измѣнено, то мы не наблюдаемъ никакого измѣненія нормальной конфигураціи матки. Если же новообразование сидитъ на широкой ножкѣ, или даже развилось интерстиціально, и стѣнка матки на этомъ мѣстѣ истончена, или, вообще, ткани, входящія въ ея составъ, измѣнены, то при рожденіи новообразования во влагалище вслѣдъ за нимъ можетъ слѣдовать подлежащій измѣненный участокъ стѣнки матки, обусловливая сначала вдавленіе (*inversio partialis*), а затѣмъ и развитіе полнаго выворота, совершенно такъ-же, какъ это наблюдается тотчасъ послѣ родовъ, при потягиваніи за пуповину такъ называемаго приращеннаго дѣтскаго мѣста, въ случаяхъ отсутствія сокращенія (частичной атоніи) мѣста прикрѣпленія плаценты.

Опухоли, сидящія у дна матки, особенно часто даютъ поводъ при своемъ рожденіи къ развитію полнаго выворота. Частичные вывороты — вдавленія — наблюдаются большею частью при опухляхъ, развивающихся внутрестѣнно, достигающихъ болѣе значительныхъ размѣровъ и имѣющихъ своею исходною точкою область внутренняго отверстія въ его задней половинѣ. Эти опухоли уже однимъ своимъ ростомъ скорѣе и легче вызываютъ растяженіе канала шейки, такъ что въ извѣстный періодъ ихъ развитія достаточно бываетъ относительно незначительныхъ сокращеній матки, чтобы изгнать ихъ въ полость влагалища, давая при этомъ поводъ къ образованію частичнаго выворота въ области задней стѣнки матки у внутренняго отверстія, при чемъ полость матки выше этого мѣста можетъ представляться относительно только незначительно измѣненною.

Во время операций вылуценія значительныхъ размѣровъ интерстиціальнаго міомъ изъ полости матки *per vias naturales* наблюдались уже случаи развитія выворота истонченной стѣнки матки тотчасъ за удаленіемъ опухоли.

**Анатомія.** Анатомически мы должны еще строже, чѣмъ съ

этіологической точки зрѣнія, различать двѣ формы выворота матки: 1) *inversio* матки, не представляющей въ своихъ стѣнках развитія новообразованій, и 2) случаи, въ которыхъ можетъ быть констатировано присутствіе опухолей въ стѣнкахъ дна тѣла, или верхняго отрѣзка шейки матки.

Къ первой категоріи относятся вывороты, ведущіе свое начало тотчасъ послѣ родовъ и попадающіе подъ наблюденіе гинеколога уже въ своемъ хроническомъ теченіи. *Inversio uteri puerperalis inveterata* встрѣчается обыкновенно, какъ выворотъ второй степени, и гораздо рѣже — третьей. Обыкновенно мы находимъ вывернувшіяся дно и тѣло матки лежащими во влагалищѣ въ формѣ опухоли величиною отъ грецкаго орѣха до не-

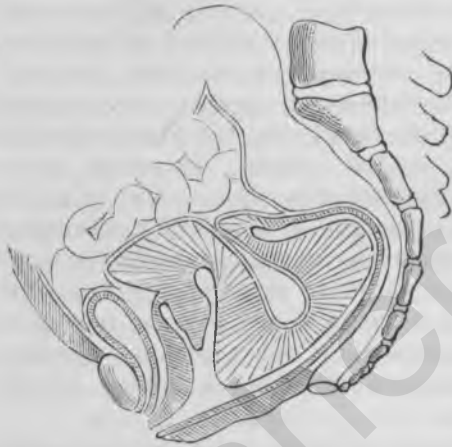


Рис. 201. (W. A. Freund. «Zur Pathologie u. Therapie der veralteten *inversio uteri puerperalis* etc.», Breslau—1870, стр. 20.)

большого яблока (рис. 201). Нерѣдко размѣры ея увеличены вслѣдствіе значительнаго кровопереполненія сосудовъ стѣнокъ ея и хроническихъ воспалительныхъ процессовъ (*metritis chronica*). Опухоль имѣетъ слегка грушевидную форму, болѣе узкимъ своимъ концомъ обращенную кверху и входящую въ наружное отверстіе влагалищной части, края котораго довольно плотно обхватываютъ ее со всѣхъ сторонъ. Иногда на этой опухоли, на ея нижней части можно весьма хорошо видѣть два углубленія, располагающіяся по ея сторонамъ симметрично. Введенный самый тонкій эластическій зондъ указываетъ, что эти углубленія суть отверстія Фаллопиевыхъ трубъ (*ostia uterina tub. Fallop.*). Влагалищная часть хорошо выражена, и своды влагалища не изглажены. Каналь шейки на извѣстномъ протяженіи сохраненъ, иногда даже вплоть до внутренняго отверстія; большею частью длина его неравномѣрна, и онъ спереди представляется болѣе глубокимъ, чѣмъ сзади. Наружная поверхность опухоли, образованной вывернушеюся маткою, покрыта слизистой оболочкою полости тѣла матки, представляющей значительныя измѣненія воспалительнаго характера: она утолщена, сочна, красна, легко кровоточитъ при самой незначительной травмѣ. Подъ микроскопомъ мы видимъ, что она лишена покрывающаго ее цилиндрическаго эпителия, и вся толща ея занята грануляціонною тканью;

маточныя железы сохранились только мѣстами въ незначительномъ количествѣ и въ самыхъ поверхностныхъ слояхъ совсѣмъ не встрѣчаются; въ болѣе же глубокихъ, на границѣ съ мышечною тканью и даже между пучками этой послѣдней могутъ быть найдены донышки железъ, и то въ незначительномъ количествѣ. Въ рыхлой, молодой, грануляціонной ткани, занимающей мѣсто слизистой оболочки, встрѣчаются многочисленные кровеносные сосуды съ весьма тонкими стѣнками. На поверхности измененной такимъ образомъ слизистой оболочки (*endometritis interstitialis*) нерѣдко наблюдается разрощеніе ворсинчатыхъ образований, придающихъ поверхности бархатистый видъ; ворсинки состоятъ изъ той-же молодой грануляціонной ткани (*endometritis villosa*).

Образовавшаяся вслѣдствіе выворота воронкообразная полость въ срединѣ опухоли вывернувшейся матки соединяется съ полостью брюшины отверстіемъ незначительной величины, такъ что воронка представляется своимъ узкимъ концомъ обращенною кверху. Въ этой воронкѣ, стѣнки которой образованы бывшими наружными стѣнками дна и тѣла матки, помѣщаются части обѣихъ трубъ, *ligg. lata, rotunda et ligg. ovarii*, иногда и яичники. Кишечныхъ петель она не содержитъ никогда, какъ по причинѣ своей незначительной вмѣстимости, такъ и по незначительности величины отверстія, сообщающаго ее съ полостью брюшины. Въ случаяхъ же свѣжихъ, только что происшедшихъ, тотчасъ послѣ родовъ, въ этой полости, имѣющей гораздо большіе размѣры, наблюдалось присутствіе петель тонкой кишки (*Gérard de Beauvais*, въ «*Bullet. de l'Académie de médecine*», *Paris, 1843, m. VIII, emp. 672*). Не смотря на весьма долгое существованіе выворота матки и многочисленныя травматическія вліянія, которымъ подвергается вывернувшаяся матка, воспаленіе брюшины, выстилающей воронкообразную полость, встрѣчается только весьма рѣдко, и развитіе ложныхъ перепонокъ, обуславливающихъ сращеніе стѣнокъ этой полости, наблюдалось исключительно рѣдко; также рѣдко приходится наблюдать сращенія вывернувшейся части матки со стѣнками влагалища.

Какъ уже было сказано, *inversio uteri* третьей степени встрѣчается гораздо рѣже; при ней вывернувшаяся матка выпадаетъ, увлекаетъ за собою влагалище, и, какъ при пролапсѣ, вывернувшаяся матка и влагалище помѣщаются передъ наружными половыми частями. Въ этихъ случаяхъ выворотъ матки бываетъ нерѣдко на столько полнымъ, что не только каналъ шейки совершенно выворачивается, но и влагалищная часть на столько сглаживается, что представляется только въ видѣ едва замѣтнаго валика, окружающаго всю выпавшую опухоль на мѣстѣ перехода матки во влагалище. Послѣднее представляется въ состояніи своего выворота совершенно та-

кимъ же, какъ мы это уже видѣли при изученіи prolapsus uteri et vaginae (страницы 70 и 366). Слизистая оболочка матки, покрывающая наружную поверхность выпавшей опухолью вывороченной матки, при еще недолгомъ существованіи пролапса представляетъ тѣ-же измѣненія, какъ при выворотахъ второй степени; съ теченіемъ же времени, въ случаяхъ болѣе застарѣлыхъ она представляетъ еще большія измѣненія, — такъ она теряетъ совершенно характеръ слизистой оболочки и представляется утолщенною и состоящею только изъ соединительной ткани, покрытой на поверхности многочисленнымъ плоскимъ эпителиемъ (*C. Ruge*, у *Schröder*'а въ «*Handbuch etc.*», 1886 г., стр. 212). Въ толщѣ выпавшихъ частей помѣщается дивертикулъ брюшины, достигающій до самой верхушки пролапса; онъ рѣзко раздѣленъ на часть, соответствующую маткѣ, — воронкообразная полость выворота ея, и на часть, соответствующую вывороту влагалища. Въ этомъ дивертикулѣ, кромѣ придатковъ матки, помѣщаются и кишечныя петли, занимающія только область соответствующую влагалищу, не заходя въ воронкообразную полость выворота матки.



Рис. 202

Вторую группу *inversionis uteri* представляютъ случаи, въ которыхъ выворотъ обусловился присутствіемъ опухоли въ стѣнкѣ матки. Опухоль можетъ помѣщаться или въ слизистой оболочкѣ, или въ толщѣ самой мышечной стѣнки матки и при этомъ—или имѣть форму полипа съ рѣзко выраженою ножкою, или же быть чисто интерстиціальною и, рождаясь черезъ наружный зѣвъ во влагалище, вытягивать за собою стѣнку матки, такъ что эта послѣдняя принимаетъ характеръ ножки, имѣя внутри себя вдавленіе брюшины частичнаго выворота. Прекрасный препаратъ, описанный *Mac Clintock*'омъ («*Clinical memoirs on diseases of women*», 1863, стр. 104) и изображенный на рис. 202, представляетъ весьма наглядно анатомическое отношеніе частей, наблюдающееся въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ этого рода. Препаратъ представляетъ разрѣзъ выпавшихъ вывернутыхъ матки (*u*) и влагалища (*v*); на днѣ матки сидитъ опухоль (*P*),

снабженная ясно опредѣленною ножкою; тѣло матки отдѣляется отъ влагалища только циркулярною, не особенно глубокою бороздою, *portio vaginalis* совершенно изглажена. Внутри выпавшихъ частей помѣщается полость, высланная брюшиною и заключающая въ себѣ трубы (*t*), связки (*l*) и яичники (*o*); въ верхней части этой полости помѣщалась петля тонкой кишки, такъ что, если бы была наложена лигатура для отнятія всей выпавшей опухоли, то петля эта непременно оказалась бы ущемленною.

Опухоли, помѣщающіяся болѣе глубоко въ толщѣ стѣнки матки, представляютъ уже нѣсколько иную картину, особенно если мѣсто ихъ развитія не дно матки, а участки, лежащіе ближе къ области внутренняго зѣва; тогда мы имѣемъ передъ собою образованіе, при быстромъ изслѣдованіи напоминающее собою полипъ, имѣющій хорошо выраженную ножку; но при болѣе подробномъ изслѣдованіи окажется, что передъ нами интерстиціальная фиброміома, мнимая ножка которой есть не что иное, какъ частично вывернувшаяся стѣнка матки (рис. 203). Для обозначенія этихъ формъ, классифицируя ихъ въ ряду фиброміомъ, мы уже давно употребляемъ названіе *fibromyoma uteri interstitialis polyposa*, желая этимъ выразить только кажущійся характеръ полипа подобной опухоли.

Извѣстныя смѣщенія внутреннихъ слоевъ стѣнки матки и слизистой оболочки полости, при развитіи интерстиціальнаго фиброміомъ, причѣмъ тѣло и дно матки не измѣняютъ своего положенія, какъ это представлено на рис. 204, *Kehrer* («*Beiträge zur Geb. u. Gyn.*», II, Heft. 3, 1887, стр. 293) выдѣляетъ въ особую группу выворота матки. Мы считаемъ цѣлесообразнѣе подобные случаи разбирать въ главѣ о фиброміомахъ матки и удержать въ названіи *inversio uteri* понятіе о выворотѣ всей толщи стѣнки вмѣстѣ съ брюшиною.

**Припадки.** Бурный комплексъ припадковъ, нерѣдко сопровождающій развитіе выворота матки въ концѣ родового акта, можетъ иногда совершенно отсутствовать, такъ что, какъ происхожденіе, такъ и переходъ въ хроническую форму случая *inversionis uteri puerperalis* можетъ пройти совершенно незамѣченнымъ. Конечно, это случаи исключительные. Большою же частью, по устраненіи коагуляса и сильнаго кровотеченія, большыя

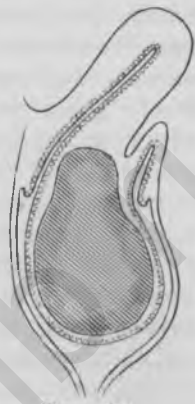


Рис. 203.



Рис. 204.



постепенно поправляются и вмѣстѣ съ оставшимся выворотомъ матки, перешедшимъ уже въ хроническую форму, представляютъ также сохранившимися болѣе или менѣе сильно выраженныя кровотеченія. Эти послѣднія, благодаря развивающимся измѣненіямъ слизистой оболочки вывернутой матки, легко наступаютъ подъ вліяніемъ весьма незначительной травмы (coitus etc.) и иногда, повидимому, безъ опредѣлимой причины. Рядомъ съ такими metrorrhagi'ями наблюдаются также и menorrhagi'и, — менструальное кровотеченіе весьма обильно и продолжается долго. Въ свободное отъ кровотеченій время, подъ вліяніемъ тѣхъ же измѣненій слизистой оболочки матки, больныя страдаютъ обильными бѣлями. Интенсивность кровотеченій и бѣлей обуславливаетъ для каждаго отдѣльнаго случая болшій или меньшій срокъ наступленія значительнаго истощенія больной. Въ относительно рѣдкихъ случаяхъ, благодаря болѣе значительному сокращенію шейки матки, вывернувшееся тѣло ея можетъ ущемиться, и мы имѣемъ тогда передъ собою картину частичной или полной гангрены всей вывернувшейся части матки.

При медленномъ развитіи *inversionis uteri*, подъ вліяніемъ выходящихъ изъ полости матки опухолей (полиповъ), обыкновенно не замѣчается никакихъ рѣзко выраженныхъ симптомовъ. Тѣ же кровотечения и бѣли, характерныя для полипа полости матки, продолжаются дольше и развѣ только иногда значительно усиливаются, благодаря тому, что полипъ помѣщается въ полости влагалища. Схваткообразныя боли внизу живота и боли въ крестцѣ не представляютъ также ничего характернаго, такъ какъ наблюдаются болѣе или менѣе сильно выраженными при рожденіи всякой опухоли изъ матки во влагалище. При быстромъ же развитіи выворота въ этихъ случаяхъ и особенно при выпаденіи вывороченной матки нерѣдко развиваются сильныя боли, тошнота, рвота, обмороки и коллапсъ.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** Находя при внутреннемъ изслѣдованіи во влагалищѣ опухоль грушевидной формы, своимъ болѣе узкимъ концомъ входящую въ *orificium externum*, мы должны всегда предполагать возможность существованія выворота матки, и только на основаніи точнаго объективнаго изслѣдованія, безъ всякой поспѣшности, мы можемъ поставить дифференціальный діагнозъ между полипомъ матки, родившимся во влагалище, и *inversio uteri*. Только этимъ путемъ возможно избѣгнуть печальныхъ случаевъ непредвидѣнной ампутаціи вывернувшейся матки вмѣсто полипа, случаевъ, такъ часто встрѣчавшихся въ еще сравнительно близкое къ намъ время.

При *inversio uteri completa*, послѣродовой или обусловленной находящимся на днѣ матки полипомъ, главною задачею нашею является констатировать отсутствіе тѣла и дна матки на присутствіи имъ мѣстѣ. Весьма нерѣдко одно только наружно-внут-

реннее изслѣдованіе укажетъ намъ уже это отсутствіе. При тонкихъ, разслабленныхъ брюшныхъ стѣнкахъ или при изслѣдованіи подь хлороформомъ, мы ясно убѣждаемся въ отсутствіи тѣла и дна матки, и на мѣстѣ ихъ прощупывается циркулярное вдавленіе или поперечная щель, ведущая въ полость, находящуюся въ центрѣ вывернувшагося органа. По бокамъ этого вдавленія или щели, весьма близко около него, хорошо прощупываются яичники. При недостаточной уступчивости или значительной толщинѣ брюшныхъ стѣнокъ, введеніе катетера въ мочевой пузырь и пальца въ прямую кишку бываетъ обыкновенно достаточно, чтобы опредѣлить отсутствіе тѣла матки на своемъ мѣстѣ; палецъ изъ прямой кишки можетъ иногда также ясно опредѣлить присутствіе сказаннаго вдавленія или щелеобразнаго отверстія на мѣстѣ тѣла матки.

Подтвержденіе только что полученныхъ результатовъ изслѣдованія мы находимъ въ примѣненіи маточнаго зонда. Зондъ, введенный въ *orif. externum*, проникаетъ только на незначительную глубину въ каналъ шейки матки, и, обводя его вокругъ всей опухоли, мы замѣчаемъ, что онъ нигдѣ не можетъ проникнуть на болѣе значительную глубину, которая соответствовала-бы длинѣ полости всей матки. Часто спереди зондъ проникаетъ нѣсколько глубже, чѣмъ сзади, такъ какъ полость канала шейки сзади обыкновенно выворачивается болѣе полно, чѣмъ спереди. Большая плотность уцѣлѣвшей, невывернувшейся части шейки матки спереди и присутствіе иногда воспалительныхъ измѣненій на этомъ мѣстѣ могутъ при быстромъ изслѣдованіи симулировать присутствіе тѣла и дна матки; дальнѣйшее же изслѣдованіе весьма скоро опредѣлитъ точное отношеніе частей. Захватывая опухоль пулевыми щипцами и оттягивая ее внизъ, мы обуславливаемъ еще болѣе полный выворотъ и, зондируя въ это же время длину полости канала шейки, замѣчаемъ все болѣе и болѣе уменьшающуюся его величину, причемъ иногда удается достигнуть полнаго его уничтоженія. Обнажая ложкообразными зеркалами опухоль вывернувшейся матки, мы можемъ иногда видѣть одно или оба отверстія Фаллопиевыхъ трубъ въ видѣ весьма незначительной величины щелевидныхъ углубленій; введеніе самаго тонкаго эластическаго зонда или даже простой щетины подтвердить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Наружная поверхность опухоли, покрытая измѣнившейся слизистою оболочкою полости матки, представляетъ тѣ же особенности, какъ и при полипозныхъ фиброміомахъ, родившихся во влагалище. Сдавливая между пальцами опухоль (или и при наложеніи пулевыхъ щипцовъ), иногда мы наблюдаемъ довольно значительную болѣзненность, рѣзко отличающую выворотъ отъ полипозныхъ фиброміомъ, не обладающихъ такого рода чувствительностью.

Гораздо болѣе труденъ діагнозъ при неполныхъ выворотахъ матки, обусловленныхъ присутствіемъ полипозныхъ образованийъ и внутривѣстныхъ фиброміомъ. Опухоли эти, рождающіяся во влагалище, оттягиваютъ за собою подлежащую часть стѣнки матки, изъ которой и образуется видимая, вѣрнѣе — осязаемая ножка опухоли. — Опухоли, имѣющія мѣстомъ своего развитія дно матки, обуславливая частичный выворотъ послѣдняго, представляютъ больше точныхъ данныхъ для опредѣленія выворота, такъ какъ углубленіе, образуемое инверзіей, можетъ быть легче прощупано, и величина всего тѣла матки рѣзче представляется уменьшенной. — Опухоли-же, развивающіяся въ стѣнкѣ матки въ области внутренняго зѣва, рождающіяся во влагалище и вытягивая въ формѣ ножки подлежащую часть стѣнки, весьма легко могутъ быть приняты за обыкновенные полипы, какъ это особенно рѣзко наблюдалось въ случаѣ *Werth'a* («*Arch. f. Gynaek.*», 22, 1884, стр. 70), отрѣзавшаго опухоль ножницами, вскрывшаго при этомъ брюшину и получившаго столь значительное и неостановимое кровотеченіе, что пришлось произвести тотчасъ-же влагалищную экстирпацію всей матки. — Изслѣдуя точно эти опухоли и имѣя въ виду возможность присутствія частичной инверзіи стѣнки матки въ области внутренняго зѣва, мы всегда можемъ наблюдать извѣстные данныя, указывающія на такого рода выворотъ. Опухоль имѣетъ ножку относительно широкою, толстую; она мягче, чѣмъ сама опухоль, цвѣтъ ея болѣе темно-красный; полость матки нѣсколько уменьшена, и все тѣло перергнуто на сторону вывернувшейся стѣнки. Вдавленія на мѣстѣ выворота опредѣлить не удается: стѣнки прилежатъ весьма близко другъ къ другу, и образуемая ими щель не поддается прощупыванію.

*Prolapsus uteri inversi* съ полнымъ выворотомъ влагалища при методахъ изслѣдованія настоящаго времени едва ли можетъ быть смѣшиваемъ съ простымъ *prolapsus uteri completus*. Отсутствіе матки на соответствующемъ ей мѣстѣ при выпаденіяхъ удается опредѣлить еще легче, чѣмъ при выворотахъ матки, не выходящихъ еще изъ влагалища.

**Теченіе и предсказаніе.** Самопроизвольное вправленіе вывороченной матки въ случаяхъ пuerперальной инверзіи, сдѣлавшихся уже хроническими, наблюдается крайне рѣдко; достоверно извѣстно только нѣсколько подобныхъ случаевъ. Теченіе болѣзни продолжительно, считается мѣсяцами, годами и иногда десятками лѣтъ. Прогнозъ, благодаря существующимъ кровотеченіямъ, неблагоприятенъ; лѣченіе необходимо. Съ другой стороны, результаты лѣченія весьма удовлетворительны; наблюдалось, что искусственно вправленные матки впоследствии забеременѣвали и рожали въ срокъ.

**Лѣченіе.** Задачей раціональнаго лѣченія при *inversio uteri*

puerperalis представляется — возстановить нормальное положеніе матки, и только въ случаяхъ, когда существуетъ полная невозможность достигъ исправленія положенія, мы можемъ думать объ устраненіи припадковъ, вызываемыхъ страданіемъ. — Возстановленія нормальнаго положенія при вывороченной маткѣ мы достигаемъ вправленіемъ ея; какъ показываетъ опытъ, оно въ громадномъ большинствѣ случаевъ вполне достигается цѣли, и только случаи рѣдкіе, исключительные требуютъ другихъ методовъ лѣченія. Вправление удается на столько часто и совершенно, что *J. H. Aveling* («*On inversio of the uterus*». London, 1886, стр. 21), испробовавшій его успѣшно на 11 случаяхъ, считаетъ всѣ остальные методы лѣченія уже пережившими свое время.

Методы вправленія могутъ быть раздѣлены на ручные, инструментальные и кровавые. Ручное вправленіе удается всегда и легко въ свѣжихъ, только что состоявшихся выворотахъ матки послѣ родовъ; при переходѣ же ихъ въ хроническое состояніе оно въ большей части случаевъ не даетъ успѣшнаго результата. Техника производства его состоитъ въ томъ, что мы стараемся пальцами или всею рукою производить давленіе на вывернувшуюся часть и такимъ образомъ провести ее снова кверху черезъ кольцо шейки матки. Въ хроническихъ случаяхъ для производства вправленія необходимо примѣненіе наркоза, такъ какъ манипуляціи наши при этомъ интенсивно болѣзненны, и кромѣ того, благодаря ему, мы приобретаемъ расслабленіе брюшныхъ стѣнокъ. Введя руку во влагалище, мы пытаемся сначала вправить вывернувшуюся часть давленіемъ на дно матки, центрально, или же на одну изъ областей вхожденія Фаллопиевыхъ трубъ. Но обыкновенно этимъ путемъ вправленіе не удается; тогда, захватывая всю выпавшую часть всею рукою, мы производимъ давленіе на дно матки ладонью; пальцами же, войдя въ шейку матки, мы стараемся, на сколько можно, расширить каналъ ея и въ то же время верхушками пальцевъ пробуемъ вдавливать глубже мѣсто перехода выпавшей части въ сохранившіяся еще *in situ* стѣнки нижняго отрѣзка матки или шейки ея; иногда, производя это вдавленіе болѣе усиленно только въ одномъ мѣстѣ однимъ пальцемъ, удается получить начало вправленія. При всѣхъ этихъ манипуляціяхъ, кольцо уцѣлѣвшей еще *in situ* шейки матки должно быть фиксировано, во избѣжаніе могущаго получиться частичнаго отрыва матки отъ влагалища. Фиксацію мы производимъ или черезъ брюшныя стѣнки помощью другой руки, какъ это обыкновенно дѣлается при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, или же фиксируемъ влагалищную часть, продѣвая черезъ нее шелковья, достаточно толстыя лигатуры, или же накладываемъ на нее пулевые или Мюзеевскіе щипцы. — Кромѣ только что сказаннаго расширенія шейки матки изъ влагалища, въ случаѣ не-

успѣшности его, мы, прежде чѣмъ перейти къ попыткамъ кровавыхъ операцій, можемъ еще испробовать расширение отверстія воронкообразной полости выпавшей части со стороны брюшной полости. Введя палецъ въ гестум или также одновременно палецъ другой руки въ мочевою пузырь и заходя ими въ сказанное воронкообразное отверстіе, намъ удастся иногда на столько достаточно растянуть его, что, производя въ то же время давленіе большими пальцами обѣихъ рукъ на выпавшую часть, мы легко достигаемъ вправленія вывороченной матки.

Только-что приведенные приемы ручного вправленія въ застарѣлыхъ случаяхъ *inversionis uteri* только рѣдко достигаютъ цѣли, и мы, прежде чѣмъ переходить къ кровавымъ манипуляціямъ, обязательно должны примѣнить инструментальное вправленіе, дающее въ большинствѣ случаевъ, казавшихся уже почти безнадежными, еще полное излѣченіе. При инструментальномъ вправленіи примѣняются кольпейринтеръ или особые для этой цѣли назначенные инструменты — репозиторы. Кольпейринтеръ — мягкій каучуковый баллонъ, легко растягивающійся воздухомъ или водою — вводится во влагалище на болѣе продолжительное время. Передъ введеніемъ его влагалище обеззараживается инъекціями изъ суммы (1 : 1000), обсыпается порошкомъ іодоформа помощью особаго распылителя, и затѣмъ уже вводится въ сжатомъ видѣ кольпейринтеръ. Входная его трубка соединяется съ кружкой Эсмарха, наполненною водою, такъ что, смотря по высотѣ стоянія кружки, мы можемъ болѣе или менѣе значительно растягивать его водою. Вложенный такимъ образомъ кольпейринтеръ можетъ смѣло лежать сутки, причемъ maximum его растяженія примѣняется только временно, черезъ извѣстныя промежутки (2—3 часа) и не надолго ( $\frac{1}{2}$  часа), иначе результатомъ сильнаго продолжительнаго давленія могутъ развиваться мѣстныя омертвенія на слизистой оболочкѣ вывороченной матки. Примѣненіе кольпейринтера въ теченіе недѣли, а иногда и болѣе обуславливаетъ нерѣдко полное вправленіе матки. *Н. Ф. Толочиновъ* («*Врачебныя Вѣдомости*», 1882, № 522) наблюдалъ полное излѣченіе, наступившее въ теченіе недѣли, благодаря примѣненію только кольпейринтера, безъ всякихъ попытокъ къ вправленію другими манипуляціями.

Въ случаѣ уже долгаго примѣненія этого способа и его полной неудачи, въ виду успѣха, полученнаго *Aveling*'омъ (*l. c.*), мы переходимъ къ примѣненію репозитора. Инструментъ подобнаго рода былъ предложенъ еще въ 1674 году *Viardel*'емъ (цит. у *Denucé*. «*Traité clinique de l'inversion utérine*», 1883, *comp.* 311) и состоялъ изъ прямого стержня съ шарообразнымъ утолщеніемъ на одномъ концѣ. Какъ направленіе стержня, такъ и форма конечнаго утолщенія подвергались многочисленнымъ измѣненіямъ. Лучшимъ изъ инструментовъ этого рода можетъ считаться репозиторъ *Aveling*'а.

Методъ его примѣненія и дѣйствія изображенъ на прилагаемомъ рисункѣ (рис. 205). Производимое имъ ностоянное давленіе на вывороченную часть матки, благодаря эластическимъ тесьмамъ (*b. c.*), которыми онъ удерживается *in situ*, по свидѣтельству *Aveling'a*, бываетъ всегда достаточно, чтобы обусловить полное вправленіе.

Къ кровавымъ приѣмамъ вправленія мы относимъ тѣ, при которыхъ для расширенія кольца суженія примѣняются нарушенія цѣлости тканей шейки матки или ея тѣла, или же, чтобы достигнуть возможности расширить воронкообразное отверстіе со стороны полости брюшины, требуется производство вскрытія передней брюшной стѣнки.

Какъ при ручномъ вправленіи, такъ и при инструментальномъ для болѣе успѣшнаго хода вправленія производили или уменьшеніе увеличенной въ объемѣ вывороченной части матки вдольными разрѣзами, проникающими всю толщю слизистой оболочки и захватывающими часть мышечной стѣнки, или же старались расширить кольцо суженія, производя нѣсколько разрѣзовъ стѣнокъ шейки матки. Но примѣненіе такого рода надрѣзовъ уже во многихъ случаяхъ оказалось мало способствующимъ успѣшному вправленію матки, и въ настоящее время они почти совершенно вышли изъ употребленія.

Методъ вправленія путемъ непосредственнаго расширенія воронкообразнаго отверстія со стороны брюшной полости при помощи предварительнаго чревосѣченія принадлежит *Guillard Thomas'u*. Отверстіе расширяется или просто пальцами, или же специально къ тому приспособленными металлическими расширителями, или же расширителемъ, употребляющимся для растяженія пальцевъ перчатки (*Malins*). Вправленіе этимъ путемъ удается иногда легко (*Schmalfluss-Schede. «Abblatt f. Gyn.»*, 1886, стр. 746), иногда же весьма трудно, а въ одномъ случаѣ не могло быть произведено вовсе (*Malins. «Lancet»*, 1885, II, стр. 801). Чревосѣченіе, производимое съ цѣлью вправленія

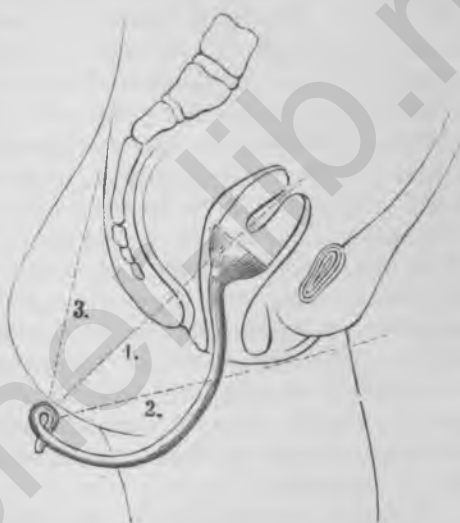


Рис. 205. Репозиторъ *Aveling'a* *in situ*. 1. линія направленія давленія, производимаго инструментомъ. 2 и 3. линіи, по которымъ тянуть эластическіе шнуры укрѣпляющіе инструментъ *in situ*.

~~inversionis uteri, не можетъ и до сихъ поръ еще считаться методомъ, заслуживающимъ подражанія, и является показаннымъ только въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ; такъ, напр., Schede и Schmalfluss (l. c.) произвели его и вправили легко матку черезъ десять дней послѣ родовъ въслѣдствіе того, что ручные приемы вправленія казались болѣе опасными, благодаря дряблости стѣнокъ вывернувшейся матки при начинающейся, быть можетъ, уже гангренѣ ихъ.~~

При попыткахъ вправленія ручными приемами удастся иногда на столько вправить выворотившуюся часть, что нижній отрѣзокъ ея помѣщается на уровнѣ наружнаго зѣва, дальнѣйшее же вправленіе не удастся, и тотчасъ же по удаленіи фиксирующаго пальца она снова занимаетъ свое первоначальное положеніе во влагалищѣ. Съ цѣлью удержать in statu quo этотъ частичный успѣхъ вправленія было производимо наложеніе швовъ на наружное отверстие матки, такъ что образовывалась искусственная преграда, не позволявшая маткѣ вывернуться во влагалище. Швы накладывались спереди назадъ, съ передней на заднюю губу, и захваченныя ими части стягивались вмѣстѣ на столько, на сколько позволяло помѣщающееся на уровнѣ orificiі externi дно матки. Эта операція частичнаго или полнаго временнаго зашиванія наружнаго отверстия матки (*hysteroecleysis temporaria partialis* или *totalis*) въ нѣсколькихъ случаяхъ дала вполнѣ удовлетворительный результатъ: по снятіи швовъ черезъ 3—5 дней не только частичный успѣхъ вправленія былъ налицо, но иногда подъ давленіемъ швовъ вправленіе совершалось постепенно далѣе, и матка была находима въ своемъ нормальномъ положеніи.

Произведя какими-бы то ни было приемами полное вправленіе матки, иногда можно опасаться, чтобы она снова не вывернулась тотчасъ же, или вскорѣ по прекращеніи нашихъ манипуляцій. Для устраненія этой случайности вполнѣ цѣлесообразно воспользоваться внутриматочнымъ тампономъ изъ полосокъ іодоформированной марли. Такой тампонъ смѣло можетъ лежать въ маткѣ однѣ и даже двое сутокъ, не вызывая никакихъ неприятныхъ припадковъ.

Какъ мы уже видѣли, только въ относительно рѣдкихъ случаяхъ повторныя, продолжительныя попытки вправленія не приносятъ надлежащаго успѣха. Благодаря присутствію стойкихъ сращеній со стороны брюшины или значительныхъ измѣненій, имѣвшихъ мѣсто въ тканяхъ маточной стѣнки на мѣстѣ перерыва, вправленіе никакими приемами достигнуто быть не можетъ, и намъ остается еще только одинъ надежный путь избавить больную отъ ея припадковъ — путь оперативный, состоящій въ удаленіи, ампутаціи вывернувшейся части матки. Много было предлагаемо методовъ для ампутаціи матки въ подобныхъ слу-

чаяхъ. Такіе методы, какъ наложеніе шелковой или льняной лигатуры на основаніе опухоли выворота, отщепленіе ея экразеромъ или отжиганіе гальванокаустической петлей, отошли уже въ область исторіи. При употребленіи лигатуры, какъ это видно даже въ относительно благопріятныхъ случаяхъ, приводимыхъ *Водянымъ* («*Медицинское Обозрѣніе*», 1880, XIII, стр. 590) изъ клиники проф. *Матѣева* въ Кіевѣ, весьма часто развивались септическія явленія. Экразеръ и гальванокаустическая петля извѣстны своими кровотечениями и летальными перитонитами; какъ образецъ примѣненія экразера можетъ служить случай, описанный *Р. К. Бредовымъ* («*St. Petersburger Medicinische Zeitschrift*», 1864, VI, стр. 377) изъ клиники проф. *А. Я. Крассовскаго*, кончившійся летально отъ peritonitis universalis.

Въ настоящее время, при примѣненіи антисептики и болѣе совершенной техники, могутъ быть допустимы два способа операціи удаленія вывернувшейся части матки, вполне гарантирующіе насъ отъ двухъ кардинальныхъ опасностей операціи — кровотечения и реинверсии. Если матка можетъ быть хорошо низведена и поле операціи вполне доступно, то слѣдуетъ поступать слѣдующимъ образомъ: на мѣсто перехода вывернувшихся эластическій жгутъ; будучи наложенъ достаточно крѣпко, онъ обыкновенно не соскальзываетъ, и поэтому особенныхъ приѣмовъ для его фиксированія не требуется; затѣмъ, отступя на 1,0 см. или нѣсколько болѣе ниже его, матка отрѣзается скальпелемъ или ножницами, причемъ разрѣзъ ведется такъ, чтобы получилась конусообразная ампутація, верхушкой обращенная кверху. Поверхность разрѣза зашивается по общимъ правиламъ проникающихъ ранъ стѣнки матки, этажнымъ швомъ, причемъ на брюшину предварительно накладывается нѣсколько отдѣльныхъ швовъ изъ кѣтгута, или лучше — изъ тонкаго шелка; при этомъ необходимо быть увѣреннымъ, что перерѣзанныя связки попали также въ шовъ. Эластическій жгутъ снимается, и влагалище выполняется іодоформированною марлею. Заживленіе получается полное, и если швы были наложены достаточно тщательно, то не предвидится никакой опасности со стороны возможности расхожденія раны и выворота поверхности разрѣза въ полость брюшины. — Въ случаяхъ непримѣнимости этого способа операціи, вслѣдствіе недостаточной доступности поля операціи или по другимъ какимъ-либо причинамъ, можно также точно достигъ полного удаленія вывернувшейся части матки помощью наложенія эластической лигатуры (жгута) и послѣдовательной ампутаціи матки съ оставленіемъ жгута на культѣ. Наложивъ на сколько возможно крѣпко жгутъ, мы отрѣзаемъ матку на 2,0 см. ниже его и затѣмъ, будучи увѣрены въ прочности жгута и его несоскальзываніи, мы оставляемъ его *in situ* и стараемся только



хорошо дезинфицировать (сѹлема, іодоформъ) оставшуюся культу. Недѣли черезъ двѣ эластическая лигатура отпадаетъ вмѣстѣ съ культурой, и на мѣстѣ ея получается прочное сращеніе, такъ что опасность реинверсии представляется устраненною. *Kaltenbach (Hegar und Kaltenbach, l. c., 2 издание, 1886, стр. 579)* изъ пущей предосторожности накладываетъ нѣсколько швовъ на культу на случай, если бы эластическая лигатура почему бы то ни было соскользнула.

Весьма рѣдкіе случаи выворота матки, въ которыхъ вправленіе не удается, и операція ампутаціи вывернувшейся части матки почему бы то ни было произведена быть не можетъ, а продолжающіяся кровотечения изнуряютъ больную, могутъ потребовать лѣченія, направленного къ тому, чтобы превратить всю кровоточащую поверхность измѣненной слизистой оболочки въ плотную соединительную ткань весьма бѣдную сосудами. Этого мы можемъ достигнуть повторными прижиганіями ѣдкимъ кали, азотной кислотой, полуторахлористымъ желѣзомъ, а лучше всего каленымъ желѣзомъ аппарата *Paquelin'a*. Конечно, всѣ эти прижиганія должны быть производимы съ извѣстною осторожностью, чтобы не прижигать здоровыхъ мѣстъ; результатомъ ихъ удается получать поверхность, похожую на кожу, покрытую многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ.

При существованіи *inversionis uteri*, обусловленной присутствіемъ опухоли, первымъ показаніемъ при лѣченіи является, конечно, удаленіе этой опухоли. Фиброміомы, сидящія на ножкѣ, отрѣзаются обычнымъ путемъ, причемъ никогда не лишне отрѣзать ихъ, наложивъ предварительную эластическую лигатуру, на случай могущей быть ошибки въ опредѣленіи того, на сколько глубоко заходитъ брюшина въ ножку такой опухоли. Опухоли, сидящія на широкомъ основаніи, также, послѣ предварительнаго наложенія эластической лигатуры, должны быть вылушаемы, ибо въ такихъ случаяхъ обыкновенно оказывается, что передъ нами интерстиціальная фиброміома. Разрѣзавъ скальпелемъ капсулу и вылушивъ пальцами или тупымъ инструментомъ опухоль, излишекъ капсулы отрѣзывается, и на полученную рану накладываются въ достаточномъ количествѣ швы, послѣ чего эластическая лигатура (жгутъ) можетъ быть снята. Если бы почему-либо снятіе жгута представлялось опаснымъ или неудобнымъ, то онъ можетъ быть оставленъ *in situ*, а культура ножки опухоли должна быть обеззаражена. Отпаденіе ея происходитъ въ концѣ второй или на третей недѣлѣ послѣ операціи. Примѣняемая нами постоянно дезинфекція культуры и полового канала гарантируетъ вполне отъ возможности развитія септическихъ явленій. По удаленіи опухоли, вправленіе матки происходитъ или само собою, или же поддается легко ручнымъ или инструментальнымъ приемамъ вправленія. Если опухоль, обусловившая

выворотъ, относится къ злокачественнымъ (саркома, ракъ), то рациональнѣе предпринять ампутацію всей вывернувшейся части матки вмѣстѣ съ опухолью, чѣмъ ограничиться только удаленіемъ самого новообразованія.

### 8) Смѣщенія матки.

Къ неправильнымъ положеніямъ матки мы относимъ также смѣщенія ея *in toto* съ ея нормальнаго мѣстонахожденія; смѣщенія ея книзу уже были нами разобраны въ главѣ о выпаденіи матки, такъ что намъ остается еще указать на смѣщенія ея кверху, кпереди, кзади и въ стороны, равно какъ и смѣщенія ея въ грыжевые мѣшки.

а) Смѣщеніе матки впередъ (*antepositio uteri*) обуславливается или различнаго рода опухолями и опухолевидными образованіями, помѣщающимися сзади матки, или приращеніями ея кпереди и измѣненіями въ предматочной и околопузырной соединительной ткани. Значительное смѣщеніе матки впередъ наблюдается, какъ явленіе еще физиологическое, при чрезмѣрныхъ переполненіяхъ каловыми массаами прямой кишки. Стационарнымъ оно представляется при опухоляхъ, исходящихъ изъ крестца (*meningocele sacralis anterior*) и изъ крестцово-подвздошнаго сочлененія (остеофибромы, саркомы и др.); значительной величины опухоли прямой кишки (раки) также смѣщаютъ матку *in toto* кпереди. Различнаго рода инкапсулированныя скопленія жидкости въ Дугласовомъ пространствѣ и опухоли, развивающіяся въ этомъ мѣстѣ, также имѣютъ своимъ послѣдствіемъ *antepositio uteri*; сюда относятся *haematocele retrouterina*, инкапсулированные экссудаты, *graviditas abdominalis retrouterina*, узлы новообразованія брюшины (ракъ, саркома) и опухоли яичниковъ, помѣщающіяся и приросшія въ *excavatio recto-uterina*. Большой величины ретро-цервикальныя фибромы и упомянутыя опухоли, исходящія изъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, обуславливаютъ обыкновенно вмѣстѣ съ смѣщеніемъ матки впередъ также значительное смѣщеніе ея вверхъ (*elevatio uteri*). Смѣщеніе матки впередъ вслѣдствіе хроническихъ воспалительныхъ процессовъ въ предматочной клѣтчаткѣ, вызывающихъ сморщиваніе послѣдней, ограничивается обыкновенно только смѣщеніемъ шейки ея, тѣло же и дно, какъ мы уже видѣли выше (см. стр. 332), отклоняются при этомъ назадъ, и только въ случаяхъ приращенія одного изъ угловъ матки спереди получается чистая *antepositio uteri*. При измѣненіяхъ околопузырной клѣтчатки и дна мочевого пузыря послѣ гангренозныхъ послѣродовыхъ формъ воспаленія, связанныхъ съ образованіемъ обширныхъ влагалищно-пузырныхъ свищей, наблюдается нерѣдко также значительное смѣщеніе матки кпереди.

б) Смѣщеніе матки назадъ (*retropositio uteri*), развивающееся, какъ физиологическое явленіе, при чрезмѣрномъ переполненіи мочевого пузыря, представляется намъ патологическимъ, стационарнымъ при плотныхъ и обширныхъ приращеніяхъ тѣла и дна матки въ Дугласовомъ пространствѣ, при совмѣстномъ сморщиваніи заматочной клѣтчатки и укороченіи *ligg. sacro-uterina*. Такого рода смѣщеніе кзади наблюдается иногда, какъ исходъ заматочныхъ пери-параметритовъ и *haematocele retro-uterina*. Рѣже *retropositio* матки встрѣчается, какъ слѣдствіе развитія опухолей въ мочевомъ пузырьѣ или передней стѣнкѣ тазового кольца, также и при кистахъ яичника значительной величины, помѣщающихся въ *excavatio vesico-uterina*.

в) *Lateropositio uteri* — смѣщеніе матки въ одну изъ сторонъ, вправо (*dextropositio*) или влѣво (*sinistropositio*) — приходится наблюдать относительно нерѣдко, какъ явленіе врожденное, причемъ кромѣ короткости одной изъ широкихъ связокъ всегда также укорочены *tuba Fallopii* и *lig. ovarii* соответственной стороны. Такое одностороннее укороченіе всѣхъ придатковъ матки совершенно справедливо, какъ это замѣчаетъ *Winckel*, указываетъ на врожденный недостатокъ развитія одного изъ Мюллеровыхъ ходовъ въ области, соответствующей Фаллопиевой трубѣ. Кромѣ такого врожденнаго смѣщенія матки въ сторону, мы видимъ, что воспалительные процессы и новообразованія въ одной изъ широкихъ связокъ обуславливаютъ рѣзкую *dextro-positionem* или *sinistro-positionem uteri*. Острые параметриты смѣщаютъ матку въ противоположную отъ своего мѣстонахожденія сторону; дѣлаясь же хроническими, въ періодѣ ретракціи ткани, они притягиваютъ ее къ стѣнкѣ таза той половины, гдѣ они сами развивались. Интралигаментарныя кисты и фиброміомы, равно какъ и пузыри эхинококковъ болѣе значительной величины, кромѣ смѣщенія въ противоположную сторону смѣщаютъ матку одновременно также и кверху.

г) *Elevatio uteri* — смѣщеніе матки кверху, когда она помѣщается надъ малымъ тазомъ, зависитъ также отъ различныхъ причинъ. Сращенія дна и тѣла ложными перепонками съ передней брюшной стѣнкой, ведущія свое начало изъ беременности или послѣродового періода, или же представляющіяся какъ результатъ операцій, связанныхъ съ чревосѣченіемъ, смѣщаютъ матку кверху на относительно не особенно долгое время, такъ какъ мало-по-малу они растягиваются, ложныя перепонки, истончаясь, разрываются, и матка снова занимаетъ свое обычное мѣсто. Подъ влияніемъ развитія фиброміомъ въ стѣнкахъ матки, послѣдняя на столько можетъ быть приподнята кверху, что при внутреннемъ изслѣдованіи влагалитная часть едва можетъ быть достигнута; при этомъ шейка матки значительно растягивается, а стѣнки ея или, что рѣже, остаются нормальной толщины (гипертрофія), или же

значительно истончаются и даже до такой степени, что можетъ произойти полное обособленіе тѣла матки отъ ея влагалищной части. Скопленіе крови во влагалищѣ (haemotocolpos), какъ мы уже видѣли (стр. 8 и 44), обуславливаетъ иногда въ высокой степени смѣщеніе матки кверху; то же наблюдается и при опухоляхъ влагалища или опухоляхъ матки, рожденныхъ во влагалище. Коротко-стебельчатыя кисты яичниковъ при своемъ ростѣ по направленію въ полость живота увлекаютъ за собою кверху и матку, смѣщая ее въ то же время въ одну изъ сторонъ. *Elevatio uteri* и *anterpositio*, какъ мы уже видѣли, наблюдаются обыкновенно совмѣстно при смѣщеніяхъ, вызываемыхъ ростомъ опухолей, исходящихъ изъ задней стѣнки таза.

Всѣ приведенные виды смѣщеній матки нерѣдко встрѣчаются вмѣстѣ съ неправильными ея положеніями, такъ что перегнутая или наклоненная впередъ или назадъ матка въ то же время представляется рѣзко смѣщенной впередъ, назадъ, вверхъ или въ одну изъ сторонъ.

Какъ мы только-что видѣли, всѣ смѣщенія матки суть явленія вторичныя и обуславливаются тѣмъ или другимъ заболѣваніемъ окружающихъ частей или развитіемъ въ ней самой опухолей. Симптомовъ, присущихъ только смѣщеніямъ и обуславливаемыхъ только ими, не наблюдается; всѣ же болѣзненные припадки, наблюдаемые при нихъ, стоятъ въ связи и обуславливаются основнымъ страданіемъ, такъ что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ діагнозъ нашъ долженъ быть направленъ главнымъ образомъ на опредѣленіе первичнаго заболѣванія. Опредѣленіе самаго смѣщенія въ большинствѣ случаевъ не представляетъ особыхъ затрудненій и весьма часто, особенно при воспаленіяхъ, можетъ быть отложено на извѣстное время. При опухоляхъ, когда, съ точки зрѣнія предстоящей операціи, положеніе матки должно быть точно выяснено, примѣненіе маточнаго зонда, искусственное смѣщеніе матки книзу и изслѣдованіе подъ хлороформомъ черезъ прямую кишку въ большинствѣ случаевъ вполне разъясняютъ топографію даннаго случая. Повторное наружно-внутреннее изслѣдованіе при различныхъ степеняхъ наполненія мочевого пузыря также устранить возможность принять инкапсулированный экссудатъ въ Дугласовомъ пространствѣ или *haemotocoele retrouterina* за дно перегнутой назадъ матки.

Спеціально направленное противъ смѣщеній матки лѣченіе излишне. Терапія наша въ каждомъ данномъ случаѣ всецѣло должна имѣть свою задачу устраненіе основного страданія.

д) **Смѣщеніе матки въ грыжевой мѣшокъ. (Hysterocele. Hernia uteri.)** Hysterocele встрѣчается относительно довольно рѣдко, и еще недавно оно считалось за крайне рѣдкое явленіе и опредѣлялось обыкновенно только при наступленіи беременности въ смѣщенной

такимъ образомъ маткѣ; въ настоящее же время, благодаря болѣе точному гинекологическому изслѣдованію, присутствіе матки рядомъ съ яичниками въ грыжевомъ мѣшкѣ опредѣляется все чаще и чаще. Смѣщеніе матки въ грыжевой мѣшокъ до сихъ поръ точно наблюдалось только при наховыхъ и бедренныхъ грыжахъ (*hysterocele inguinalis, cruralis*).

*Hernia uteri* наблюдается иногда, какъ явленіе врожденное, связанное съ другими пороками развитія матки, и особенно часто при *uterus bicornis* съ хорошо развитыми обоими рогами или съ однимъ недоразвитымъ, такъ что смѣщеніе матки въ этихъ случаяхъ сводится на относительно весьма ранніе періоды жизни плода. Вполнѣ достовѣрныя наблюденія, съ другой стороны, указываютъ на происхожденіе, какъ самой грыжи, такъ и смѣщенія матки въ нее въ теченіе періода полного разгара половой дѣятельности. Женщины, бывшія уже беременными и рожавшія въ срокъ, приобрѣтаютъ грыжу, въ мѣшкѣ которой впослѣдствіи удается опредѣлить присутствіе не только яичниковъ, но и матки, которая въ дальнѣйшемъ теченіи времени снова забеременѣваетъ и даетъ поводъ рано или поздно къ развитію припадковъ ущемленія. Въ подобныхъ случаяхъ матка вовлекается въ грыжевой мѣшокъ вмѣстѣ съ другими брюшными внутренностями (сальникъ, кишечныя петли), будучи съ ними болѣе или менѣе тѣсно связана старыми ложными перепонками; или же она можетъ быть смѣщена, благодаря тому, что брюшина, выпячивающая грыжевой мѣшокъ, смѣщаясь изъ полости малаго таза, влечетъ за собою широкую связку соотвѣтственной стороны, разъединяя оба ея листка и тѣмъ укорачивая ее. За широкую связку слѣдуетъ матка и, помѣщаясь уже въ грыжевомъ мѣшкѣ, представляется какъ бы приросшей своимъ краемъ къ одной изъ его стѣнокъ, благодаря почти полному исчезновенію широкой связки, вслѣдствіе расхожденія образующихъ ее передней и задней пластинокъ брюшины, растянувшихся и израсходованныхъ на выстилку внутренней поверхности грыжевого мѣшка.

Смѣщеніе матки въ грыжевой мѣшокъ обыкновенно не вызываетъ никакихъ болѣзненныхъ припадковъ; въ случаѣ же наступленія беременности, быстрый ростъ ея большею частью обуславливаетъ наступленіе явленій ущемленія.

*Распознаваніе* даннаго смѣщенія относительно не трудно; уже одна только пальпація содержимаго грыжевого мѣшка указываетъ намъ его характеръ. Грушевидная форма матки, обращенная болѣе тонкимъ концомъ въ отверстіе грыжевого мѣшка, плотность ткани и присутствіе еще одного или двухъ меньшей величины плотныхъ, овальныхъ, слегка болѣзненныхъ при сжатіи тѣлъ — яичниковъ — представляются весьма характерными данными для діагноза смѣщенія. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи влагалище представляется удлинненнымъ,

складки его сглажены, верхняя треть смѣшена въ сторону грыжевого мѣшка, и достигаемая иногда влагалищная часть помѣщается какъ разъ у грыжевого отверстія съ внутренней стороны. Введеніе металлическаго зонда въ матку при hysterocele inguinalis не удается, благодаря значительному ея перегибу всредѣ (*Scanzoni. «Beiträge z. Geb. u. Gyn.»*, Bd. VII, 1873, стр. 167), но эластическій бужъ свободно достигаетъ до ея дна, такъ что длина всей полости матки можетъ быть точно определена. Захватывая влагалищную часть матки, если она вообще достижима, пулевыми щипцами, можно легко убѣдиться въ передачѣ движеній съ нея на тѣло, ощупываемое въ грыжевомъ мѣшкѣ. Отсутствіе матки въ полости малаго таза, констатированное при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи и черезъ прямую кишку, вполне подтверждаетъ діагнозъ. Наблюдая болную болѣе долгое время, для діагноза важно опредѣлить появленіе болѣзненности при надавливаніи и увеличеніе матки въ грыжевомъ мѣшкѣ sub menstruatione.

Болѣе труднымъ представляется уже распознаваніе при порокахъ развитія матки и особенно при скопленіи крови въ полости недоразвитого рога (haematometra unilateralis), смѣщенной въ грыжевой мѣшокъ. Точно также, по рѣдкости своей, graviditas extra-abdominalis въ грыжевомъ мѣшкѣ можетъ затруднить до извѣстной степени діагнозъ; но опредѣленіе при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи нормально развитой матки, находящейся въ полости малаго таза, исключаетъ возможность ея смѣщенія.

*Льчненіе.* Какъ мы уже видѣли, смѣщенная въ грыжевой мѣшокъ матка представляется или сращенною съ другими внутренностями, или же, благодаря укороченію lig. latі, довольно плотно соединенною съ его стѣнкою, такъ что вправленіе ея обыкновенно не удастся, и только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ она могла быть вправляема. При невривимости матки при цѣлости грыжевого мѣшка, операція грыжесѣченія можетъ иногда быть неизбѣжною. Проф. *Bryk* въ Краковѣ произвелъ такого рода операцію, причемъ, вскрывъ грыжевой мѣшокъ, отдѣливъ сращенія матки у грыжевого отверстія и расширивъ это послѣднее, легко вправилъ матку въ брюшную полость. Грыжевой мѣшокъ былъ отрѣзанъ, а annulus inguinalis зашитъ; болная выздоровѣла (*Bylicki. «Centralbl. f. Gyn.»*, 1878, № 25, стр. 611). При порокахъ развитія матки, при существующемъ уже показаніи къ удаленію смѣщенной яичника (ovariocoele), вмѣстѣ съ нимъ удаляется также и смѣщенный въ грыжевой мѣшокъ рогъ матки.

Наступленіе беременности, вызывая припадки ущемленія, требуетъ иногда неотложнаго вмѣшательства. Въ ранніе мѣсяцы и при значительной величинѣ грыжевого отверстія производство искусственнаго выкидыша вполне показано. Если же беремен-

ность уже приближается къ концу, и не предвидится возможности успѣшнаго окончанія родовъ *per vias naturales*, вслѣдствіе несоразмѣрности между величиною головки и размѣрами грыжевого отверстія, то грыжесѣченіе остается единственнымъ средствомъ нашей помощи. Вскрывая грыжевой мѣшокъ и матку, мы извлекаемъ младенца и послѣдъ, и затѣмъ, если вправление уменьшенной такимъ образомъ матки окажется возможнымъ, то, по наложеніи на рану матки шва, какъ при Кесаревомъ сѣченіи, она вправляется въ полость живота, грыжевое же отверстие зашивается. При невозможности вправить опорожненную матку *amputatio utero-ovarica* (операция *Porro*) должна считаться вполне показанной, причемъ культю матки лучше не шивать въ брюшныя стѣнки, а, наложивъ по извѣстному способу швы, вправить въ брюшную полость, а грыжевое отверстие зашить. Укрѣпляя же культю въ грыжевомъ отверстіи, мы рискуемъ съ теченіемъ времени, по наступленіи полного выздоровленія, получить снова образованіе грыжи, какъ это наблюдается при внѣбрюшинномъ методѣ ухода за ножкою послѣ операциі *laparotomii*.

### 9) Поворотъ матки вокругъ своей продольной оси. (*Torsio uteri.*)

Въ нормальномъ положеніи, при пустомъ мочевомъ пузырьѣ, передняя поверхность матки не обращена прямо впередъ, а смотритъ нѣсколько вправо, такъ что извѣстная степень поворота матки вокругъ ея продольной оси представляется явленіемъ нормальнымъ, способнымъ въ предѣлахъ физиологической подвижности матки также болѣе или менѣе увеличиваться и уменьшаться. Дѣлаясь стаціонарнымъ, *torsio uteri* представляетъ уже явленіе патологическое, осложняющее другія неправильныя положенія и смѣщенія матки.

Изъ этиологическихъ моментовъ самымъ частымъ встрѣчается сморщиваніе, ретракція околоматочной соединительной ткани, какъ слѣдствіе бывшихъ параметритовъ, и притомъ чаще всего укороченіе крестцово-маточныхъ связокъ. Неравномѣрное ихъ укороченіе или укороченіе только одной изъ нихъ смѣщаетъ всю матку кзади и въ сторону, причемъ матка болѣе или менѣе поворачивается вокругъ своей оси. Укороченіе правой связки обуславливаетъ поворотъ матки своею переднею поверхностью влѣво (*sinistro-torsio*), а укороченіе лѣвой — поворотъ вправо (*dextro-torsio*). Чѣмъ сильнѣе происходитъ укороченіе крестцово-маточной связки, тѣмъ матка болѣе притягивается къ заднебоковой стѣнкѣ таза и тѣмъ сильнѣе выражается поворотъ ея. Прилагаемый рисунокъ (рис. 206) шематически представляетъ

сказанныя измѣненія. Поперечникъ матки *a*, перемѣщаясь вслѣдствіе укороченія связки *d*, претерпѣваетъ поворотъ вокругъ своей продольной оси тѣмъ болѣе, чѣмъ онъ ближе приближается къ стѣнкѣ таза, — въ *c* болѣе, чѣмъ въ *b*; то же самое наблюдается и при укороченіи связки *g* съ другой стороны, въ *f* torsio выражено рѣзче, чѣмъ въ *e*. Степень поворота вокругъ продольной оси можетъ быть еще рѣзче выражена при одновременно существующей фиксаціи спереди съ противоположной стороны.

Почти всѣ причины, обуславливающія смѣщеніе матки въ сторону и ея lateroflexio et versio, вызываютъ въ то же время и torsio uteri. Разслабленіе и растяженіе одной изъ lig. sacrouterina, давая поводъ къ развитію retroversionis или retroflexionis uteri, въ то же время даетъ возможность состояться въ известной степени повороту матки вокругъ ея продольной оси. Torsio uteri наблюдается также и при смѣщеніяхъ матки, зависящихъ отъ развитія опухолей, какъ въ ней самой, такъ и въ окружающихъ частяхъ.

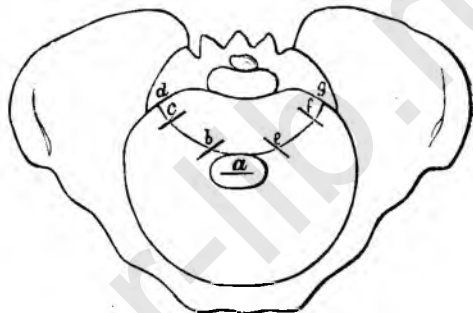


Рис. 206.

Точное опредѣленіе степени поворота матки вокругъ ея продольной оси представляется весьма важнымъ при рѣшеніи нѣкоторыхъ вопросовъ, касающихся точнаго знакомства съ причинами, обуславливающими то или другое неправильное положеніе матки, и ихъ лѣченія. Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе, особенно черезъ прямую кишку, обыкновенно вполне разъясняетъ намъ, куда и на сколько обращена передняя поверхность матки, и на сколько сама матка смѣщена въ ту или другую сторону. Изслѣдованіе влагалищной части цилиндрическимъ зеркаломъ, при наружномъ отверстіи матки, имѣющемъ форму поперечной щели, даетъ возможность воочию подтвердить результатъ наружно-внутренняго изслѣдованія. Поворотъ матки вокругъ ея продольной оси отражается также и на ея влагалищной части, и ея отверстіе, своимъ длинникомъ совпадавшее съ поперечными размѣрами таза, измѣняетъ свое положеніе, такъ что приближается къ одному изъ косыхъ. Рисунокъ 207 представляетъ влагалищную часть, установленную въ цилиндрическомъ зеркалѣ. Направленіе длинника orificiі externi uteri указываетъ на sinistro-torsio uteri, какъ это обыкновенно наблюдается при укороченіи правой lig. sacro-uterinum.



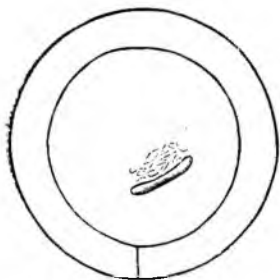


Рис. 207.

Изъ вышесказаннаго мы видимъ, что и *torsio uteri* само по себѣ представляетъ только результатъ другихъ болѣзненныхъ процессовъ, по преимуществу разыгрывающихся въ околоматочной клетчаткѣ, и, слѣдовательно, не требуетъ никакой специальной терапіи, направленной непосредственно къ ея исправленію. Показанія къ нашему вниманію даются основными страданіемъ.

### III. Воспаленія матки. *Metritis*.

Воспаленіемъ матки (*metritis*) мы обозначаемъ обыкновенно воспаление мышечной стѣнки ея. Терминъ *mesometritis* былъ бы, слѣдовательно, болѣе точнымъ. Воспалительный процессъ, разыгрывающійся въ толщѣ стѣнокъ матки, представляетъ намъ рѣзко двѣ клиническія формы своего теченія: мы имѣемъ *metritis acuta* и *metritis chronica*.

#### 1) Острое воспаление матки. *Metritis acuta*.

**Анатомія.** Анатомопатологическія изслѣдованія небеременныхъ матокъ въ состояніи остраго воспаленія представляются только, какъ рѣдкія исключенія, такъ какъ, во-первыхъ, болѣзнь почти никогда не кончается летально, а, во-вторыхъ, въ случаяхъ, встрѣчающихся на секціонномъ столѣ, заболѣванія, обусловившія смерть, до такой степени выступаютъ на первый планъ, что стѣнки матки обыкновенно не подвергаются достаточно точному изслѣдованію.

Матка увеличена въ объемѣ въ  $1\frac{1}{2}$ —2 раза своей величины, мягка, дрябля; на поверхности ея легко получаютя вдавленія—фасетки отъ прилежащихъ органовъ (кишки). *Serosa* обыкновенно покрыта хлопьями фибрина и склеена съ окружающими частями. Въ разрѣзѣ стѣнки весьма сочны, сильно переполнены кровью, слегка отечны; соскабливаемая съ поверхности разрѣза жидкость мутна. Слизистая оболочка всегда представляется также утолщенной, сильно гиперемированной, рыхлой, сочной, легко соскабли-

вается скальпелемъ, такъ что иногда подлежащая мышечная ткань легко можетъ быть обнажена. Точныхъ гистологическихъ изслѣдованій не послѣродовыхъ матокъ при *metritis acuta* мы до сихъ поръ еще не имѣемъ. По всей вѣроятности, въ извѣстныхъ категорияхъ случаевъ и здѣсь будутъ также найдены микро-организмы, присущіе септическимъ процессамъ, такъ какъ случаи травматическаго — инфекціоннаго происхожденія остраго воспаленія матки далеко не рѣдки.

**Этіологія.** Самымъ частымъ этиологическимъ моментомъ, какъ намъ приходится наблюдать въ настоящее время, представляется травматическая инфекція. Каждое даже самое незначительное раненіе матки, произведенное безъ надлежащихъ антисептическихъ предосторожностей, можетъ повлечь за собою инфекцію и развитіе остраго септическаго воспаленія. Теперь, когда, съ одной стороны, такъ распространены различнаго рода внутриматочныя манипуляціи, а съ другой, еще далеко не вездѣ и не всюду привились понятія о примѣненіи антисептическихъ приѣмовъ надлежащей строгости, намъ нерѣдко приходится видѣть больныхъ съ рѣзко выраженнымъ острымъ воспаленіемъ матки, развившимися вслѣдъ за тою или иною изъ внутриматочныхъ манипуляцій. Начиная съ простаго изслѣдованія полости матки зондомъ и кончая кровавыми оперативными приѣмами, захватывающими ея ткани, мы рискуемъ всегда вызвать септическія явленія, если только не будемъ строго соблюдать предписываемыхъ при этомъ правилъ обеззараживанія. — Такія же явленія вызываютъ иногда надолго оставленные въ половомъ аппаратѣ ватные, недостаточно дезинфицированные тампоны; задерживая выдѣленія и обуславливая ихъ гніеніе, они даютъ достаточный поводъ къ развитію септическихъ явленій, въ особенности, какъ это всегда и бываетъ, когда цѣлость слизистой оболочки матки нарушена нашими предшествовавшими манипуляціями. Сюда же относятся различныя поврежденія матки, наносимыя случайно или при попыткахъ производства искусственнаго, незаконнаго выкидыша, при обстановкѣ тайны, поспѣшности, и притомъ обыкновенно далеко не умѣлыми руками.

Нельзя отрицать возможности развитія *metritidis acutae* вслѣдъ за простудой, въ особенности во время регулъ. Значительныя быстрыя охлажденія тѣла и особенно нижнихъ конечностей нерѣдко влекутъ за собою такъ называемое *suppressio mensium*, прекращеніе менструальнаго кровотока, какъ результатъ патологическихъ процессовъ, разыгрывающихся въ это время въ маткѣ и ея слизистой оболочкѣ въ формѣ острыхъ *metritis et endometritis*. Чрезмѣрный и грубо совершаемый *coitus sub menstruatione* даетъ иногда также начало острымъ воспалительнымъ явленіямъ. При ушибахъ, паденіяхъ мы наблюдаемъ также ихъ появленіе, но большею частью локализирующимися въ брюшинѣ,

покрывающей матку и ея придатки (perimetritis). Какъ переходъ остраго воспаленія со слизистой оболочки матки на ея мышечныя стѣнки, намъ представляются случаи зараженія гонорройнымъ ядомъ, при нѣкоторыхъ острыхъ формахъ котораго матка представляется также сильно увеличенною въ объемъ и крайне болѣзненною.

**Припадки.** Болѣзнь начинается обыкновенно вдругъ и притомъ непосредственно вслѣдъ за однимъ изъ сказанныхъ этиологическихъ моментовъ. Повышеніе температуры нерѣдко начинается знобомъ. Въ теченіе нѣсколькихъ дней температура колеблется между  $38^{\circ}$  и  $39^{\circ}$ , при пульсѣ въ 80—90 ударовъ въ минуту. Больныя жалуются на сильныя боли внизу живота, тупыя, исходящія изъ глубины таза, не дающія имъ ни минуты покоя; при присоединяющихся периметритическихъ боляхъ, больныя лежатъ совершенно смирно, боясь каждымъ лишнимъ, незначительнымъ даже движеніемъ вызвать сильныя, рѣзущія боли въ животѣ. Нерѣдко къ этимъ тупымъ болямъ присоединяются еще схваткообразныя, періодически появляющіяся, благодаря сокращеніямъ мышцы воспаленной матки. Появляются жидкія бѣли, иногда въ весьма значительномъ количествѣ. — Мочевой пузырь и прямая кишка, вовлекаясь въ процессъ, обусловливаютъ появленіе частыхъ и весьма болѣзненныхъ позывовъ къ мочеиспусканію и частыя испраженія, связанныя съ сильными тенезмами. Мы уже видѣли, что заболѣваніе, развиваясь во время регуль, часто обусловливаетъ ихъ внезапное прекращеніе; но встрѣчаются случаи, гдѣ кровотеченіе, напротивъ того, увеличивается, и больныя представляютъ картину menorrhagi'i. Рядомъ съ этими припадками могутъ развиваться весьма угрожающія явленія со стороны осложненія болѣе значительнымъ пораженіемъ брюшины — тошнота, рвота, сильное вздутіе и болѣзненность всего живота. Въ случаяхъ летальнаго исхода мы видимъ обыкновенно развитіе картины общаго септического перитонита, который и убиваетъ больныхъ.

**Объективное гинекологическое изслѣдованіе.** При наружномъ изслѣдованіи мы ясно можемъ опредѣлить сильную болѣзненность при надавливаніи на область матки; при внутреннемъ и наружно-внутреннемъ — мы находимъ влагалище влажнымъ, горячимъ, содержащимъ извѣстное количество продуктовъ выдѣленія матки, такъ что на извлеченномъ пальцѣ обыкновенно остается слизь съ примѣсью бѣловатыхъ хлопьевъ — отслоившіяся эпителиальныя образованія полости матки, иногда пѣлыя железистыя трубки. Матка увеличена въ объемъ (рис. 208), мягка, тѣстовата; малѣйшее сжатіе ея между обѣими руками вызываетъ сильную боль; иногда каждое легкое передвиженіе ея также болѣзненно (perimetritis). Влагалищная часть мягка, какъ бы отечна; если на ней до заболѣванія находились эрозии, то онѣ при самомъ легкомъ прикосно-

вені кровоточать. Своды обыкновенно пусты и неболезненны и только при осложненіяхъ para-perimetrit'омъ представляютъ соотвѣтствующія измѣненія.

Исходомъ остраго воспаления матки чаще всего представляется полная *restitutio ad integrum*; въ хроническую форму воспаления оно переходитъ рѣдко, и то только благодаря условіямъ, дающимъ возможность вредоносной причинѣ дѣйствовать на матку повторно, одинъ разъ за другимъ, и такимъ образомъ, поддерживая постоянное раздраженіе, давать начало развитію хроническаго метрита. Переходъ остраго воспаления въ нарывъ въ не послѣродовой маткѣ принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ явленіямъ. Изслѣдуя матку женщины, умершей послѣ изслѣдованія ея однимъ изъ товарищей помощью зонда во время регуль безъ достаточныхъ антисептическихъ предосторожностей, мнѣ удалось видѣть развитіе нѣсколькихъ милиарныхъ абсцессовъ въ толщѣ самихъ стѣнокъ матки. Величина ихъ не превышала величины коноплянаго зерна. Изслѣдованіе ткани стѣнокъ матки показало незначительную инфильтрацію бѣлыми кровяными шариками межмышечной соединительной ткани, и мѣстами ихъ скучиваніе въ лимфатическихъ пространствахъ, такъ что видимыя простыми глазами скопленія гноя должны были быть также отнесены къ абсцессамъ, развивающимся изъ лимфангоитовъ. — Точныхъ описаній случаевъ абсцессовъ не послѣродовой матки, которые достигали-бы болѣе значительныхъ размѣровъ, мы до сихъ поръ не имѣемъ. Что они могутъ встрѣчаться, на это указываютъ намъ наблюденія *in viva*; такъ *Schroeder* видѣлъ абсцессъ (нагноеніе, *Abscedirung*) величиною съ голову человѣка, развившійся въ области шейки матки послѣ введенія зонда при стенозѣ послѣдней и вскрывшійся въ *rectum*.



Рис. 208.

Распознаваніе заболѣванія, принимая во вниманіе высокую температуру, увеличенную, мягкую и болѣзненную при давленіи матку, не представляетъ большихъ затрудненій. — Возможность смѣшать *metritis acuta* съ раннимъ періодомъ беременности иногда можетъ представиться, тѣмъ болѣе, что, какъ мы видѣли, и начало

болѣзни можетъ быть вызвано попытками прекратить беременность. Точный анамнезъ обыкновенно укажетъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло; но такъ какъ именно въ подобныхъ то случаяхъ анамнезъ обыкновенно умышленно запутывается, то намъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на возможность встрѣтить какія бы то ни было поврежденія, и поэтому изслѣдованіе наше иногда должно быть произведено помощью ложкообразныхъ зеркалъ, чтобы ясно видѣть все влагалище и влагалищную часть матки. Примѣненіе зонда для распознаванія при *metritis acuta* должно считаться противопоказаннымъ. Если намъ приходится изслѣдовать больныхъ въ періодѣ развитія интенсивныхъ осложнений со стороны брюшины, то въ большей части случаевъ объективныя данныя со стороны воспаленныхъ стѣнокъ матки на столько бываютъ затемнены, что случаи эти идутъ уже за острые периметриты, и только анамнезъ (возможность инфекціи при внутриматочныхъ манипуляціяхъ) даетъ возможность иногда предполагать также и *metritis acuta*.

**Предсказаніе.** Принимая во вниманіе легкую возможность различнаго рода весьма серьезныхъ осложнений и септическое иногда происхожденіе заболѣванія, должно быть высказываемо нами крайне сдержанно. Случаи воспаленія, строго локализованнаго и только слегка затрогивающаго брюшину, при надлежащемъ лѣченіи обыкновенно кончаются благопріятно; но если мы видимъ, что заболѣваніе представляетъ наклонность прогрессировать, и значительнаго облегченія скоро не наступаетъ, то предсказаніе становится уже болѣе неблагопріятнымъ относительно скорого окончанія заболѣванія, такъ какъ осложнения могутъ затягивать болѣзненное состояніе на крайне долгій срокъ. При появленіи общихъ септическихъ явленій предсказаніе, даже *quo ad vitam*, можетъ представиться крайне неблагопріятнымъ. Возможность развитія абсцесса при опредѣленіи тяжести случая не можетъ быть обыкновенно принимаема въ расчетъ, такъ какъ мы уже видѣли, что такой исходъ воспаленія въ маткѣ представляется крайне рѣдкимъ и исключительнымъ, и только при появленіи ясныхъ признаковъ его развитія мы должны сообразно съ ними мѣнять нашъ прогнозъ на болѣе неблагопріятный.

**Лѣченіе.** Въ большей части случаевъ, встрѣчающихся нашему наблюденію, мы будемъ въ состояніи удовлетворить причинному показанію. При задержкѣ выдѣленій въ полости матки или рукавѣ послѣ нашихъ оперативныхъ вѣривовъ, мы должны строго заботиться объ удаленіи оныхъ. Самая скрупулезная чистота должна быть примѣнена при этомъ, — слѣдуетъ мыть и мыть. При операціяхъ на шейкѣ матки бываютъ уже достаточны простые влагалищныя души тепловатыми растворами примѣняемыхъ нами дезинфицирующихъ средствъ; при манипуляціяхъ же, про-

изводившихся въ полости матки, и особенно послѣ выскабливаній ея слизистой оболочки, показаны частыя (3—4 раза въ день) промыванія помощью катетера съ двойнымъ токомъ всей полости матки. Въ главѣ объ эндометритѣ мы касаемся подробнѣе техники производства этихъ внутриматочныхъ промываній. — Во всякомъ случаѣ, при остромъ воспаленіи стѣнокъ матки, имѣющемъ этиологію инфекцію, нашей главной задачей будетъ, насколько возможно, болѣе мыть и удалять накапливающіяся выдѣленія, какъ во влагалищѣ, такъ и въ полости матки.

При увеличенной, чрезмѣрно переполненной кровью маткѣ, какъ мы это наблюдаемъ при развитіи *metritidis acutae* вслѣдъ за быстрыми охлажденіями значительныхъ поверхностей тѣла, показаны и несомнѣнно приносятъ очевидную пользу обильныя скарификаціи влагалищной части. Самочувствіе больныхъ вслѣдъ за такими мѣстными кровоизвлеченіями обыкновенно представляется значительно лучшимъ.

Симптоматическое лѣченіе обыкновенно приходится направлять противъ наиболѣе выступающаго припадка — болей. Морфій и опій стоятъ на первомъ планѣ; подкожныя инъекціи морфія въ нижнюю часть области живота даютъ значительное облегченіе страданій больныхъ; если мы не имѣемъ передъ собою еще рѣзко выраженаго слипчиваго воспаления брюшины полости таза, то послѣ назначенія слабительнаго (*ol. ricini* и среднія соли, но никакъ не *albe*, *seppa* и *jalara*) они въ малыхъ дозахъ рекомендуются почти всеми. — При повышенной температурѣ и перитонитическихъ боляхъ ~~пузырь со льдомъ на низъ живота~~ представляетъ незамѣнимое средство.

Случаи остраго воспаленія матки, дающіе поводъ къ развитію картины септицеміи, требуютъ, кромѣ мѣстнаго лѣченія, также общаго, которое и здѣсь, подобно тому, какъ и, вообще, при септицеміи, даетъ, къ сожалѣнію, результаты далеко неудовлетворительныя, и больныя съ *metritis acuta septica* при извѣстной интенсивности заболѣванія, какъ мы уже видѣли, представляютъ крайне неблагоприятный прогнозъ даже и *quo ad vitam*.

Если бы діагнозъ нашъ былъ «абсцессъ матки и произвольное вскрытіе его въ полость брюшины», то неотложное быстрое производство чревосѣченія было бы вполне показано, подобно тому, какъ, вообще, операція эта показана при перфоративныхъ перитонитахъ.

## 2) Хроническое воспаленіе матки. (*Metritis chronica*.)

**Опредѣленіе.** Подъ именемъ «*metritis chronica*», мы разумѣемъ хроническіе воспалительные процессы, захватывающіе тѣло и дно матки. Шейка матки весьма часто участвуетъ также одновременно въ этомъ процессѣ (*metritis chronica totius uteri*,

рис. 209), но нерѣдко она можетъ представляться относительно нормальною (*metritis chronica corporis uteri*, рис. 210), или же быть пораженною самостоятельно при относительно нормальномъ тѣлѣ матки. На этомъ основаніи мы привыкли обыкновенно говорить отдѣльно о «*metritis cervicalis*», какъ о самостоятельной формѣ, или какъ о формѣ, только осложняющей *metritis corporis*.

Итакъ, подъ именемъ *metritis chronica* мы разумѣемъ воспаленіе тѣла матки, и притомъ мышечной части стѣнки ея; болѣе интенсивныя формы обыкновенно представляются осложненными воспаленіемъ, какъ слизистой оболочки (*endometritis*), такъ и брюшины, покрывающей матку (*perimetritis*), но по выраженности воспалительныхъ явленій послѣдніе отходятъ на второй планъ, и мы въ подобныхъ случаяхъ разсматриваемъ ихъ, какъ осложненія. Если же *endometritis* и *perimetritis*, по симптомамъ, ими вызываемымъ, и по измѣненіямъ анатомическимъ, играютъ первенствующую роль, а воспаленіе мышечной стѣнки матки представляется только, какъ явленіе осложняющее, то мы часто изъ практическихъ, лѣчебныхъ цѣлей разсматриваемъ эти формы подъ рубриками «*endometritis*» или «*perimetritis*», смотря по тому, которая изъ этихъ формъ выражена всего рѣзче.

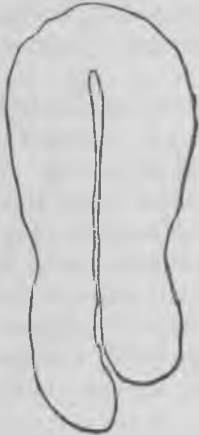


Рис. 209.  
Шема увеличенія объема матки при *metritis chronica*.



Рис. 210.

Какъ при всякомъ воспаленіи, такъ и при *metritis chronica conditionem sine qua non* представляютъ, конечно, явленія, свойственныя и характерныя для воспаленія: классическія *calor*, *rubor*, *tumor* и *dolor* должны быть болѣе или менѣе выражены; но такъ какъ первыя два—*calor* и *rubor*—при нашемъ изслѣдованіи не могутъ быть точно опредѣлены, то мы, *volens-nolens*, должны довольствоваться только увеличеніемъ объема матки и болѣею или меньшею болѣзненностью ея при давленіи, прибавляя къ этимъ двумъ признакамъ еще большее переполненіе ея кровью, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ поддается нашему изслѣдованію. — Строго придерживаясь этого опредѣленія, мы избѣгнемъ возможности смѣшивать хроническій метритъ съ различнаго рода гипертрофіями матки и измѣненіями ея объема при неправильномъ обратномъ развитіи ея послѣ родовъ или выкидыша (*subinvolutio uteri*); состоянія эти, представляясь наблюденію только весьма рѣдко въ чистой формѣ, обыкновенно не

удовлетворяютъ сказаннымъ признакамъ хроническаго воспаления.

**Патологическая анатомія.** Матка, пораженная хроническимъ воспаленіемъ, представляется на трупѣ обыкновенно увеличенною болѣе или менѣе равномерно въ объемѣ. Степень этого увеличенія весьма различна, смотря по тому, имѣемъ ли мы дѣло съ маткою дѣвственною, или рожавшею, или-же только недавно—своевременно или преждевременно — родившею. Говоря вообще, можно съ положительностью утверждать, что одно только воспалительное состояніе органа едва-ли можетъ обусловить увеличеніе его болѣе, чѣмъ въ два раза; извѣстные въ литературѣ случаи, гдѣ матка вслѣдствіе яко-бы хроническаго воспаления ея достигала до уровня пупка или даже выше (*G. Veit. «Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane», 1867, Erlangen, стр. 367*), должны быть отнесены къ недоказаннымъ, такъ какъ точнаго анатомическаго изслѣдованія ихъ не имѣется. Мышечныя стѣнки матки утолщены, достигаютъ до 3,0 см.; поверхность разрѣза въ начальныхъ стадіяхъ процесса сочна, блестяща; смотря по количеству крови въ сосудахъ на трупѣ, она представляетъ различныя степени окраски отъ темно-красной до свѣтло-розовой; ножомъ рѣжется легко; сосуды, особенно въ боковыхъ краяхъ матки, растянуты, зіяютъ въ разрѣзѣ, сильно извиты, стѣнки ихъ утолщены; иногда такія мѣста представляютъ какъ-бы кавернозное строеніе. На поверхности разрѣза стѣнокъ нерѣдко можно уже простымъ глазомъ разграничить территоріи распространенія мышечныхъ элементовъ отъ межучной соединительной ткани, которая въ значительномъ числѣ случаевъ представляется увеличенною въ количествѣ и можетъ быть ясно видна въ видѣ бѣловатыхъ полосокъ между красновато-сѣрыми слоями гладкихъ мышцъ матки; эти полоски соединительной ткани нерѣдко представляются весьма мягкими, какъ-бы отечными, студенистыми. Полость матки увеличена, особенно ея длинникъ; въ разрѣзанной сзади напередъ, на срединѣ ея длины, маткѣ полость зіяетъ, стѣнки ея не прилежатъ другъ къ другу. Въ области Фаллопиевымъ трубъ форма полости также измѣнена, края ея закруглены, въ маткѣ рожавшей — больше, чѣмъ въ нерожавшей.

Слизистая оболочка, выстилающая полость, большею частью также представляетъ различныя измѣненія, свойственныя хроническому воспаленію, о которыхъ мы будемъ говорить въ соотвѣтствующей главѣ.

Съ теченіемъ времени, при всякомъ воспаленіи, разыгрывающемся на почвѣ соединительной ткани, эта послѣдняя претерпѣваетъ дальнѣйшія измѣненія и изъ молодой, богатой клѣточными элементами превращается въ волокнистую, старую, не рѣдко склерозированную. То-же мы наблюдаемъ часто и въ маткѣ при



долго продолжающихся метритахъ: матка дѣлается все плотнѣе и плотнѣе, объемъ ея уменьшается, и, разрѣзая ея стѣнки, трещащія подъ ножомъ, мы находимъ ихъ плотными, бѣлесоватыми, со многими вѣяющими, толстостѣнными сосудами. Такая матка нерѣдко въ своемъ передне-заднемъ разрѣзѣ представляетъ ось полости и шейки совершенно въ видѣ прямой линіи: образуемый этими осями въ нормальномъ состояніи открытый впереди уголъ совершенно сглаживается; стѣнки матки плотны и представляютъ непреодолимое препятствіе къ физиологическимъ колебаніямъ величины этого угла въ случаяхъ, гдѣ онъ еще выраженъ въ слабой степени.

Матка, измѣненная подобнымъ образомъ, весьма напоминаетъ намъ матку старухъ, подвергнушуюся старческой атрофіи, съ тою разницею, что уменьшеніе величины матки при *metritis chronica* никогда не достигаетъ такой значительной степени, какъ при старческой атрофіи.

При изложеніи патологической анатоміи хроническаго метрита авторы весьма часто позволяютъ себѣ ограничиваться только одною макроскопическою картиною; болѣе же тонкія, гистологическія измѣненія почти совершенно игнорируются ими, тогда какъ только путемъ точнаго микроскопическаго изученія можетъ быть рѣшенъ вопросъ, на сколько и какъ принимаютъ участіе въ процессѣ различныя составныя части мышечной стѣнки матки, и только этимъ путемъ разрѣшается безконечный споръ о характерѣ измѣненій, совершающихся въ мышцахъ и соединительной ткани матки при хроническомъ воспаленіи послѣдней. Къ сожалѣнію, и по настоящее время въ литературѣ имѣется весьма мало точныхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи, и мы можемъ остановиться только на изслѣдованіяхъ *H. Финна*, *Sinéty* и *Fritsch'a*. Мнѣ самому приходилось посвящать не мало времени на изученіе этого вопроса на трупѣ, и вотъ почему я позволяю себѣ сказать въ общихъ чертахъ нѣсколько словъ объ измѣненіяхъ тканей при хроническомъ метритѣ.

**Микроскопическія данныя.** Несомнѣнно, что въ увеличеніи объема матки при хроническомъ метритѣ можетъ быть встрѣчено увеличеніе, какъ ея соединительной ткани, такъ и гладкихъ мышечныхъ элементовъ: но увеличеніе первой и вторыхъ не идетъ рука объ руку и въ различныхъ случаяхъ представляется индивидуально различнымъ. Этимъ обстоятельствомъ легко объясняются столь разнорѣчивыя мнѣнія авторовъ, занимавшихся изслѣдованіемъ увеличенной, хронически-воспаленной матки. Для уясненія процесса я приведу здѣсь рисунки вышеназванныхъ мною авторовъ.

Болѣе частые случаи хорошо изображены *Sinéty* и *Fritsch'емъ*. Рис. 211 представляетъ микроскопическій разрѣзъ изъ стѣнки матки женщины 34 лѣтъ, имѣвшей при жизни всѣ

припадки хроническаго метрита. При изслѣдованіи простымъ глазомъ матка представлялась пораженною метритомъ въ его такъ назыв. второмъ періодѣ, въ періодѣ индураціи. Разрѣзъ несомнѣнно указываетъ на значительно увеличенное количество соединительной ткани, въ особенности въ окружности кровеносныхъ сосудовъ. Соединительная ткань — старая, фиброзная, такъ что возможно говорить даже о склерозѣ ея. Лимфатическія пространства, представляющіяся въ нормальной маткѣ обыкновенно спавшимися, въ этомъ случаѣ широко зіяютъ и имѣютъ видъ различной фигуры отверстій, выстланныхъ эндотелиемъ. Пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ хорошо сохранены, и при сравненіи съ нормальной маткой *Sinety* не могъ точно высказаться о томъ, уменьшено ли ихъ количество, или нѣтъ; кромѣ того они представлялись ему неизмѣненными ни въ ихъ строеніи, ни въ ихъ величинѣ (какъ они измѣрялись, не сказано).

*Fritsch* («*Handbuch der Frauenkrankheiten, redigirt von Billroth und Luecke*», 1885, I Band, стр. 916) точно также, на осно-

ваніи изслѣдованія матокъ, вырѣзанныхъ при жизни, даетъ описаніе развитія старой соединительной ткани между мышечными пучками въ стѣнкахъ матки. На одномъ изъ его рисунковъ мы видимъ значительное преобладаніе старой, волокнистой соединительной ткани надъ мышечными пучками; мѣстами пучки эти значительно раздвинуты вновь развившеюся соединительной тканью. Стѣнки кровеносныхъ сосудовъ также сильно измѣнены, ихъ *media* превращена совершенно въ соединительно-тканное образованіе съ почти полною потерей своихъ мышечныхъ элементовъ. Лимфатическіе сосуды зіяютъ, обладая плотными, неспадающимися стѣнками. Что дѣлается съ мышцами, *Fritsch* оставляетъ открытымъ, такъ какъ ничего положительнаго сказать не можетъ, благодаря, конечно, методамъ изслѣдованія, кото-



Рис. 211.

Синетъ и Либманъ  
увеличенныя

рые и у него были далеко не достаточны для рѣшенія этого вопроса.

Изслѣдуя матки въ болѣе раннемъ періодѣ хроническаго воспаления, мы находимъ, что характеръ соединительной ткани представляется совершенно инымъ: она богата клѣточными элементами и бѣдна волокнами, мѣстами представляетъ настоящія скучиванія эмигрировавшихъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Въ извѣстномъ періодѣ ткань эта имѣетъ ясно выраженный характеръ ткани слизистой, что особенно хорошо и рѣзко различимо вокругъ сосудовъ («*Archives de physiologie*», 1874, стр. 53, моя статья объ *Endometritis villosa*).

Выдающимся изслѣдованіемъ мы поистинѣ должны признать диссертацию *Н. Финна*, написанную имъ въ 1868 г. подъ руко-



Рис. 212.

водствомъ проф. *М. М. Руднева* и, къ сожалѣнію, не сдѣлавшуюся во всей своей цѣлости общимъ достояніемъ, такъ какъ въ иностранной литературѣ авторъ напечаталъ ее только, какъ предварительное сообщеніе, и то весьма краткое («*Centralbl. f. d. medic. Wissensch.*», 1868, стр. 564). Благодаря болѣе точнымъ методомъ изслѣдованія, при изученіи гладкихъ мышечныхъ волоконъ, и весьма остроумному исчисленію ихъ количества, въ сравненіи съ препаратами, полученными изъ нормальныхъ матокъ, и притомъ изъ совершенно соответствующихъ мѣстъ, *Н. Финнъ* могъ воочию доказать, что самую главную роль при этой болѣзни играетъ усиленное новообразование мышечныхъ волоконъ и только отчасти соединительной ткани (Дисс., стр. 27). Рис. 212 и 213, взятые изъ диссертации *Финна*, указываютъ

намъ измѣненія въ мышечной ткани; рис. 212 представляетъ мыщцы нормальной матки, причемъ межучютная соединительная ткань растворена ѣдкимъ кали, а мышечные элементы окрашены хлористымъ палладіемъ; на рис. 213 изображенъ препаратъ изъ *metritis chronica*, приготовленный по тому же методу, какъ и изъ нормальной матки. На немъ ясно видно, что мышечные элементы увеличены въ объемѣ и притомъ относительно болѣе въ длину, чѣмъ въ ширину; взаимное ихъ расположеніе отличаетъ ихъ также отъ нормальныхъ: они болѣе надвигаются другъ на друга, касаясь другъ друга отчасти и своими тѣльцами.

Относительно небольшое число изслѣдованныхъ матокъ и полное отсутствіе данныхъ анамнеза заставили автора поспѣшить и отнести *metritis chronica* къ новообразованіямъ, подобно *Klob'u* и *Флоринскому*. Мы уже видѣли, что и *Sinety*, окрашивая

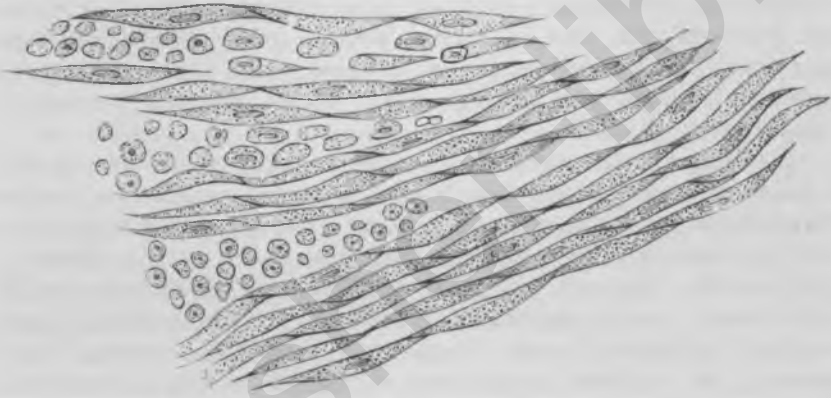


Рис. 213.

мышцы пурпуриномъ, не могъ констатировать, по крайней мѣрѣ уменьшенія ихъ количества на маткѣ, завѣдомо пораженной хроническимъ метритомъ.

Такое присутствіе на микроскопическихъ препаратахъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ или въ числѣ неуменьшенномъ, или даже и увеличенномъ, по моему мнѣнію, нисколько не идетъ въ разрѣзъ съ нашимъ взглядомъ на хроническій метритъ. — Случаи разростанія, подъ влияніемъ воспалительныхъ раздраженій, соединительной ткани въ пораженномъ органѣ представляются наблюденію гораздо чаще, и мы нерѣдко можемъ констатировать уменьшеніе въ числѣ мышечныхъ элементовъ, наблюдая при этомъ, при помощи окраски осміевою кислотою, и процессъ ихъ распада — жировое перерожденіе. Гипертрофію же и гиперплазію гладкихъ мышечныхъ элементовъ при хроническомъ метритѣ мы

можемъ объяснить себѣ двояко: или онѣ представляютъ явленіе только осложняющее и могутъ вести свое начало отъ бывшихъ беременностей, — извѣстно, что въ особенности послѣ выкидышей гладкія мышечныя волокна иногда не претерпѣваютъ вполне, такъ называемаго, обратнаго развитія, и въ маткѣ могутъ быть найдены участки ткани, гдѣ они представляются совершенно хорошо сохранившимися въ своемъ увеличенномъ видѣ еще весьма долгое время послѣ выкидыша; то же самое намъ приходилось наблюдать и на мѣстѣ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, спустя два мѣсяца послѣ родовъ, у больной, умершей отъ чахотки легкихъ; во-вторыхъ, совершенно допустимо, что подъ вліяніемъ долго продолжающейся гипереміи матки, вызванной долгимъ, воспалительнымъ состояніемъ ея межучточной соединительной ткани, мышечныя волокна могутъ претерпѣвать гипертрофію и даже гиперплазію — фактъ, для полового аппарата женщины далеко не стоящій одиноко; я укажу только на увеличеніе въ объемѣ соединительно-тканыхъ клѣтокъ при образованіи желтаго тѣла внѣ беременности, при опухоляхъ матки, и въ периферическомъ грануляціонномъ слѣѣ фолликула у дѣтей, какъ это показываютъ наблюденія *Попова* и *Лебединскаго*, произведенныя въ лабораторіи нашей клиники.

Воспалительныя измѣненія соединительной ткани въ раннихъ и позднихъ періодахъ хроническаго метрита далеко не распространяются равномерно во всей толщѣ стѣнокъ матки и на всемъ ихъ протяженіи. При разлитой формѣ метрита, мы встрѣчаемъ обыкновенно процессъ въ различной степени интенсивности въ различныхъ слояхъ мышечной стѣнки матки. Намъ нерѣдко приходилось наблюдать также частичныя, гнѣздныя формы заболѣванія, что особенно рѣзко бываетъ выражено при воспаленіяхъ беременных матокъ и матокъ начала послѣродового періода. Въ маткахъ небеременныхъ формы мѣстнаго хроническаго метрита встрѣчаются нѣсколько рѣже; одинъ изъ случаевъ *Н. Финна* представляетъ хорошо выраженнымъ этотъ гнѣздный воспалительный процессъ.

Итакъ, резюмируя, мы на основаніи данныхъ анатомическаго изслѣдованія должны различать двѣ категоріи измѣненій, разыгрывающихся въ маткѣ подъ вліяніемъ ея хроническаго воспаления: во-первыхъ, такія матки, въ которыхъ главнымъ образомъ поражена соединительная ткань, продѣлывающая всѣ фазы воспалительныхъ явленій, мышечныя же волокна играютъ только роль пассивную и нерѣдко подвергаются регрессивнымъ измѣненіямъ; эти формы встрѣчались при анатомическихъ изслѣдованіяхъ чаще всего и въ настоящее время болѣе всего изучены, особенно въ маткахъ беременных (*Кошкарровъ*, *В. Масловскій*, *Дубенскій* — диссертациі изъ нашей клиники); во-вторыхъ, матки, въ которыхъ и мышечная ткань подвергается активнымъ измѣ-

неніемъ, совершенно аналогичнымъ ея измѣненіямъ подъ вліяніемъ раздраженія, обусловливаемого растущимъ плоднымъ яйцомъ: волокна ея гипертрофируются и гиперплазируются, такъ что такія матки во всѣхъ своихъ составныхъ частяхъ представляются увеличенными, и процессъ этотъ, если бы онъ не сопровождался воспалительными явленіями при жизни, могъ бы быть отнесенъ къ чистымъ новообразованиямъ.

**Этіологія.** Безспорно къ самымъ частымъ этиологическимъ моментамъ развитія хроническаго метрита мы должны отнести тѣ вредныя вліянія, которыя дѣйствуютъ на матку, только что родившую, въ послѣродовомъ періодѣ, и, съ одной стороны, обусловливаютъ ея неправильное обратное развитіе (*subinvolutio uteri*), а съ другой — весьма часто бываютъ достаточны, чтобы обусловить въ то же время и начало воспалительныхъ явленій. Болѣе точная анатомія послѣродового обратнаго развитія матки еще до сихъ поръ не можетъ считаться вполне извѣстной и хорошо разработанной; мы знаемъ, что процессъ жирового перерожденія мышечныхъ волоконъ тянется весьма долго: такъ на 5 недѣль послѣ родовъ д-ръ *Войцеховскій* (диссерт. изъ нашей клиники) наблюдалъ еще рѣзко выраженные жирныя зернышки въ мышцахъ матки. Въ теченіе всего этого времени, а навѣрное еще и болѣе продолжительное время, на такую, не пришедшую еще къ нормѣ матку всѣ вредныя условія будутъ вліять гораздо болѣе интенсивно. И дѣйствительно, мы видимъ, съ какою легкостью къ маткѣ, еще увеличенной въ объемъ, присоединяется чувствительность ея при давленіи и переполненіе ея кровью; матка представляетъ увеличеніе своего объема, непропорціональное сроку послѣродового періода; чистыя, невоспалительныя формы нарушеннаго обратнаго развитія (*involutio vitiosa*) приходится наблюдать относительно весьма рѣдко.

Только съ чисто клинической точки зрѣнія мы имѣемъ право признать, что такая матка особенно легко начинаетъ давать признаки своего воспаления. При всѣхъ почти послѣродовыхъ формахъ заболѣванія, дающихъ летальный исходъ, матка представляется также пораженною въ своей стѣнкѣ или въ формѣ задержаннаго обратнаго развитія, или же болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ острыхъ воспалительныхъ измѣненій, — такъ что мы не много ошибемся, допустивъ, что всѣ этиологическіе моменты для развитія мѣстныхъ послѣродовыхъ заболѣваній будутъ въ то же время таковыми и для начала хроническаго метрита. Говоря объ этихъ этиологическихъ моментахъ, вообще, мы видимъ, что и здѣсь устраненіе инфекціи во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ дало уже свои ощутительные результаты; дѣйствительно, рядомъ съ общимъ пониженіемъ ‰ заболѣваемости послѣ родовъ, и матки женщинъ на пятой и шестой недѣль *post partum* не представляются такъ часто въ состояніи воспа-

ленія или неправильнаго обратнаго развитія, какъ это приходилось наблюдать ранѣе, въ періодъ до антисептическаго веденія родовъ.

Все только что сказанное особенно рѣзко приходится наблюдать послѣ выкидышей, при которыхъ гигиена послѣродового періода почему то со стороны больныхъ нерѣдко совершенно игнорируется. Больныя менѣе берегутся, если можно такъ выразиться, и мы видимъ, какъ матка, долго сохраняя свой увеличенный объемъ, мало-по-малу дѣлается болѣзненной при дотрогиваніи, и передъ нами развивается картина хроническаго метрита, затягивающагося на долгіе годы. — Такая матка иногда скоро снова забеременѣваетъ, происходитъ выкидышъ, и это можетъ повториться нѣсколько разъ; мы видимъ тогда хроническій метритъ въ полномъ блескѣ его развитія.

Весьма важнымъ этиологическимъ моментомъ для развитія воспаленія матки въ его хронической формѣ представляется половая жизнь и именно coitus. За послѣднее время нѣкоторые авторы относятся крайне скептически къ вреднымъ вліяніямъ, могущимъ при посредствѣ coitus'a отражаться на заболѣваніи матки, — и дѣйствительно, нѣкоторыя стороны этого вопроса далеко не подтверждаются наблюденіями, такъ напр., только болѣе частый и усиленный coitus, долженствовавшій вызывать хроническій метритъ, въ дѣйствительности его не обусловливаетъ, какъ это видно изъ наблюденій надъ puellae publicae; но съ другой стороны, дѣйствительно приходится встрѣчать случаи и, устраняя вредное вліяніе, до извѣстной степени излѣчивать ихъ, въ которыхъ coitus, какъ этиологическій моментъ, играетъ первенствующую роль. — Сюда относятся случаи такъ называемаго coitus reservatus, къ стыду нашего времени такъ распространеннаго при системѣ имѣнія только двухъ дѣтей. Наблюденія Valent'ы и Goodell'я («Lessons in gynecology», Philadelphia, P. A., 1880) вполне устанавливають эту возможность. Ованизмъ и неполное совокупленіе съ импотентнымъ мужемъ относятся къ этой же категоріи. Вліяніе этихъ этиологическихъ моментовъ Valenta объясняетъ, кромѣ дѣйствія на психику и нервную систему, еще и тѣмъ, что приливъ крови къ маткѣ и влагалищу, вызванный такимъ ненормальнымъ актомъ, не разрѣшается, и половой аппаратъ остается гинеремированнымъ и напряженнымъ на болѣе долгое время («Centralbl. f. Gyn.», 1881, стр. 215). Кромѣ того употребленіе различныхъ средствъ, препятствующихъ проникновенію сперматозоидовъ въ матку, съ цѣлью воспрепятствовать зачатію, какъ то: губокъ, закрытыхъ влагалищныхъ колець и инъекцій во влагалище различнаго рода жидкостей, представляются весьма частымъ явленіемъ въ анамнезѣ больныхъ хроническимъ метритомъ; особенно примѣненіе влагалищныхъ инъекцій болѣе низкой температуры тотчасъ послѣ coitus'a вле-

четь за собою нерѣдко развитіе исподволь хроническаго воспаленія.

Различнаго рода долго продолжающіяся пассивныя гипереміи матки занимаютъ также одно изъ видныхъ мѣстъ въ ряду этиологическихъ моментовъ метрита. Неправильныя положенія матки, въ особенности retroflexio и prolapsus, весьма нерѣдко обуславливаютъ такого рода гипереміи и, дѣйствительно, служатъ исходною точкою развитія заболѣванія.

Ростъ различнаго рода опухолей, какъ доброкачественныхъ (фибромиомы), такъ и злокачественныхъ (ракъ), сопровождается относительно часто метритомъ, играя роль этиологическаго момента.

Кромѣ того заболѣваніе стѣнки матки можетъ быть обусловлено распространеніемъ воспалительныхъ измѣненій съ прилежащихъ тканей; въ этомъ направленіи главное мѣсто занимаютъ различнаго рода эндометриты; здѣсь даже при анатомическомъ изслѣдованіи иногда весьма легко убѣдиться, какъ процессъ со слизистой оболочки распространяется въ стѣнки тѣла матки по направленію кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ и окружающій ихъ соединительной ткани. Точно такое же распространеніе воспаления по соединительной ткани мы наблюдаемъ при периметритахъ. Утолщенный и покрытый ложными перепонками брюшинный покровъ тѣла матки даетъ разрастаніе соединительной ткани въ междумышечныхъ пучкахъ ея, прилегающихъ къ брюшинѣ; это разрастаніе, а въ свѣжихъ случаяхъ — клѣточковая инфильтрація, распространяется и между отдѣльными мышечными волокнами.

Въ клиникѣ мы можемъ также нерѣдко наблюдать распространеніе, вѣрнѣе, переходъ процесса съ ткани шейки матки на ея тѣло. Случаи разрыва шейки во время родовъ, такъ часто ведущіе за собою заболѣваніе, какъ слизистой оболочки, такъ и стѣнокъ ея, представляютъ въ этомъ отношеніи крайне поучительныя картины распространенія заболѣванія, такъ что lacerationes colli могутъ считаться также отдѣльнымъ этиологическимъ моментомъ въ развитіи metritidis chronicae.

Переходъ остраго воспаленія матки (metritis acuta) въ хроническое допускается большею частью только *a priori*, такъ какъ случаи остраго воспаленія матки крайне рѣдки и въ большей части случаевъ кончаются полнымъ restitutio ad integrum, а, слѣдовательно, возможность наблюденія такого перехода принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ и случайностямъ. Точно наблюдавшихся случаевъ въ этомъ направленіи не имѣется.

Если возможно проводить параллель между воспаленіемъ стѣнки матки въ ея беременномъ состояніи съ хроническимъ метритомъ, а возможность эта вполнѣ дается идентичностью анатоми-патологическихъ измѣненій процесса, то мы должны



еще указать на различного рода возможные травмы и подчасъ весьма значительныя раздраженія со стороны нашихъ гинекологическихъ манипуляцій.

Изъ конституціональныхъ формъ заболѣванія, влекущихъ за собою нерѣдко развитие metritis chronicae, мы должны указать на сифилисъ, такъ часто поражающій вторично половой аппаратъ женщины. Metritis et endometritis syphilitica встрѣчаются не рѣдко.

Plethora abdominalis и застойныя формы гипереміи органовъ малаго таза подъ вліяніемъ болѣзней печени, легкихъ, сердца и т. п. при долгомъ своемъ существованіи могутъ играть не послѣднюю роль въ развитіи хроническихъ воспалительныхъ измѣненій въ тканяхъ маточной стѣнки.

Заболѣванія нервной системы (ganglion cervicale) не могутъ также по всей вѣроятности оставаться индифферентными для матки, какъ беременной, такъ и не беременной (*Н. В. Ястребовъ, «Къ нормальной и патологической анатоміи ganglion cervicale uteri», Диссертація изъ нашей клиники 1881*), обуславливая мѣстные параличи ея мышечныхъ пучковъ и тѣмъ, быть можетъ, предрасполагая къ возможности развитія гнѣзднаго воспаленія ея.

**Припадки**, вызываемые хронически - воспаленною маткою, можно сопоставить главнымъ образомъ въ три группы: а) припадки, стоящіе въ зависимости отъ увеличеннаго объема и болѣзненности матки; б) нарушеніе физиологическихъ функций матки и в) различного рода отраженныя нервныя явленія. Симптомы, обуславливаемые хроническимъ воспаленіемъ шейки матки, будутъ нами изложены въ главѣ объ воспаленіяхъ ея.

Болѣзненность и увеличенный объемъ воспаленнаго органа обуславливаютъ то, что больныя начинаютъ, если можно такъ выразиться, ощущать присутствіе матки въ тазу, подобно тому, какъ страдающіе различного рода заболѣваніями сердца ощущаютъ присутствіе этого органа въ лѣвой сторонѣ груди. Такъ больныя жалуются на ощущеніе особой тяжести внизу живота, локализируя это ощущеніе прямо по срединѣ надъ лобкомъ; при попыткахъ къ движенію оно иногда усиливается до такой степени, что больныя волей-неволей должны остерегаться всякой излишней ходьбы. При осложненіи перегибомъ назадъ и легкимъ опущеніемъ матки больныя начинаютъ особенно интенсивно ощущать чувство напирания внизъ, «какъ будто что-то хочетъ выйдти», какъ онѣ говорятъ. Болѣзненная при всякомъ надавливаніи матка обуславливаетъ болѣе или менѣе сильно выраженное болѣзненное ощущеніе при испраженіи каловыхъ массъ, которыя, при существующемъ предрасположеніи такихъ больныхъ къ запорамъ, имѣя значительную величину и плотность, во время акта дефекаціи или надавливаютъ на матку,

или производить перемѣщеніе въ ея положеніи и тѣмъ вызываютъ боль. Боль эта иногда до такой степени интенсивна, что больныя со страхомъ ждуть момента дефекаціи. —

Увеличенная въ объемѣ (вѣсѣ) и обладающая неподатливыми стѣнками матка, находясь въ своемъ нормальномъ положеніи — ante flexio, непосредственно прилегая къ мочевому пузырю, не можетъ уже такъ легко и свободно слѣдовать за всѣми движеніями верхне-задней стѣнки пузыря при его наполненіи мочею. Это-ли только давленіе на пузырь, или, быть можетъ, распространяющаяся на него по сосѣдству гиперемія вызываютъ иногда весьма тягостныя для больной разстройства со стороны мочеиспусканія. Особенно рѣзко представляются развитыми учащенные и болѣзненные позывы къ мочеиспусканью. Припадокъ этотъ на столько выступаетъ иногда на первый планъ, что больныя долго продѣлываютъ различныя систематическія лѣченія противъ болѣзней мочевого пузыря и, только переходя въ руки гинеколога, освобождаются отъ мучащаго ихъ симптома. Для устраненія этого тягостнаго припадка было даже примѣняемо искусственное образованіе влагалищно-пузырной фистулы (*Fritsch, l. c., стр. 929*), конечно, безъ всякаго успѣха относительно излѣченія болѣзни.

Хроническій метритъ особенно рѣзко даетъ себя знать при физиологическихъ функціяхъ матки: менструаціи, бачатіи, беременности, родахъ и послѣродовой періодѣ представляють отклоненія отъ нормы, благодаря патологическому состоянію стѣнокъ матки. Мы констатируемъ здѣсь неправильность сокращенія матки, благодаря воспаленному состоянію ея паренхимы и связанному съ этимъ развитію соединительной ткани. Говоря вообще, сокращенія матки бываютъ выражены менѣе интенсивно и даютъ такимъ образомъ поводъ къ различнаго рода симптомамъ. Извѣстно, что матка, какъ мышечный органъ, состоящій изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, въ различное время представляетъ различную степень сокращенія ихъ, т. е. состояніе покоя смѣняется сокращеніемъ. Такого рода сокращенія мышцъ матки sub graviditate несомнѣнны и могутъ быть осязательно доказаны; внѣ беременности, во время менструаціи о нихъ можно заключать по различной степени плотности и величинѣ гиперемированной матки. *Schultze* («*Die Pathologie u. Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter*», *Berlin, 1881, стр. 52*) считаетъ эти менструальныя сокращенія матки стоящими внѣ всякаго сомнѣнія. Точно также матка не менструирующая представляется при повторномъ изслѣдованіи весьма различной консистенціи, такъ что, обращая на это особое вниманіе, мы можемъ нерѣдко убѣждаться, что гладкое мышечное волокно матки не находится постоянно въ состояніи покоя и, подобно гладкимъ мышцамъ другихъ органовъ, даетъ могуцію быть осязаемыми,

свои периодическія сокращенія и у человѣка. Имѣя передъ собою матку, пораженную хроническимъ метритомъ, и, слѣдовательно, въ большей части случаевъ съ преобладающимъ развитіемъ соединительной ткани въ ея стѣнкѣ, намъ будутъ понятны явленія со стороны теченія менструальнаго періода. Metritis chronica влечетъ за собою весьма часто увеличенную потерю крови во время менструаціи, и самый періодъ кровотеченія затягивается. Я не буду говорить въ этой главѣ о томъ, что нерѣдко явленіе это всецѣло зависитъ отъ осложняющаго заболѣваніе воспаления слизистой оболочки матки (endometritis), и остановлюсь только на случаяхъ чистыхъ, не представляющихъ заболѣванія эндометриі, могущихъ обусловить иногда весьма значительную потерю крови. Извѣстно, что всѣ физиологическія кровотеченія изъ матки останавливаются не путемъ тромбоза кровеносныхъ сосудовъ, а путемъ сжатія ихъ сокращеніями мышцъ матки. При отсутствіи такого сокращенія, отъ какихъ бы причинъ оно ни зависѣло, мы встрѣчаемъ ничѣмъ иногда неостановимыя кровотеченія. Къ концу менструаціи, помимо прекращенія такъ называемаго менструальнаго прилива, мы наблюдаемъ также усиленное сокращеніе мышцы матки, выражающееся мѣмъ, что матка въ періодъ остановки кровотеченія оказывается при изслѣдованіи гораздо плотнѣе на ощупь, чѣмъ въ первые дни послѣ окончанія менструаціи, что и даетъ намъ право говорить о сокращеніи мышцы, а не только о меньшей степени гипереміи, какъ причинѣ большаго уплотненія (на ощупь) стѣнки матки. Такимъ образомъ продолжительность регулъ въ случаяхъ хронически воспаленной стѣнки матки намъ становится понятной. Интенсивность самого кровотеченія, конечно, можетъ быть также обусловлена отсутствіемъ или крайне слабо выраженными менструальными сокращеніями матки. Съ другой стороны, и значительно увеличенная площадь полости матки, вслѣдствіе эксцентрическаго увеличенія этой послѣдней, можетъ играть при этомъ извѣстную роль, какъ это предполагаетъ *Fritsch*.

Съ теченіемъ времени, когда, подъ влияніемъ измѣненія вновь образованной соединительной ткани и запусъванія сосудовъ матки, эта послѣдняя представляется уменьшенною въ объемѣ, почти хрящевой плотности, съ весьма малымъ количествомъ сосудовъ (второй періодъ хроническаго метрита *Scanloni*), типъ менструаціи также мѣняется, и можетъ наступить amenorrhoea — полное прекращеніе регулъ, исходъ, наблюдаемый далеко не такъ часто, какъ бы это могло казаться съ перваго взгляда.

Другое измѣненіе характера менструаціи, встрѣчающееся иногда при хроническомъ метритѣ, это dysmenorrhoea — болѣзненная менструація. Объясненіе ея мы, соглашаясь вполне съ *Schultze* (l. c.), находимъ въ менструальныхъ же сокращеніяхъ мышцъ

воспаленной матки. Извѣстно, что на здоровомъ органѣ сокращенія не вызываютъ никакой боли и совершенно неощутимы. Мы укажемъ только на сокращенія матки послѣ родовъ женщинъ, родившихъ въ первый разъ, и затѣмъ при послѣдующихъ родахъ: при присоединяющихся заболѣваніяхъ (*metritis et parametritis*) эти же сокращенія даютъ весьма интенсивныя боли. То же самое мы наблюдаемъ и при менструаціи. Женщина, получающая заболѣваніе стѣнокъ матки, напримѣръ, при зараженіи гонорреей, тотчасъ же представляетъ картину *dysmenorrhoeae*, идущую рука объ руку съ интенсивностью воспалительнаго процесса въ стѣнкѣ матки и исчезающую съ прекращеніемъ этого послѣдняго.

Довольно нерѣдко женщины, страдающія хроническимъ метритомъ, представляютъ рѣзко выраженные схваткообразныя боли, появляющіяся вдругъ, какъ разъ на половинѣ времени, протекающаго отъ одной менструаціи до другой, — такъ называемыя между - менструальныя боли (*inter menstrual pain Priestley'a*). Патологія этихъ болей еще не можетъ считаться достаточно выясненной, и, по всей вѣроятности, въ основѣ ихъ лежитъ не одна, а нѣсколько причинъ. Пока, благодаря наблюденіямъ *Fehling'a*, ихъ можно поставить въ связь съ началомъ менструальнаго прилива, который, по его гипотезѣ, могъ бы происходить именно въ срединѣ времени между двумя менструаціями («*Arch. f. Gyn. XVII, стр. 348*»). Приливъ этотъ, происходя въ совершенно здоровыхъ половыхъ органахъ, конечно, начинается совершенно незамѣтно, тогда какъ больной половой аппаратъ долженъ реагировать болѣзненными ощущеніями, происходящими отъ сокращеній заболѣвшей матки или фаллопиевыхъ трубъ, въ особенности, если случай метрита относится къ тѣмъ, при которыхъ констатируется и активное участіе мышечныхъ элементовъ.

Хроническій метритъ нерѣдко сопровождается бесплодіемъ, въ большей части зависящимъ отъ осложняющихъ метритъ заболѣваній, какъ напримѣръ, *endometritis*, *perimetritis* и особенно *perisalpingitis* и *perioophoritis*. Хроническій метритъ *eo ipso* можетъ также представить невозможность оплодотворенному яйцу удержаться въ полости матки (*impotentia concipiendi*). Увеличенная полость матки при метритѣ можетъ представиться черезчуръ вмѣстительной, и разбуханіе слизистой оболочки ея не будетъ достаточно, чтобы выполнить весь ея просвѣтъ; яичко, падая въ этотъ послѣдній, можетъ быть извергнуто изъ матки, не встрѣчая на пути своемъ складокъ deciduae, могущихъ удержать его въ полости матки.

Вліяніе хроническаго метрита на беременность въ большинствѣ случаевъ выражается тѣмъ, что большыя не донашиваютъ, (*impotentia gestandi*), и происходитъ выкидышъ, — фактъ клини-

чески стоящій твердо. Причины, обуславливающія этотъ выкидышъ, къ сожалѣнiю, до сихъ поръ еще не могутъ быть достаточно точно выяснены, такъ какъ материалъ для изслѣдованiя односторонень. Вольныя послѣ выкидыша обыкновенно не умираютъ, и мы можемъ подвергнуть изслѣдованiю только части, извергнутыя маткою. Дѣйствительно, въ большемъ рядѣ случаевъ наблюдается заболѣванiе deciduae verae et serotinae (endometritis decidualis et placentaris), которое уже само по себѣ можетъ обусловить выкидышъ. Нерѣдко въ относительно здоровомъ плодномъ яйцѣ и его материнскихъ оболочкахъ мы находимъ экстрavasаты различной величины и различной давности происхожденiя. Экстрavasаты эти, какъ извѣстно, могутъ иногда считаться непосредственною причиною, дающею толчекъ къ выкидышу. Появленiе ихъ въ слизистой оболочкѣ беременной матки при хроническомъ метритѣ не идетъ въ разрѣзъ съ припадками имъ вызываемыми, между которыми кровотеченiя, какъ мы видѣли, играютъ далеко не послѣднюю роль. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ намъ приходилось наблюдать у женщинъ, лѣчившихся отъ metritis chronica, появленiе такъ называемыхъ кровяныхъ заносовъ (mola cruenta), при чемъ ни величина матки, ни величина плоднаго яйца не соответствовали сроку беременности: они представлялись меньшими по величинѣ. Патологоанатомическiя измѣненiя такого рода заносовъ, какъ извѣстно, сводятся на экстрavasаты, пронизывающiе оболочки, и на тромбозъ синусовъ дѣтскаго мѣста. При нихъ нерѣдко наблюдаются появляющiяся родовыя боли (схватки), которыя, продолжаясь извѣстное время, стихаютъ, и беременность не прерывается. Такое появленiе схватокъ можетъ повторяться нѣсколько разъ; всегда сопровождается извѣстною потерей крови, и, наконецъ, послѣ нѣсколькихъ тщетныхъ попытокъ заболѣвшее яйцо извергается цѣликомъ. Въ свое время («On endometritis decidualis chronica as a cause of abortion etc.» «Edinburgh Medical Journal», 1873) я старался объяснить эти случаи только заболѣванiемъ deciduae, ея хроническимъ воспаленiемъ (endometritis decidualis chronica); но дальнѣйшiе случаи показали, что измѣненiя deciduae не всегда бываютъ настолько интенсивно выражены, чтобъ быть единственною причиною этого затягивающагося выкидыша. Недостаточность сокращенiй матки для выведенiя заболѣвшаго яйца, мнѣ кажется, можетъ и должна быть поставлена въ связь съ заболѣванiями стѣнки матки, съ ихъ хроническимъ воспаленiемъ. И здѣсь мы видимъ то же, что и въ маткѣ небеременной: крайне вялыя сокращенiя матки обуславливаютъ сильныя болевыя ощущенiя.

Если заболѣванiе матки выражено недостаточно интенсивно, и беременность доходитъ до конца, то во время родовъ мы можемъ иногда наблюдать крайнюю слабость сократительной дѣя-

тельности матки. Такъ женщины, имѣющія узкій тазъ и нѣсколько разъ трудно родившія и бывшія больными въ послѣ-родовомъ періодѣ, представляютъ нерѣдко классическіе примѣры такихъ слабыхъ родовыхъ болей, вслѣдствіе хроническаго воспаления стѣнокъ матки съ значительнымъ разрастаніемъ межмышечной соединительной ткани. Подобные случаи нерѣдко подтверждаются вскрытіями. Если передъ нами гнѣздная форма хроническаго воспаления матки во время родовъ, то сокращенія мускулатуры ея могутъ быть вполне достаточны, и первые два періода родовъ проходятъ, повидимому, правильно, но затѣмъ въ 3-мъ періодѣ, послѣдовомъ, измѣненія эти даютъ себя знать, особенно если они захватываютъ мѣсто прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. Извѣстны случаи задержанія послѣда и смертельныхъ кровотеченій, обусловленныхъ разбираемымъ нами заболѣваніемъ. Въ послѣродовомъ періодѣ мы находимъ иногда нолипообразныя выпячивания стѣнки матки вслѣдствіе недостаточнаго частичнаго сокращенія ихъ, обусловленнаго развитіемъ частичнаго хроническаго метрита. Въ дальнѣйшемъ теченіи послѣродоваго періода такъ называемыя позднія кровотеченія стоятъ также въ связи съ этимъ заболѣваніемъ. (О хроническомъ метритѣ беременной матки см. работы, вышедшія изъ лабораторіи завѣдываемой мною клиникой: А. И. Лебедевъ. *Отчетъ Гаванскаго родильнаго приюта* 1879. Стр. 98. — И. Кошкарвъ. *Atonia partialis uteri ex metritide interstitiali chronica*. Дисс. 1880. — В. О. Масловскій. *Къ ученію о пляцентарныхъ полипахъ*. Дисс. 1880. — И. И. Дубенскій. *Матеріалы къ этиології произвольныхъ разрывовъ матки во время беременности и родовъ*. Дисс. 1884.)

Въ теченіи хроническаго метрита, особенно при его обостреніяхъ, весьма часто появляются осложненія въ формѣ такъ называемыхъ отраженныхъ явленій. Ничему неуступающія боли въ формѣ мигрени и невралгій, особенно N. trigemini, суть явленія заурадные. Особенно присуще хроническому метриту появленіе болей въ грудныхъ железахъ (*mastodynia*); эти боли почти не наблюдаются при другихъ заболѣваніяхъ полового аппарата женщины. При этомъ грудныя железы припухаютъ, покрывающая ихъ кожа лоснится; прикосновеніе болѣзненно. Состояніе это обыкновенно ухудшается передъ началомъ появленія регуль или же въ срединѣ промежутка между ними. Извѣстно, что въ эти сроки у совершенно здоровыхъ субъектовъ нерѣдко наблюдается также легкое припуханіе грудныхъ железъ, не сопровождающееся болью; при хроническомъ же метритѣ явленіе это бываетъ иногда настолько сильно выражено и болѣзненно, что играетъ одну изъ первыхъ ролей въ субъективныхъ ощущеніяхъ больной. Патологія и въ этомъ случаѣ не представляется точно разъясненной, и намъ приходится

только указывать на существующую связь между сосудистыми и нервными системами обѣихъ областей.

Хроническій метритъ, развиваясь у женщинъ, страдающихъ гистеріей, имѣетъ ухудщающее вліяніе на теченіе этой послѣдней. Припадки и страданія, вызываемые гистеріей, усиливаются; особенно нерѣдко можно наблюдать появленіе гистерическихъ параличей и анестезій, почти совершенно проходящихъ по устраненіи заболѣванія матки; терапия, прямо направленная на метритъ, даетъ рѣзкія улучшенія гистерическихъ явленій.

Къ симптомамъ, встрѣчающимся часто рядомъ съ *metritis chronica*, безспорно слѣдуетъ отнести привычные запоры, какъ результатъ извѣстной степени атоніи кишокъ. Въ большей части случаевъ сама матка не представляетъ никакого механическаго препятствія для прохожденія каловыхъ массъ. Такая атонія кишечнаго канала весьма часто осложняетъ различныя заболѣванія полового аппарата женщины. Связь ея съ хроническимъ метритомъ, по крайней мѣрѣ для нѣкоторыхъ случаевъ, можетъ быть доказана; случаи, гдѣ улучшеніе воспалительныхъ явленій матки, достигнутое терапевтическими мѣрами, сопровождается и болѣе энергичною работою кишечнаго канала, могутъ быть наблюдаемы относительно не рѣдко.

Запущенные хроническіе метриты, подрывая общее состояніе здоровья женщины, имѣютъ своимъ послѣдствіемъ развитіе общихъ формъ заболѣванія, какъ, на примѣръ, *anaemia* и *chlorosis*.

**Теченіе болѣзни и исходы.** Начало болѣзни, т. е. развитіе болѣзненныхъ ощущеній, больными относится на извѣстный промежутокъ времени спустя послѣродовой періодъ. Такъ съ началомъ болѣе трудной работы или при попыткахъ большаго движенія, больныя начинаютъ чувствовать мало-по-малу появленіе болей въ крестцѣ, тяжесть внизу живота, бѣли, частые позывы къ мочеиспусканію, запоры и появленіе болѣе или менѣе усиленныхъ регулъ. Вначалѣ всѣ эти припадки выражены далеко не рѣзко, и только мало-по-малу они усиливаются до того, что заставляють больную слечь въ постель. Почти въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ время развитія этихъ припадковъ и достиженія ихъ до аспе представляется различнымъ, смотря по тѣмъ вреднымъ вліяніямъ, которыя способствуютъ ухудшенію уже имѣющагося, но еще не вызывающаго страданій заболѣванія. Развитіе ихъ идетъ не постепенно и равномерно, но болѣе періодично: періоды времени, когда больныя чувствуютъ себя относительно здоровыми, смѣняются каждый мѣсяць или черезъ двѣ, три недѣли періодами ухудшенія; эти послѣдніе дѣлаются все ожесточеннѣе, и болѣзненные ощущенія сильнѣе. Во время такихъ ожесточеній мы нерѣдко встрѣчаемъ

больныхъ, дающихъ температуру до 38,5—39,0°, не могущую быть объясненною ничѣмъ другимъ, какъ обостреніемъ мѣстнаго воспалительнаго процесса.

Регулы, бывшія до родовъ неболезненными, весьма часто дѣлаются болѣзненными; количество теряемой крови увеличивается, и иногда послѣ довольно сильной потери крови больныя чувствуютъ себя гораздо лучше; это улучшение держится недѣли двѣ, и затѣмъ снова съ ожидаемымъ началомъ менструальнаго періода больныя начинаютъ расхварываться, представляя иногда сильное ухудшеніе припадковъ, о чемъ было упомянуто уже выше, какъ разъ на срединѣ времени между двумя менструаціями, — появляются сильныя болевыя ощущенія, продолжающіяся только нѣсколько дней и снова утихающія до слѣдующаго срока. — Увеличенное количество теряемой при менструаціи крови далеко не постоянно, и не рѣдки случаи, въ которыхъ съ этой стороны не замѣчается никакихъ отклоненій.

Въ только что описанномъ состояніи больныя обыкновенно ищутъ нашей помощи. При соответствующемъ лѣченіи припадки или значительно уменьшаются, или даже и совершенно прекращаются, больныя считаютъ себя выздоровѣвшими, но, и это, къ сожалѣнію, нерѣдко, спустя болѣе или менѣе относительно долгое время, мы видимъ больную снова и почти съ тѣми же болѣзненными припадками, какъ и прежде. Усиленная физическая работа, сильныя душевныя движенія, новая беременность, выкидышъ обыкновенно должны считаться моментами, обуславливающими эти ухудшенія. Особенно новое забеременѣваніе, кончившееся абортomъ или хотя-бы и правильными благополучными родами, всегда влечетъ за собою относительное ухудшеніе заболѣванія. Существовавшее мнѣніе объ излѣчимости хроническаго метрита новою беременностью далеко не подтверждается ежедневнымъ клиническимъ опытомъ, и у больныхъ, только что продѣлавшихъ, повидимому, нормальный послѣродовой періодъ, мы находимъ, спустя 6 недѣль, 2 мѣсяца, матку снова въ состояніи хроническаго воспаленія.

Съ приближеніемъ менопаузы припадки обыкновенно еще болѣе усиливаются, а съ наступленіемъ ея въ большемъ числѣ случаевъ совершенно пропадаютъ. Въ болѣе-же рѣдкихъ случаяхъ мы встрѣчаемъ женщинъ, уже нѣсколько лѣтъ переставшихъ менструировать и тѣмъ не менѣе представляющихъ полное развитіе хроническаго метрита; но эти случаи, какъ уже лишенные ежемѣсячнаго менструальнаго обостренія, поддаются нашему лѣченію гораздо легче и даютъ стойкое выздоровленіе. Съ другой стороны, хроническое воспаленіе матки можетъ обусловить задержку въ наступленіи менопаузы, и женщины за 50 лѣтъ, обладая такою воспаленною маткою, продолжаютъ менструировать или, вѣрнѣе, терять кровь, хотя и далеко уже не



въ такіе правильные періоды времени, какъ это было прежде.

Женщины, никогда не рожавшія и страдающія *metritide chronica*, представляютъ теченіе болѣзни, совершенно аналогичное только что описанному. Первымъ признакомъ заболѣванія обыкновенно является *dysmenorrhoea* и бѣли; между - менструальное время свободно отъ болѣзненныхъ ощущеній, и только мало-помалу боли внизу живота и въ поясищѣ устанавливаются постоянно, и лишь ухудшеніе ихъ появляется періодически. Рядомъ съ этими, такъ сказать, гинекологическими припадками начинаютъ также исподволь развиваться различные отраженные болѣзненные припадки, и въ извѣстный періодъ болѣзни рѣдкая больная не представляетъ группы болѣзненныхъ симптомовъ, извѣстныхъ подъ именемъ гистеріи.

Далеко не во всѣхъ случаяхъ и даже не въ большинствѣ ихъ наступаетъ такъ называемый, по *Scanzoni*, второй періодъ хроническаго метрита, періодъ затвердѣнія. Въ этихъ относительно рѣдкихъ случаяхъ мы можемъ наблюдать постепенное уменьшеніе интенсивности припадковъ съ постоянно увеличивающимися свѣтлыми промежутками. Матка уменьшается въ объемѣ вслѣдствіе ретракціи и оплотнѣнія вновь развившейся соединительной ткани, кровепереполненіе ея дѣлается все меньше и меньше, болѣзненность пропадаетъ, и больныя такимъ образомъ выздоравливаютъ отъ такъ долго мучившихъ ихъ обостреній воспалительнаго процесса. Регулы мало-помалу также уменьшаются, и развивается преждевременная менопауза; женщины 37—40 лѣтъ представляются обладающими старческою, атрофированною маткою, неспособною уже къ продуктивной дѣятельности. Эта категория случаевъ и представляетъ изъ себя чистыя формы интерстиціального воспаленія матки, причемъ мышечные элементы ея играютъ лишь пассивную роль, въ большей части случаевъ подвергаясь жировому перерожденію.

Другая форма хроническаго метрита, какъ мы уже видѣли выше, отличающаяся чрезмѣрнымъ развитіемъ мышечныхъ элементовъ, обуславливаетъ намъ картину болѣзни, тянущейся всю жизнь, и здѣсь уже необходимо иногда довольно долгое время, чтобы, вслѣдствіе старческихъ измѣненій, матка подверглась атрофіи съ потерей большей части своихъ мышечныхъ элементовъ. Доказательство этому мы находимъ, изслѣдуя анатомически (примѣняя окраску пурпуриномъ) нѣкоторыя матки старухъ, представляющіяся на секціонномъ столѣ увеличенными въ объемѣ и относительно мягкими; мышечные элементы въ такихъ препаратахъ наблюдаются совершенно хорошо сохранными и нерѣдко увеличенными въ объемѣ.

**Объективное изслѣдованіе.** При наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи мы находимъ обыкновенно матку

увеличенною въ объемѣ, непотерявшею своей физиологической подвижности и, болѣе или менѣе, болѣзненной при давленіи или на протяженіи всего тѣла, или же только мѣстами, иногда весьма ограниченными. Вводя зондъ, мы констатируемъ увеличеніе полости матки до 9,0 или 10,0 см. и иногда болѣе; прощупываніе пуговки зонда наружною рукою мѣстами весьма болѣзненно; стѣнки матки представляются утолщенными. Положеніе матки при хроническомъ метритѣ большею частью зависитъ отъ осложненія его различнаго рода перегибами; такъ мы можемъ встрѣтить *retroflexi*'ю или *anteflexi*'ю, смотря по тому, который изъ этихъ перегибовъ существовалъ ранѣе, до заболѣванія. Въ случаяхъ чистыхъ съ этой стороны нормальная *anteflexio* матки уменьшается, уголъ, образуемый ею, сглаживается, и при *metritis totius uteri*, когда, какъ тѣло, такъ и шейка матки поражены, она можетъ представляться почти прямолинейною, находясь въ положеніи *anteversio* (рис. 214). Точно также нерѣдко при вторичныхъ перегибахъ матки назадъ, какъ, напр., при пролапсахъ, мы встрѣчаемъ прямую матку только въ положеніи *retroversionis*, вслѣдствіе присоединившагося хроническаго воспаления ея ткани.

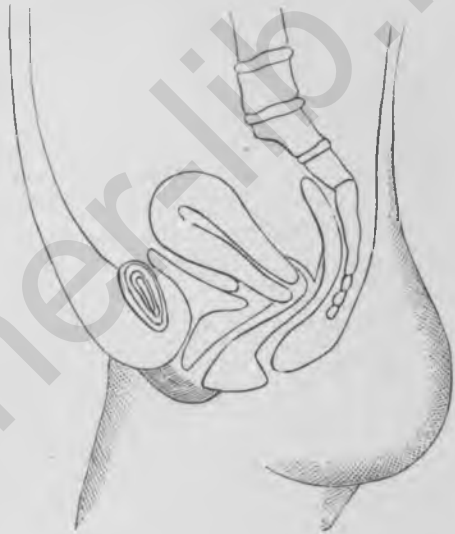


Рис. 214.

Консистенція увеличенной, подвижной и болѣзненной матки при *metritis chronica* представляется крайне разнообразною: приходится встрѣчать всѣ степени плотности, начиная отъ крайне рыхлой съ едва различимыми контурами матки до почти хрящевой плотности. Изслѣдуя повторно и тщательно больныхъ съ разбираемымъ нами заболѣваніемъ, довольно нетрудно констатировать, что нашему наблюденію представляется два ряда случаевъ, рѣзко отличающихся другъ отъ друга консистенціею заболѣваемаго органа. Болѣе частыми представляются случаи, когда матка, обладающая всѣми признаками хроническаго метрита, при значительно увеличенномъ своемъ объемѣ имѣетъ консистенцію довольно плотную и почти неизмѣняющуюся, остающуюся одною и тою же при повторныхъ сравнительныхъ изслѣдованіяхъ. Только во время менструальнаго періода и нѣсколько дней до

появленія кровей такая матка представляется нѣсколько болѣе мягкой, но все-таки сохраняющею рѣзкость своихъ контуровъ и представляющеюся гораздо болѣе плотною, чѣмъ матка нормальная въ этотъ же періодъ времени.

Другой рядъ случаевъ, болѣе рѣдкихъ, представляютъ матки, также обладающія кардинальными особенностями матокъ хронически воспаленныхъ, но консистенція ткани которыхъ подвержена рѣзкимъ и частымъ колебаніямъ. При одномъ изслѣдованіи мы видимъ большую, болѣзненную при давленіи матку крайне рыхлой пастозной консистенціи; контуры ея опредѣлимы не рѣзко, ови какъ бы расплываются. При слѣдующемъ изслѣдованіи, на другой день или и въ тотъ же день чрезъ нѣсколько часовъ, матка представляется эластически плотной, какъ бы напряженной, также увеличенной въ объемѣ относительно нормы и болѣзненной при наружно - внутреннемъ изслѣдованіи. Наблюдая женщинъ, обладающихъ такими матками, въ теченіе долгаго времени — годами, и изслѣдуя ихъ, какъ во время періодовъ обостренія, такъ и во время относительнаго здоровья, мы убѣждаемся, что характеръ измѣнчивости консистенціи матки остается такимъ же, и эти рѣзкія перемены плотности стѣнокъ матки могутъ быть отчетливо наблюдаемы (осязаемы).

Такая разница въ консистенціи матки вышесказанныхъ двухъ рядовъ случаевъ хроническаго метрита, по моему мнѣнію, вполне достаточно можетъ быть объяснена патолого-анатомическими измѣненіями, разыгрывающимися при этомъ въ стѣнкахъ матки. Мы уже видѣли, что анатомически слѣдуетъ признать воспалительныя формы съ преобладающимъ развитіемъ соединительной ткани и формы, въ которыхъ разрастаются и мышечные элементы. Такая мѣна консистенціи матокъ во второй категоріи указанныхъ нами случаевъ можетъ быть только объяснена періодическими сокращеніями и расслабленіями маточной мышцы, тогда какъ уменьшеніе плотности матки въ первомъ ряду случаевъ, наблюдающееся въ связи съ менструальнымъ періодомъ, находитъ себѣ главнымъ образомъ вполне достаточное объясненіе въ менструальномъ приливѣ, съ прекращеніемъ котораго прекращается также и наблюдаемое разрыхленіе ткани матки.

Объективное изслѣдованіе въ большемъ числѣ случаевъ укажетъ намъ также на присутствіе бѣлей, эрозій и разнаго рода и вида припухлостей около матки, которыя, имѣя своимъ источникомъ заболѣванія слизистой оболочки матки или окружающихъ матку частей, будутъ нами разобраны въ соответствующихъ главахъ; здѣсь же мы ограничимся только указаніемъ на нихъ, какъ на осложняющія явленія, могущія быть констатированными при объективномъ изслѣдованіи.

**Распознаваніе.** Опредѣленіе болѣзни при хроническомъ метритѣ не представляетъ большихъ трудностей. Имѣя предъ со-

бою извѣстный, выше разобранный комплексъ жалобъ больной и находя при объективномъ изслѣдованіи матку, увеличенную въ объемѣ, подвижную и болѣзненную при давленіи, мы высказываемся за присутствіе *metritidis chronicae*.

Мы не будемъ указывать на возможность смѣшенія этого заболѣванія съ болѣзненными процессами, гнѣздящимися внѣ матки, такъ какъ требуемъ уже точнаго результата отъ наружно-внутренняго изслѣдованія и предполагаемъ, что контуры тѣла матки отграничены нами отъ различнаго рода припухлостей, прилежающихъ иногда весьма тѣсно къ маткѣ. Намъ остается, слѣдовательно, для выясненія дифференціального распознаванія указать только на процессы, гнѣздящіеся въ самой маткѣ и обусловливающіе увеличеніе тѣла ея. Къ этой категоріи относятся беременность и новообразованія.

Беременность первыхъ двухъ мѣсяцевъ даетъ намъ увеличеніе объема матки, не превышающее возможнаго объема ея при хроническомъ воспаленіи; начиная же съ третьяго мѣсяца беременная матка начинаетъ уже превышать объемъ хронически воспаленной матки и изслѣдованіе наводитъ на мысль о возможности другого процесса. При давленіи, производимомъ при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, беременная матка не болѣзненна и поэтому сразу никакъ не можетъ быть принята за хронически воспаленную. Если же мы имѣемъ передъ собою случай забеременѣванія *sub metritide chronica*, то въ первые два мѣсяца діагнозъ нашъ на основаніи только одного изслѣдованія не можетъ быть поставленъ, и мы требуемъ времени для наблюденія и повторнаго изслѣдованія, при которомъ констатируемое нами постоянное увеличеніе объема беременной матки выяснитъ намъ истинное положеніе дѣла. Въ подобныхъ случаяхъ *metritidis chronicae* при анамнезѣ, указывающемъ на возможность забеременѣванія (отсутствіе регуль), слѣдуетъ быть очень осмотрительнымъ съ постановкою показанія къ изслѣдованію зондомъ. Весьма нерѣдко больныя умышленно скрываютъ отъ врача возможность беременности и стараются увѣрить его въ полной невозможности быть беременной, желая именно вызвать изслѣдованіе зондомъ, надѣясь на возможность происхожденія столь желаемаго ими выкидыша, какъ частаго результата этой манипуляціи. Вообще, случаи хроническаго метрита едва ли могутъ сразу, при первомъ изслѣдованіи потребовать неосторожнаго, тотчасъ производимаго изслѣдованія маточнымъ зондомъ: всегда можно отложить его примѣненіе до другого раза, когда мы уже можемъ быть убѣждены, что въ данномъ случаѣ беременность отсутствуетъ.

Новообразованія матки, занимающія ея слизистую оболочку или же помѣщающіяся тотчасъ подъ нею и растущія въ полость матки, значительно увеличивающія ее, весьма скоро вызываютъ измѣненія въ шейкѣ матки, укорачивая эту послѣднюю и объ-

условливая также известное растяжение нижняго отръзка матки, такъ что фигура тѣла матки измѣняется, приближаясь къ шарообразной. Разъ заподозривъ такого рода новообразование и исключивъ болѣе долгимъ наблюдениемъ беременность, мы можемъ уже совершенно точно убѣдиться въ присутствіи новообразования и, расширивъ шейку матки и введя палецъ въ полость послѣдней, опредѣлить величину и характеръ его.

Большое затрудненіе представляютъ опухоли, развивающіяся въ самихъ стѣнкахъ матки (*fibromyoma interstitiale*). Кроме увеличенія матки, иногда весьма равномернаго, онѣ обусловливаютъ также нерѣдко и развитие *metritidis chronicae*. Диагнозъ ихъ выясняется обыкновенно только съ ихъ ростомъ, или же въ случаяхъ, когда мы, послѣ предварительнаго расширения матки, входимъ пальцемъ въ ея полость и такимъ образомъ опредѣляемъ характерную неравномерную толщину ея стѣнокъ, зависящую отъ присутствія фиброміомъ незначительной величины.

**Предсказаніе** *quo ad vitam* при хроническомъ метритѣ исполнѣ благоприятно, такъ какъ смертельныхъ исходовъ при этой болѣзни почти совсѣмъ не наблюдается; но въ исключительныхъ, крайне рѣдкихъ случаяхъ она все-таки можетъ привести къ летальному исходу, обусловленному нѣкоторыми особыми обстоятельствами. Случаи эти обыкновенно связаны съ беременностью и родами; — такъ я имѣлъ возможность наблюдать случай смертельнаго кровотеченія тотчасъ послѣ родовъ, вслѣдствіе *atonia uteri ex metritide interstitiale* (*Кашкаровъ I. c.*), и внутреннее кровотеченіе *sub graviditate* при разрывѣ хронически воспаленной беременной матки (*Дубенскій I. c.*).

Совершенно иначе представляется прогнозъ при вопросѣ *quo ad valetudinem completam*. Мы уже видѣли что полной *restitutio ad integrum* обыкновенно не наблюдается, и въ строго анатомическомъ смыслѣ мы должны признать болѣзнь не излѣчимою исполнѣ. Съ точки же зрѣнія практическаго врача *metritis chronica* представляется болѣзвью, поддающеюся еще известнаго рода терапіи, мы достигаемъ почти полнаго уничтоженія припадковъ болѣзни и даемъ нашимъ больнымъ ощущение почти полнаго здоровья. Особенно эффектъ лѣченія наблюдается относительно такъ называемаго *abortus habitualis*, зависящаго отъ хроническаго метрита; въ этихъ случаяхъ нерѣдко достигается то, что беременность доходитъ до своего нормальнаго конца, и больныя, выкидывавшія прежде по нѣскольку разъ, донипиваютъ и благополучно родятъ въ срокъ. Во всякомъ случаѣ, какъ мы видѣли изъ теченія болѣзни, предсказаніе наше должно быть крайне сдержанно, такъ какъ возможность обостренія заболѣванія нами предупреждена быть не можетъ, и больныя едва ли могутъ быть на долго оставлены безъ врачебнаго надзора. Случаи заболѣванія у женщинъ, переставшихъ менструировать, даютъ прогнозъ болѣе лучшій.

Чѣмъ заболѣваніе въ періодѣ ожесточенія протекаетъ бурнѣе, тѣмъ больше мы можемъ разсчитывать на возможность развитія такъ называемой индурации (*Scanzoni*) старой, стойкой соединительной ткани.

Хроническій метритъ, развивающійся при новообразованіяхъ, даетъ самый лучший прогнозъ, такъ какъ, удаляя причину, мы наблюдаемъ весьма скоро полное исчезновеніе болѣзненныхъ припадковъ, обусловливаемыхъ *metritide chronica*. Точно также хроническое воспаленіе матки, стоящее въ связи съ неправильными положеніями ея, каковы выпаденіе и перегибъ назадъ, можетъ быть устранено по излѣченіи этихъ неправильныхъ положеній.

**Лѣченіе.** Изъ этиологии даннаго заболѣванія мы видѣли, что правильное веденіе родовъ и послѣродового періода во многихъ случаяхъ можетъ предупреждать развитіе хроническаго метрита; слѣдовательно, точное соблюденіе всѣхъ современныхъ указаній со стороны антисептики можетъ быть разсматриваемо, какъ профилактическое лѣченіе разбираемой нами болѣзни.

Удовлетворяя причинному показанію, мы устрояемъ хроническое воспаленіе матки самымъ нагляднымъ образомъ; сюда относятся случаи метрита, вызваннаго неправильными положеніями матки, какъ *retroflexio* и *prolapsus*, и присутствіемъ различнаго рода новообразованій; исправляя первыя и удаляя послѣднія, мы тѣмъ самымъ излѣчиваемъ и *metritis chronica*. Къ этой же категоріи, по уснѣшности лѣченія, относятся также случаи, имѣющіе въ своей основѣ *coitus reservatus*. Женщины, устраняя неправильную половую жизнь, весьма скоро представляютъ матку уменьшившуюся въ объемѣ, неболѣзненную и способную весьма скоро забеременѣть, доносить и родить въ срокъ безъ того, чтобы появлялось обостреніе разъ уже бывшаго воспаленія въ его хронической формѣ.

Имѣя передъ собой форму хроническаго метрита, осложненную эндометритомъ или периметритомъ, и притомъ такъ, что заболѣванія эти выступаютъ по своимъ припадкамъ на первый планъ, мы должны, конечно, направить нашу терапію сначала на нихъ и затѣмъ уже имѣть дѣло съ метритомъ, такъ какъ нерѣдко онъ представляется только явленіемъ вторичнымъ и проходитъ самъ собой вслѣдъ за излѣченіемъ основного страданія. Точно также воспалительныя явленія, развившіяся въ маткѣ подъ влияніемъ сифилиса, требуютъ сначала общаго лѣченія основной болѣзни, и весьма нерѣдко, не прибѣгая ни къ какому мѣстному лѣченію, мы видимъ, какъ такіе сифилитическіе метриты проходятъ почти безслѣдно.

**Мѣстное лѣченіе.** Уменьшеніе въ объемѣ хронически воспаленной матки и устраненіе ея болѣзненности при давленіи представляются задачей нашей терапіи. На первомъ планѣ въ

этомъ отношеніи стоятъ *мѣстныя кровоиъвлеченія* въ формѣ приставленія пиявокъ къ влагалищной части матки, или же наколовъ ея — скарификацій. Повседневныя наблюденія показываютъ, что, примѣняя этотъ методъ, мы достигаемъ очевидныхъ результатовъ: матка уменьшается въ объемѣ, болѣзненность ея при давленіи исчезаетъ, и кровепереполненіе ея дѣлается меньше. Какимъ путемъ мѣстныя кровоиъвлеченія производятъ этотъ эффектъ, мы съ положительностію объяснить еще не можемъ; по всей вѣроятности, какъ это предполагаютъ авторы, при этомъ играетъ главную роль сокращеніе мышечныхъ элементовъ матки, наступающее тотчасъ послѣ искусственнаго удаленія извѣстнаго количества крови; выходя въ послѣдовательно, при повторныхъ кровоиъвлеченіяхъ, эти сокращенія, мы мало-по-малу достигаемъ того, что матка и ея сосуды представляютъ большее противодѣйствіе къ развитію пассивныхъ гиперемій, и обмѣнъ веществъ въ ткани ея идетъ быстрѣе, чего такъ важно достигнуть въ хронически воспаленныхъ тканяхъ съ цѣлью усилить возможность ихъ *restitutionis ad integrum*.

Изъ вышесказанныхъ двухъ методовъ кровоиъвлеченія, пиявки въ настоящее время почти совершенно не примѣняются, и мы предпочитаемъ дѣлать наколы на влагалищной части матки. Примѣненіе скарификацій представляется болѣе выгоднымъ и практичнымъ, потому что, во-первыхъ, вся эта манипуляція требуетъ гораздо менѣе времени, и мы, слѣдовательно, нашимъ мѣстнымъ лѣченіемъ менѣе раздражаемъ больныхъ, и, во-вторыхъ, количество крови можетъ быть извлечено всегда желаемое, такъ какъ мы можемъ дѣлать, смотря по надобности, болѣе или менѣе значительныя по числу и глубинѣ наколы. Производство этой гинекологической манипуляціи въ различныхъ рукахъ бываетъ различно. Мы избѣгаемъ, насколько возможно, придавать этой манипуляціи значеніе операціи и не говоримъ больнымъ совершенно, что мы намѣрены дѣлать кровоиъвлеченіе, или же ставимъ его въ параллель съ различнаго рода смазываніями влагалищной части; въ подтвержденіе этого, мы избѣгаемъ какихъ-бы то ни было особыхъ приготовленій и устраиваемъ обстановку самую простую, что особенно важно въ частной практикѣ, чтобы напрасно не пугать больныхъ, такъ боящихся всякаго рода операцій. На простой кровати или обыкновенномъ столѣ для изслѣдованія больной вводится зеркало; я предпочитаю обыкновенно зеркало *Cusco*, какъ всего менѣе болѣзненное при введеніи; затѣмъ влагалищная часть матки нѣсколько разъ вытирается кускомъ ваты, смоченной въ растворѣ сулемы ( $\frac{1}{10}\%$ ) или *ac. carb.* (3—5%). Очистивъ такимъ образомъ отъ слизи и дезинфицировавъ поле дѣйствія, мы производимъ наколы. Извѣстно, что скарификаціи производятся или легкимъ надрѣзомъ слизистой оболочки, или наколами ея. Мы

предпочитаемъ наколы, такъ какъ раненіе при этомъ имѣетъ меньшую поверхность, и, слѣдовательно, существуетъ менѣе шансовъ для какой-бы то ни было инфекции. Наколы мы производимъ простымъ, ланцетообразнымъ скарификаторомъ (рис. 215), для удобства сдѣланнымъ такъ, что клинокъ отвинчивается отъ ручки, которая также, въ видахъ чистоты, сдѣлана изъ металла. Этимъ инструментомъ, имѣющимъ значительной длины острие, крайне удобно соразмѣрять глубину накола, который мы хотимъ произвести. Вонзая его не больше, какъ на 2—4 миллиметра, мы получаемъ уже довольно значительную струю крови изъ гиперемированной, синеватаго цвѣта, влагалищной части. Обыкновенно кровь идетъ струей и иногда довольно сильною, что, конечно, обуславливается сильнымъ кровенаполненіемъ, а отчасти и тѣмъ, что введенное во влагалище зеркало, расширяя его, обнажая влагалищную часть и устраняя такимъ образомъ плотное прилегание къ ней стѣнокъ влагалища, дѣйствуетъ до известной степени, какъ сухая банка. Количество крови, которое желательно выпустить, бываетъ индивидуально различно, смотря по силѣ гипереміи. Въ большей части случаевъ бываетъ достаточно 2—4 драхмъ, и только рѣдко приходится доходить до количества болѣе одной унціи. Я предпочитаю дѣлать наколы болѣе часто, 2—3 раза въ недѣлю, и ограничиваться меньшимъ количествомъ теряемой крови: эффектъ такихъ скарификацій, по моимъ наблюденіямъ, бываетъ болѣе рѣзко выраженъ, чѣмъ при наколахъ съ большимъ количествомъ теряемой крови, но производимыхъ болѣе рѣдко. Производя наколы влагалищной части, слѣдуетъ обыкновенно соединять съ ними и проколы маленькихъ кистъ (*ovula Nabothi*), буде таковыя существуютъ на влагалищной части.

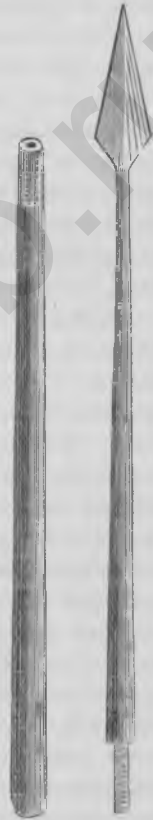


Рис. 215.

Въ рѣдкихъ случаяхъ мы получаемъ на столько сильное кровотеченіе изъ укола, что является необходимость искусственно остановить его. Для этого лучшимъ приемомъ можно считать введеніе ватнаго шарика, густо обсыпаннаго по сторонѣ, обращенной къ кровоточащему мѣсту, порошкомъ танина поровну съ іодоформомъ. Я считаю необходимымъ предостерегать особенно отъ примѣненія для этой цѣли ватныхъ тампоновъ, смоченныхъ въ растворѣ *Ferri sesquichlorati*. Уже не разъ мнѣ



приходилось встрѣчаться со случаями, когда (по ошибкѣ) растворъ былъ взятъ нѣсколько крѣпче, и въ результатѣ получалась не остановка кровоточенія, а сильное сморщиваніе и суженіе влагалища, такъ что ни введеніе зеркала вновь, ни какія другія манипуляціи уже не могли имѣть мѣста, и больная теряла крови гораздо болѣе того, сколько было желательно.

Самъ по себѣ наколъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ больною не ощущается и не причиняетъ ей никакого чувства боли. Но приходится встрѣчаться со случаями, когда, не смотря на остроту скарификатора, быстроту укола, больныя испытываютъ весьма сильную боль и не соглашаются больше подвергаться этой весьма болѣзненной, какъ онѣ говорятъ, операціи. Въ подобныхъ случаяхъ прекрасно дѣйствуетъ, какъ мѣстно-анэстезирующее средство, смазываніе влагалищной части растворомъ кокаина (1:20). Произведя 2—3 раза наколъ при кокаинѣ, мы видимъ, что матка весьма скоро теряетъ такую повышенную чувствительность, такъ что слѣдующіе уколы могутъ быть производимы безъ примѣненія этого средства.

Эффектъ наколовъ при исполнѣннѣ соответствующихъ показаній обыкновенно ощущается больными уже послѣ перваго сеанса. Чувство тяжести внизу живота почти совершенно пропадаетъ, боли въ поясницѣ и въ ногахъ значительно уменьшаются. Такое улучшенное самочувствіе продолжается индивидуально различно долгое время. Появленіе снова существовавшихъ раньше болѣзненныхъ ощущеній обыкновенно указываетъ намъ на требуемую частоту сеансовъ производства наколовъ. Въ различныхъ случаяхъ и промежутки между наколами должны быть различно долги.

При существующей меноппагіи и болѣе раннемъ появленіи регуль, въ зависимости отъ хроническаго метрита, мѣстныя кровоизвлеченія даютъ иногда поразительный эффектъ. Производя ихъ за 2—3 дня до ожидаемаго появленія регуль, мы часто наблюдаемъ, что количество теряемой крови во время менструаціи значительно уменьшается, и тинъ регуль дѣлается правильнѣе. Обыкновенно на первый разъ больнымъ кажется парадоксальнымъ, что мы лѣчимъ ихъ кровоточеніе кровоизвлеченіемъ, но весьма скоро, послѣ 2—3 сеансовъ, эффектъ такого лѣченія уже говорить самъ за себя.

Въ случаяхъ воспалительнаго состоянія беременной матки, уколы также показываются. Боязнь искусственнаго возбужденія прекращенія беременности вслѣдъ за кровоизвлеченіемъ весьма сильно преувеличена. Мнѣ приходилось уже много разъ примѣнять уколы съ извѣстной осторожностью въ подобныхъ случаяхъ, и кромѣ обычнаго облегченія, слѣдующаго за ними, никакихъ непредвидѣнныхъ осложненій я не наблюдалъ.

*Горячіе влагалищныя души* въ 37°—40° R., примѣняемые

при хроническомъ метритѣ, даютъ также хорошіе результаты, послѣ долгаго и настойчиваго ихъ употребленія. Вызывая мощное сокращеніе гладкихъ мышечныхъ элементовъ, высокая температура душей обуславливаетъ, какъ сокращеніе самой матки, такъ и приводящихъ къ ней сосудовъ; пользуясь этимъ послѣднимъ, ихъ назначаютъ особенно часто въ случаяхъ *metritidis chronicae*, осложненныхъ параметритами. Субъективно далеко не всѣ больныя одинаково переносятъ горячіе души. Большею частью они дѣйствуютъ успокаивающимъ образомъ: больныя, весьма нервныя, страдающія бессонницей, послѣ нихъ далеко не рѣдко получаютъ покойный, долгій сонъ и, вообще, начинаютъ себя чувствовать гораздо менѣе возбужденными. Другіе болѣе рѣдкіе случаи представляютъ совершенно противоположный эффектъ; больныя сильно возбуждены, теряютъ сонъ и жалуются на долго продолжающееся чувство жженія и тяжести въ области полости таза. Эти послѣдніе случаи должны быть считаемы, какъ противопоказанныя къ дальнѣйшему употребленію горячихъ влагалищныхъ душей.

Мы назначаемъ обыкновенно эти души сначала 1 разъ въ день, именно вечеромъ передъ тѣмъ, какъ больная ложится спать, и затѣмъ уже, смотря по тому, переносятся-ли они, ихъ должно производить два раза, утромъ и вечеромъ. Вода въ  $37-40^{\circ}$  R. изъ обыкновеннаго стекляннаго ирригатора, помощью обычнаго влагалищнаго наконечника, снабженнаго краномъ, вводится во влагалище, причемъ слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы струя была не особенно сильна и механически не раздражала матки; въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточна высота струи въ  $3,0-4,0$  см., достигаемая большею или меньшею высотой стоянія ирригатора или же извѣстнымъ поворотомъ крана. *Th. E. Emmet*, введшій эти души въ употребленіе уже болѣе 20 лѣтъ тому назадъ, строго совѣтуетъ производить ихъ въ лежачемъ положеніи больной, съ приподнятымъ тазомъ, такъ чтобы вода, вводимая во влагалище, растягивая его до извѣстной степени, задерживалась тамъ, приходя въ соприкосновеніе со всей поверхностью его; наконечникъ долженъ доводиться до задняго свода влагалища, дабы струя воды, не могла попадать прямо въ зияющее иногда наружное отверстіе матки; время, требующееся для этихъ душей, онъ считаетъ не менѣе 20 минутъ; продолжительность ихъ употребленія можетъ быть доведена до году и болѣе. Назначая горячіе души больнымъ уже болѣе 10 лѣтъ, мы могли убедиться, что такая точность въ ихъ примѣненіи не есть условіе *sine qua non* ихъ благопріятнаго дѣйствія. Какъ бы мы строго и настойчиво ни давали наставленія нашимъ больнымъ примѣнять эти души въ лежачемъ положеніи, мы только въ рѣдкихъ случаяхъ видимъ точное исполненіе этого; обыкновенно больныя

скоро уже начинаютъ производить ихъ въ положеніи сидячемъ, какъ болѣе для нихъ удобномъ и представляющемъ менѣе риска быть вымоченной, какъ самой больной, такъ и ея постели. Требованіе того, чтобы вводимая жидкость во влагалище приходила въ соприкосновеніе со всѣмъ протяженіемъ его поверхности, какъ это, конечно, необходимо при лекарственныхъ инъекціяхъ во влагалище, при горячихъ душахъ, по нашему мнѣнію, не столь необходимо, такъ какъ въ данномъ случаѣ играетъ роль лишь температура воды: въ сидячемъ положеніи больной, матка, помѣщаясь болѣе низко, при наконечникѣ, введенномъ какъ можно болѣе кзади (въ задній сводъ), приходитъ вполне достаточно въ соприкосновеніе съ горячею водою, и, слѣдовательно, цѣль души вполне достигается. Точно также опытъ показалъ намъ, что и время, потребное для инъекцій, можетъ быть сведено на 10 минутъ, причемъ черезъ извѣстный промежутокъ времени результатъ примѣненія горячихъ душъ также очевиденъ, какъ и при 20-минутномъ ихъ примѣненіи.

Основываясь на сказанномъ, мы совѣтуемъ этотъ способъ лѣченія примѣнять слѣдующимъ образомъ. Больная дѣлаетъ души, сидя между двухъ деревянныхъ стульевъ, такъ чтобы вода изъ половой щели прямо падала внизъ въ подставленный тазъ; этимъ мы избѣгаемъ, во первыхъ, иногда крайне болѣзненного ощущенія, производимаго горячей водою, текущей по промежности и бедрамъ, и, во вторыхъ, больная получаетъ только горячую ванну влагалища и матки, тогда какъ область ея ягодицъ и верхней части бедеръ остается внѣ этого дѣйствія, чего не бываетъ, если больная дѣлаетъ души, сидя на биде. Производство такой инъекціи продолжается 10 минутъ. Наконечникъ, вводимый самую больную, не долженъ имѣть на своей верхушкѣ центрального отверстия, а только боковыя. Души производятся 2 раза въ день и непрерывно продолжаютъ ежедневно отъ одной менструаціи до другой; въ случаяхъ же усиленной потери менструальной крови, горячія инъекціи могутъ и даже должны быть продолжаемы и во время кровотеченія. Все лѣченіе тянется 2 — 3 мѣсяца, къ концу которыхъ уже обыкновенно эффектъ его бываетъ болѣе или менѣе рѣзко выраженъ; смотря по достигнутымъ результатамъ, это лѣченіе продолжается дальше, или же замѣняется, смотря по показаніямъ, иною терапіею. Примѣненіе особаго рода аппаратовъ для удержанія высокой температуры во влагалищѣ на болѣе продолжительное время будетъ нами разсмотрѣно при вопросѣ о лѣченіи кровотеченій, обусловливаемыхъ присутствіемъ фиброміомъ матки.

*Secale carnutum* и его препараты, благодаря ихъ способности вызывать тоническое сокращеніе матки, уже много разъ были предлагаемы, какъ радикальное средство при *metritis chronica*. — Несомнѣнно встрѣчаются случаи, въ которыхъ подъ влия-

ніемъ этого средства получается прекрасный результатъ относительно уменьшенія матки въ объемѣ; но зато рядомъ нерѣдко приходится наблюдать полное отсутствіе какихъ бы то ни было переменъ при его употребленіи.

Такая разница въ его дѣйствіи, какъ намъ кажется, можетъ быть объяснена вышеприведенными патологоанатомическими измѣненіями при хроническомъ метритѣ. Метриты, обусловливающіе усиленное развитіе мышечныхъ элементовъ матки, конечно, должны реагировать сильнѣе при употребленіи спорыньи, и результатъ лѣченія при нихъ долженъ быть болѣе рѣзко выраженъ. Матка же съ преимущественнымъ развитіемъ межмышечной соединительной ткани относится почти совершенно индифферентно къ этому средству. — *Pulv. secalis cornuti recent. par.* мы даемъ обыкновенно или въ формѣ пилюль, приготовленныхъ съ гумми-арабиномъ и сахаромъ, по 6—10 гранъ въ сутки, или въ формѣ порошка съ хининомъ въ слѣдующей смѣси: *Rp. Pulv. secalis cornuti recent. par. gr. iv, Chinini muriat. gr. j, M. d. t. dos. № 12 in. oblatiis, S.* По 1 порошку 3—4 раза въ день. Изъ препаратовъ спорыньи мы употребляемъ съ особенно хорошимъ успѣхомъ *Ergotinum dialysatum Wernichi*, хорошо сохраняющійся даже продолжительное время въ видѣ гелииновыхъ лепешекъ. *Rp. Trochisci gelatinosi cum Ergot. dialys. Wernichi gr. i; D. t. dos. № 20, S.* По 1 лепешкѣ 2—3 раза въ день. Этотъ же препаратъ въ водномъ растворѣ можетъ быть примѣняемъ подъ кожу, по 1 грану за разъ и по 2—4 грана въ сутки.

Употребленіе эрготина внутрь или подъ кожу можетъ быть продолжаемо цѣлые мѣсяцы, не вызывая никакого побочнаго, вреднаго, токсическаго дѣйствія. Большею частью мы даемъ спорынью и ея препараты, какъ вспомогательное средство при другихъ способахъ лѣченія хроническаго метрита, особенно при появляющихся значительныхъ потеряхъ крови во время регулъ или послѣ выкидыша, обусловливаемаго *metritide chronica*. При припадкахъ дисменореи, стоящей въ зависимости отъ хроническаго воспаленія матки, болевья ощущенія въ формѣ схватокъ поддаются иногда легко и скоро внутреннему употребленію эрготина (1—1½ гр. 3 раза въ день). *Vedeler (Arch. f. Gynaek., XXI, 1883, стр. 277)* объясняетъ это тѣмъ, что матка подъ вліяніемъ эрготина переходитъ въ состояніе тоническаго сокращенія, не вызывающаго боли, тогда какъ періодическія сокращенія ея, усиливающіяся sub menstruatione, при metritis chronica сопровождаются болевыми ощущеніями.

Какъ кровеостанавливающее, рядомъ съ *secale cornutum* при хроническомъ воспаленіи матки можетъ быть поставленъ *Extractum fluidum Hydrastis canadensis*, назначаемый по 15—20 капель 3—4 раза въ день. Препараты этотъ уже во многихъ случаяхъ оказался весьма дѣйствительнымъ, и иногда весьма

сильная menorrhagia, не уступавшая спорынѣ, прекращалась весьма скоро подъ вліяніемъ этого средства. Особенно такое благотворное вліяніе Hydrastis наблюдается въ случаяхъ первой категоріи метритовъ съ значительно развитою межмышечною соединительною тканью и кромѣ того въ случаяхъ, осложненныхъ болѣе рѣзко выраженнымъ эндометритомъ.

Вышеприведенныя средства относятся къ тѣмъ, которыми мы думаемъ дѣйствовать прямо на мышечные элементы матки, вызывая ихъ сокращеніе и такимъ образомъ давая толчекъ къ болѣе сильному обмѣну веществъ въ заболѣвшемъ органѣ. Другой рядъ методовъ лѣченія имѣетъ въ своемъ основаніи предположеніе дѣйствовать прямо на кровеносные сосуды, уничтожая извѣстную часть ихъ перерѣзкою, перевязкою или образованіемъ тромба, и тѣмъ измѣнять условія мѣстнаго кровообращенія и питанія, рассчитывая создать состояніе, благоприятствующее уменьшенію матки въ объемѣ; къ этой группѣ относится такъ называемое мѣстное оперативное лѣченіе. На первомъ планѣ стоитъ *ампутація влагалищной части матки*, — операція, уже вполне подтвердившая надежды, на нее возлагаемыя, и дающая прекрасные результаты, относительно уменьшенія въ объемѣ хронически воспаленной матки. Какимъ образомъ и въ силу какихъ причинъ происходитъ это уменьшеніе, какіе процессы лежатъ въ основѣ его, мы еще точно не знаемъ. Старыя наблюденія (1864) *Braun'a* и *Wedl'a* указываютъ на развивающееся послѣ операціи жировое перерожденіе ткани матки, напоминающее собою обратное развитіе матки послѣ родовъ. Къ сожалѣнію, описаніе и изложеніе этого процесса авторами приведено весьма кратко и заставляетъ желать очень многого относительно точности. Дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи еще нѣтъ, такъ какъ больныя послѣ операціи отнятія влагалищной части матки не умираютъ, и такимъ образомъ недостаетъ объекта для изслѣдованія, и для рѣшенія этихъ вопросовъ мы должны довольствоваться только наблюденіями у постели больныхъ. Фактъ уменьшенія объема матки стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія; наблюденія, произведенныя въ этомъ направленіи у насъ въ клиникѣ д-ромъ *Латынымъ* (*Частичная ампутація влагалищной части при хроническомъ воспаленіи матки. Дисс. 1887 г.*), убѣждаютъ и насъ, какъ и другихъ гинекологовъ, уже опубликовавшихъ свои наблюденія.

Въ настоящее время еще нельзя точно опредѣлить, происходитъ ли это уменьшеніе вслѣдствіе перерѣзки многихъ сосудовъ и образования тромбовъ въ извѣстномъ участкѣ и, быть можетъ, измѣненныхъ въ силу этого условій кровообращенія въ маткѣ; или же здѣсь играютъ роль сама операція, сопряженная съ порядочной потерей крови, и послѣдовательное долгое пребываніе больной въ постели. Всѣ эти условія вмѣстѣ взятыя, разумѣется, могутъ вліять и, навѣрно, вліяютъ на достиженіе ко-

печной цѣли операціи. Случаи *metritidis chronicae*, развившіеся вслѣдъ за *metritis colli*, при ампутаціи шейки должны, конечно, давать еще лучшіе результаты, совершенно подобно тому, какъ хронически воспаленная, увеличенная матка при *metritis colli*, вызванномъ разрывами шейки (*lacerationes colli*), значительно уменьшается въ объемѣ послѣ *Emmel'*овской операціи (*hystero-trachelorrhaphia*). *Sublata causa tollitur effectus*. — Въ настоящій моментъ я имѣю преимущественно въ виду не эти послѣдніе случаи, а случаи *metritidis chronicae* безъ какихъ бы то ни было особыхъ рѣзко выраженныхъ измѣненій въ шейкѣ, и потому буду говорить только объ операціи *amputatio portiois vaginalis*, имѣющей показанія со стороны *metritis chronica*, а не со стороны мѣстныхъ измѣненій самой влагалищной части. И такъ, показаніемъ къ операціи мы считаемъ присутствіе хроническаго воспаления матки при относительно не рѣзко измѣненной влагалищной части ея. Если эта послѣдняя атрофирована, — мала въ объемѣ, то, какъ мы увидимъ ниже, показывается операція другого рода. Условіемъ для производства операціи является необходимость имѣть передъ собою хорошо развитую, достаточнаго объема влагалищную часть. Обыкновенно въ число показаній слѣдуетъ включить еще предшествовавшее долгое и безуспѣшное лѣченіе хроническаго метрита, такъ что эта операція является до извѣстной степени, какъ *ultimum refugium*.

Операція ампутаціи влагалищной части можетъ быть произведена по различнымъ методамъ. Мы постараемся изложить здѣсь нѣсколько подробнѣе только тотъ методъ, который принятъ нами для операціи при данныхъ условіяхъ; другіе же методы, применимые при другихъ условіяхъ, будутъ разобраны при изученіи соответствующихъ заболѣваній. Операцію лучше всего производить черезъ недѣлю послѣ окончившихся регулъ, для того, чтобы пришедшія вновь слѣдующія регулы встрѣтили уже почти совершенно зажившую рану. Приготовленіе больной къ операціи состоитъ только въ томъ, что за 3 дня до нея она получаетъ обеззараживающія влагалищныя спринцованія раза по три въ день, а если страдаетъ запорами въ это время — кишечный каналъ ея опорожняется. Наканунѣ больная получаетъ общую ванну просто съ цѣлью достиженія извѣстной чистоты. Инструменты, необходимые для операціи, сводятся на ложкообразныя зеркала для обнаженія влагалищной части, пулевые щипцы или крючки для низведенія матки, 2 скальпеля, крѣпкій длинный пинцетъ съ зубчиками, нѣсколько крѣпкихъ, непружинящихъ изогнутыхъ иглъ и иглодержатель. Матерьялъ для шва лучше всего — крѣпкія, крученныя, хорошо дезинфицированныя шелковыя лигатуры.

Захлороформировавъ и уложивъ больную въ спинно-ягодичное положеніе на краю простаго операціоннаго стола, приведен-

ныя и согнутыя въ колѣнахъ ноги ея поручаются двумъ помощникамъ. Наружныя половыя части еще разъ вымываются растворомъ ас. carb. (3%). Вводятся ложкообразныя зеркала, влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами и, на сколько возможно, смѣщается книзу. Верхнее зеркало, какъ уже излишнее, удаляется, и одинъ изъ ассистентовъ фиксируетъ низведенную, лежащую почти въ introitus vaginae влагалищную часть. Струя постоянной ирригаціи изъ 2—3% раствора ас. carb. направляется на поле операціи, и во все время продолженія послѣдней ирригація не прекращается. Во избѣжаніе могущаго быть сильнымъ кровоточенія во время операціи, авторы предлагали накладывать на шейку матки выше поля операціи давящій жгутъ (*Emmet, Schröder, Martin*). Жгутъ этотъ былъ или эластической, или просто узкая полоска полотна; для того, чтобы онъ не могъ соскользнуть книзу, черезъ влагалищную часть должны были приводиться прямыя иглы крестообразно. Авторы, предлагавшіе такую провизорную сдавливающую перевязку, весьма скоро сами отказались отъ ея примѣненія, такъ какъ, усваивая себѣ болѣе быструю технику въ наложеніи швовъ, приходится убѣждаться, что кровоточеніе при ампутаціи влагалищной части матки представляется совершенно безопаснымъ. Намъ лично не приходилось ни разу примѣнять этой перевязки, и мы не встрѣтили ни разу случая, который бы заставилъ насъ подумать объ ея примѣненіи.



Рис. 216.

Помощью обоюдоостраго скальпеля, вонзая его со стороны полости канала шейки, мы производимъ два боковыхъ надрѣза, раздѣляющихъ переднюю губу влагалищной части отъ задней вплоть до сводовъ. Затѣмъ на задней губѣ проводится поперечный разрѣзъ по ея внутренней поверхности въ косомъ направленіи кверху, разрѣзъ этотъ проникаетъ до половины толщины задней губы; другой разрѣзъ по ея наружной поверхности, какъ разъ на мѣстѣ прикрѣпленія къ ней влагалища, какъ и первый, проникая въ глубину, имѣетъ также косое направленіе кверху и ведется въ глубинѣ ткани, пока не встрѣтится съ первымъ; такимъ образомъ задняя губа представляется отрѣзанной въ видѣ клина (рис. 216). Тотчасъ же за этимъ мы приступаемъ къ удаленію передней губы тѣми же поперечными разрѣзами, клинообразно соединяющимися вмѣстѣ въ глубинѣ ткани этой губы. Такимъ образомъ мы получимъ передъ собою, по отнятіи обѣихъ губъ, циркулярную рану, вокругъ канала шейки матки, съ выступающими краями и углубленнымъ, въ формѣ жолоба, дномъ.

Теперь приступаемъ къ наложенію швовъ; еслибы по отнятїи задней губы кровотеченіе было особенно значительно, и мы считали необходимымъ остановить его, то наложеніе швовъ на рану задней губы должно было бы быть произведено еще до отнятїя передней. При наложеніи швовъ необходимо наблюдать, чтобы они захватывали глубоко ткань влагалищной части и проходили подъ ранюю на всемъ ея протяженіи. Швы наклады-

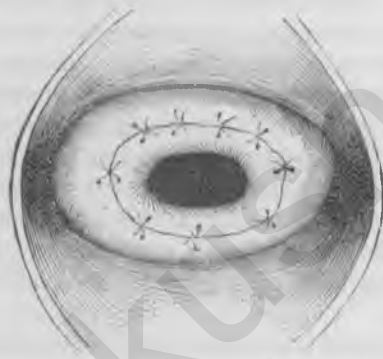
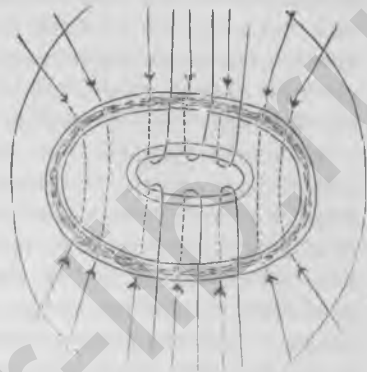
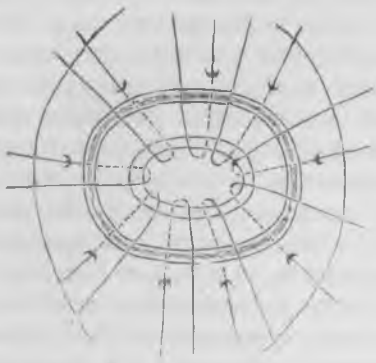


Рис. 217.

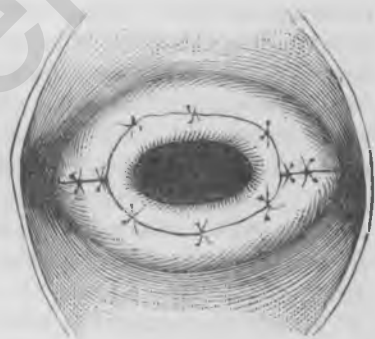


Рис. 218.

ваются обыкновенно циркулярно, пришивая наружный край раны къ внутреннему (см. рис. 217). Если бы оказалось, что боковые разрѣзы произведены болѣе глубоко, чѣмъ отнята вся *portio vaginalis*, то на боковыя части циркулярной раны должны быть наложены отдѣльно швы, соединяющіе края раны передней и задней губы, какъ это видно на рис. 218. Завязывать швы слѣдуетъ весьма туго, на сколько позволяетъ крѣпость шелка, такъ какъ швы, накладываемые на мышечную ткань, легко ослабѣваютъ, и въ послѣдствїи можетъ получиться вго-



ричное кровотеченіе изъ раны. Завязавъ всѣ швы и отрѣзавъ довольно коротко лигатуры, все поле операціи густо засыпаютъ порошкомъ іодоформа, и, если есть еще незначительное кровотеченіе изъ уколовъ, то вкладывается небольшой ватный тампонъ, намоченный въ обычномъ растворѣ сулемы, или тампонъ изъ іодоформированной марли.

Больная переносится на кровать и въ теченіе первыхъ трехъ дней сохраняетъ болѣе или менѣе покойное положеніе. Затѣмъ разрѣшается уже сидѣть въ постели, а на 7 или 8 день больная встаетъ. Въ теченіе всего времени, пока лежатъ швы, назначаются влагалищныя спринцованія изъ раствора карболовой кислоты или сулемы. Если операція произведена въ клиникѣ, то въ концѣ второй недѣли больная можетъ быть уже выписана, а въ концѣ третьей или на четвертой недѣлѣ она приходитъ для снятія швовъ, которые обыкновенно и снимаются заразъ всѣ. Мы оставляемъ лежать швы такъ долго, потому что это, во-первыхъ, совершенно безвредно, и, во-вторыхъ, при сниманіи ихъ черезъ болѣе долгій срокъ никогда не получается болѣе значительнаго кровотеченія, и рубецъ уже на столько плотенъ, что боязнь расхожденія краевъ раны совершенно устранена. Соблюдая все вышесказанное, намъ ни разу не приходилось наблюдать вторичныхъ кровотеченій, упоминаемыхъ нѣкоторыми авторами. Прогнозъ операціи совершенно благоприятный, обыкновенно наступаетъ prima intentio. Однимъ изъ неблагоприятныхъ послѣдствій операціи приходится встрѣчать, впрочемъ весьма рѣдко, развитіе стенозовъ наружнаго отверстія. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ эти стенозы не вызываютъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, и даже забеременѣваніе при нихъ происходитъ весьма легко (см. случай, описанный изъ нашей клиники д-ромъ *Н. В. Ястребовымъ*: «*Протоколы Общ. Русск. врачей въ СПб.*», 1879—80, стр. 611).

Слѣдя за больными, перенесшими операцію ампутаціи влагалищной части при *metritis chronica* и измѣряя имъ длину матки помощью маточнаго зонда, мы видимъ, что тотчасъ за операціей длинникъ уменьшается среднимъ числомъ на 1,0 *cm.*, вслѣдствіе укороченія матки самою операціею. Въ теченіе первыхъ трехъ мѣсяцевъ уменьшеніе матки въ объемѣ идетъ постепенно, и къ концу этого времени длинникъ ея уменьшается отъ 1,5 до 3,0 *cm.*, такъ что въ концѣ 3-го мѣсяца мы имѣемъ нерѣдко матку нормальнаго объема и даже иногда меньше нормы на величину отрѣзаннаго куска шейки. Болѣзненность матки исчезла, и больная не жалуется уже болѣе на беспокоившія ее прежде ощущенія. Въ значительномъ числѣ случаевъ наступаетъ беременность, и больныя донашиваютъ до конца: *abortus habitualis* оказывается устраненнымъ. Линейный рубецъ, остающійся на

portio vaginalis, совершенно не вліяетъ на правильное и равномерное открытіе зѣва матки во время родового акта.

Въ случаяхъ довольно не рѣдкихъ, когда мы встрѣчаемъ одну изъ губъ влагалищной части уменьшенною въ объемъ, вслѣдствіе процессовъ, вѣдущихъ свое начало отъ родового акта, ампутаціи можетъ подлежать только одна губа, сохранившая еще свой первоначальный объемъ. Такая частичная ампутація только одной губы даетъ въ результатъ также значительное уменьшеніе матки и, слѣдовательно, имѣетъ полное право на примѣненіе.

Ампутація влагалищной части помощью ножа встрѣчается въ нѣкоторыхъ случаяхъ довольно значительныя затрудненія; такъ, напр., у женщинъ молодыхъ, нерожавшихъ, иногда бываетъ довольно трудно сдѣлать хорошо доступною шейку матки, — introitus vaginae не достаточно растяжимъ, и матка не можетъ быть низведена до извѣстной, желаемой степени, — приходится оперировать нѣсколько болѣе глубоко, и манипуляціи, особенно при наложеніи швовъ, дѣлаются крайне затруднительными. Въ подобныхъ случаяхъ мы прибѣгаемъ къ ампутаціи помощью каленого желѣза и производимъ ее изогнутымъ по плоскости платиновымъ ножомъ термокаутера *Raquelin'a*. Влагалищная часть въ области orificiі externі захватывается пулевыми щипцами и не особенно сильно низводится, и мы, циркулярно на уровнѣ мѣста прикрѣпленія сводовъ, обводимъ ее раскаленнымъ ножомъ *Raquelin'a*. Бороздка, получаемая при этомъ, по мѣрѣ дѣйствія аппарата дѣлается все глубже и глубже, и влагалищная часть циркулярно ампутируется. Вслѣдствіе постоянного натяженія пулевыми щипцами, производимаго нами при захватываніи влагалищной части во время операціи, мы достигаемъ того, что ампутированная часть представляется конической, верхушка конуса обращена къ маткѣ; соотвѣтственно этому и покрытая струпомъ поверхность разрѣза на маткѣ имѣетъ форму воронки, верхушкою обращенной къ orif. internum. Кровотеченія во время операціи обыкновенно совершенно не бываетъ. Операція производится при помощи обыкновенныхъ ложкообразныхъ зеркалъ, и мы ни разу не наблюдали какихъ бы то ни было ожоговъ влагалища или наружныхъ половыхъ органовъ; время отъ времени, въ теченіе операціи во влагалище направляется струя холоднаго 2% раствора acidі carbolicі. Послѣ операціи во влагалище вводится тампонъ, слегка смоченный глицериномъ. Обыкновенно черезъ 10 дней струнья отдѣляются, оставляя послѣ себя хорошо гранулирующую поверхность. Больная въ это время уже ходитъ, и черезъ 3 или 4 недѣли получается полное заживленіе.

Вышеприведенные методы ампутаціи влагалищной части по легкости и точности производства совершенно вытѣснили уже въ настоящее время примѣненіе для этой цѣли экразера и гальва-

нокаустической петли, такъ что едва ли кто изъ современныхъ гинекологовъ примѣняетъ ихъ для этой цѣли.

При отсутствіи достаточной величины влагалищной части матки и при существованіи значительныхъ маточныхъ кровотоковъ, послѣ того какъ уже были испробованы различные методы лѣченія хроническаго метрита, можетъ считаться показанною перевязка *art. uterinae* съ обѣихъ сторонъ. Дѣйствительно, какъ мы сами могли убѣдиться, результатъ этой маленькой операціи бываетъ иногда весьма удовлетворительный. Производство перевязки артеріи не сложно. Обнаживъ влагалищную часть ложкообразными зеркалами и оттянувъ ее сильно пулевыми щипцами въ сторону, мы дѣлаемъ боковой сводъ влагалища весьма доступнымъ для нашихъ манипуляцій. Отступя на палецъ отъ влагалищной части, довольно значительно изогнутую, крѣпкую иглу вкалываютъ въ боковой сводъ на уровнѣ передней поверхности шейки матки, захватываютъ ею какъ можно больше ткани и выводятъ кзади на уровнѣ задней поверхности шейки матки; при этомъ слѣдуетъ стараться возможно меиѣе захватывать стѣнку влагалища, т. е. стараться уменьшить пространство между обоими уколами ея. Проведенная такимъ образомъ лигатура крѣпко завязывается, и мы приступаемъ къ подобной же манипуляціи на другой сторонѣ. По наложеніи лигатуръ этимъ способомъ на *art. uterinæ*, нерѣдко въ послѣдующіе дни приходится наблюдать нестерпимыя боли до такой степени, что преждевременное снятіе ихъ оказывается неизбѣжнымъ; съ другой стороны, перевязывая *en masse* и захватывая много ткани, мы не можемъ, во-первыхъ, быть убѣжденными, что дѣйствительно артеріи перевязаны, и, во-вторыхъ, иногда, не смотря на большую силу, съ которою были завязаны лигатуры, просвѣтъ артеріи все-таки зияетъ и цѣль наша не достигается. Для устраненія этого *Fritsch* (*сmp. 949, «Handb. der Frauenkrankheiten». Bd. I, 1885*) предлагаетъ дѣлать перевязку непосредственно самаго ствола артеріи. Для этого съ обѣихъ сторонъ шейки матки, у мѣста прикрѣпленія влагалища къ маткѣ, производится по разрѣзу длиною въ 3,0 *cm.*, и разрѣзъ этотъ послыно ведется въ глубину, пока наконечъ *art. uterina* не будетъ перерѣзана; увидѣвъ ея стволъ кровоточащимъ, его обкалываютъ и перевязываютъ лигатурою; еслибы до достиженія главнаго ствола *art. uterinae* были перерѣзаны вѣтви ея, то на нихъ слѣдуетъ также отдѣльно накладывать лигатуры. Произведенная рана тампонируется іодоформированною марлею. Заживленіе обыкновенно идетъ правильно, и никакихъ осложнений при надлежащей чистотѣ не наблюдается.

Къ этой же группѣ средствъ для достиженія уменьшенія матки въ объемѣ должна быть отнесена *инъектура влагалищной части*. Методъ этотъ особенно практикуется во Франціи съ легкой руки проф. *Courty*, заявившаго о немъ въ первый

разъ въ 1876 году на съѣздѣ въ Clermont-Ferrand. Затѣмъ значительное число наблюдений было сдѣлано въ Hôtel-Dieu въ Парижѣ Gallard'омъ, и часть изъ нихъ опубликована въ 1882 году Olivier'омъ («*Annales de Gynécologie*», Tome XVII, стр. 95). Операция эта производится при metritis chronica при совмѣстномъ страданіи шейки въ періодъ времени, когда можно предположить, что всѣ острые явленія процесса утикли. Конечнымъ результатомъ операціи является развитіе рубцовъ въ толщѣ ткани шейки и уменьшеніе въ объемѣ не только ея самой, но и всей матки. Игницупктура производится раскаленною иглою аппарата *Raque-lin'a* въ нѣсколько сеансовъ, причемъ за каждый сеансъ дѣлается отъ 3 до 8 уколовъ, проникающихъ въ ткань влагалищной части на глубину отъ 0,5 до 3,0 см.; промежутки между сеансами около 3-хъ недѣль, а количество ихъ измѣняется сообразно случаю отъ 2—3 до 6—10. Результаты получаются весьма удовлетворительные, и вся матка значительно уменьшается въ объемѣ. Намъ лично не приходилось примѣнять этого способа, такъ какъ при значительно увеличенной влагалищной части, вслѣдствіе metritis colli, мы считаемъ вполне показанною ампутацію *portionis vaginalis* и предпочитаемъ ее, какъ методъ болѣе точный и дающій желаемые результаты въ гораздо болѣе короткій срокъ, чѣмъ повторныя игницупктуры.

Къ мѣстной терапіи мы должны еще отнести различнаго рода лѣкарственные средства, которыя предлагалось вводить въ томъ или другомъ видѣ во влагалище. Препараты іода, глицеринъ и іодоформъ стоятъ на первомъ планѣ. *Globuli* или *suppositoria* съ *kalium jodatum* и смазыванія T-га *jodi* влагалищной части въ чистыхъ формахъ хроническаго метрита представляются весьма ненадежными средствами; въ случаяхъ же осложненныхъ, если есть показанія къ ихъ употребленію со стороны этихъ осложненій, они могутъ быть примѣняемы съ значительною пользою. Совершенно подобное же значеніе имѣютъ тампоны съ глицериномъ, вводимые во влагалище, и іодоформъ въ различныхъ видахъ его примѣненія. При разборѣ терапіи заболѣваній влагалищной части матки и околоматочной клѣтчатки мы увидимъ, насколько вышесказанныя средства при нихъ показуются, и насколько въ случаяхъ хроническаго метрита, осложненнаго этими заболѣваніями, они дѣйствительно могутъ принести пользу.

Случаи хроническаго метрита, осложненные неправильными положеніями матки и иногда ведущіе свое начало отъ развитія послѣднихъ, требуютъ между прочимъ лѣченія *влагалищными кольцами* (пессаріями). Примѣненіе этихъ колецъ было уже нами разобрано въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ (см. стр. 348 и 374), теперь же я замѣчу только, что и при чистыхъ формахъ *metritidis chronicae* во-время примѣненное кольцо приноситъ видимое, значительное облегченіе больной. Съ увеличеніемъ матки въ объемѣ, особенно въ періо-

дахъ обостренія, нерѣдко приходится наблюдать, что матка нѣсколько опускается, и больная сильно жалуется на болѣзненную тяжесть внизу живота, весьма сильно ее безиокоющую. Если при этомъ вложить во влагалище кольцо и тѣмъ обусловить нѣкоторое приподнятіе и относительную фиксацію заболѣвшаго органа, то мы почти всегда сразу можемъ убѣдиться, насколько это болѣзненное ощущеніе можетъ быть уменьшено. Слѣдуетъ



Рис. 219.

только строго смотрѣть за тѣмъ, чтобы матка не была черезъ-чуръ приподнята, а влагалище — чрезмѣрно растянато, другими словами, чтобы кольцо было подобрано удачно и не представлялось ни больше, ни меньше того, какъ этого требуетъ данный случай. Для сказанной цѣли лучше всего употреблять мягкія, легко сгибаемыя кольца, какъ напр., каучуковое кольцо *Mayer'a*, или кольцо изъ часовой пружины, обтянутое каучукомъ. Сдавливая кольцо пальцами и придавая ему фигуру, изображенную на рис. 219, мы его вводимъ весьма легко во влагалище, гдѣ

оно, принимая свою первоначальную круглую форму, должно быть установлено такъ, чтобы влагалищная часть матки помещалась болѣе или менѣе въ центрѣ кольца. Какихъ-либо особыхъ щипцовъ для введенія такого кольца, какъ это предлагаютъ нѣкоторые авторы, никогда не требуется. При довольно большой влагалищной части введенное кольцо можетъ вызвать иногда ббольшую или меньшую степень ущемленія ея, такъ что

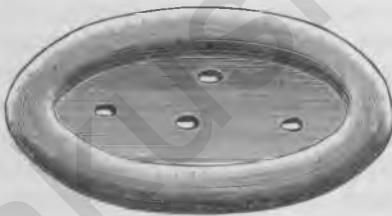


Рис. 220.

она припухаетъ и представляется синевато-багроваго цвѣта. Для устраненія возможности развитія подобнаго состоянія предложены кольца (см. рис. 220), просвѣтъ которыхъ затянуть каучуковою перепонкою, имѣющею достаточное количество мелкихъ отверстій для стока выдѣленій матки.

Обыкновенно мы назначаемъ носить подобное кольцо при чистыхъ формахъ *metritidis corporis chronicae* въ періодахъ обостренія и, какъ только болѣе острия явленія стихаютъ, мы снова вынимаемъ его.

*Симптоматическое лѣченіе* при пользованіи больныхъ хроническимъ метритомъ играетъ весьма важную роль. Большая часть прославленныхъ лѣкарствъ или минеральныхъ источниковъ, какъ излѣчивающихъ *metritis chronica*, обязаны своею славою тому, что, устраняя тотъ или другой изъ болѣе тягостныхъ припад-

ковъ, значительно улучшаютъ самочувствіе больныхъ. Но какъ только одно изъ этихъ средствъ возводится въ радикально дѣйствующее, вообще, во всѣхъ случаяхъ хроническаго метрита, то и слава его начинаетъ падать, — многие случаи остаются неизлѣченными, — требуется появленіе новаго, подобнымъ же образомъ составившаго себѣ репутацію, средства. И оно появляется. Такого рода періодичность въ возникновеніи и исчезновеніи со сцены новыхъ, хваленыхъ средствъ въ исторіи терапіи хроническаго метрита научаетъ насъ останавливаться на каждомъ случаѣ этой патологической формы отдѣльно, строго индивидуализировать и избѣгать чрезмѣрныхъ обобщеній.

Не вдаваясь въ излишнія подробности относительно припадочнаго лѣченія, я укажу только на выдающіеся симптомы, требующіе лѣченія совмѣстно съ вышеприведенною терапіею, направленною непосредственно на заболѣвшій органъ. Сюда относятся запоры, боли, развивающіяся явленія анэміи и неврозизма. При лѣченіи привычныхъ запоровъ, наблюдающихся при хроническомъ метритѣ, большею частью вслѣдствіе атоніи кишекъ, я долженъ только предостеречь отъ назначенія препаратовъ сабура (Aloë). Мнѣ нерѣдко приходится встрѣчать случаи, въ которыхъ употребленіе слабительныхъ пилюль, заключающихъ въ себѣ Ext. Aloës, значительно ухудшаетъ мѣстный процессъ въ маткѣ и вызываетъ еще болѣе усиленную потерю крови при безъ того уже существующихъ меноррагіяхъ. Случаи эти обыкновенно не имѣютъ гинекологическаго діагноза, и назначеніе слабительныхъ пилюль обыкновенно происходитъ безъ предварительнаго изслѣдованія половыхъ органовъ, т. е. въ случаяхъ, недостаточно разъясненныхъ пользующимъ врачомъ. Точно также я долженъ предостеречь отъ примѣненія *larga manu* наркотическихъ средствъ, вызываемаго желаніемъ уменьшить болевые ощущенія.

При назначеніи *общаго лѣченія*, показуемаго явленіями анэміи, столь часто развивающейся при *metritis chronica*, большую роль играютъ различные минеральные источники, содержащіе желѣзо, причемъ назначеніе и выборъ ихъ должны быть производимы на основаніи общихъ бальнео-терапевтическихъ положеній. Точно также, назначая, вообще, тѣ или другія воды внутрь и снаружи и руководствуясь при этомъ показаніями, имѣющими свое основаніе въ общемъ состояніи организма, мы достигаемъ значительнаго улучшенія состоянія нашихъ больныхъ. Минеральныхъ водъ и морскихъ купаній, имѣющихъ дѣйствіе спеціально на матку при хроническомъ метритѣ, какъ понятно, не существуетъ. Такимъ образомъ, назначая это лѣченіе минеральными источниками, мы должны строго помнить, что пользованіе только ими одними не приведетъ къ полному выздоровленію, и что совмѣстно съ ними непременно должно быть предпринято мѣстное гинекологическое лѣченіе.

При рѣзко выраженныхъ гистеріи, неврастеніи и др. нервныхъ страданіяхъ, такъ легко ухудшающихся подѣ влияніемъ развитія *metritidis chronicae*, наше лѣченіе должно быть направлено и противъ нихъ, согласно съ принципами нейро-патологии. *Winckel* («*Lehrbuch der Frauenkrankheiten*», 1886, стр. 531) примѣнялъ уже при этихъ заболѣваніяхъ такъ называемое *Weir-Mitchel'*евское лѣченіе и получалъ весьма хорошіе результаты.

Къ общему лѣченію мы должны отнести также примѣненіе массажа всего тѣла при хроническомъ метритѣ. Предложеніе массажа мѣстнаго, ограничивающагося только маткою, весьма цѣлесообразно, но примѣненіе его затруднительно и не удобно, такъ что едва-ли оно войдетъ въ повседневную практику. Назначая массированіе всего тѣла, намъ не рѣдко приходится наблюдать весьма хорошіе результаты относительно общаго состоянія больныхъ, и наша мѣстная гинекологическая терапія при этомъ скорѣе и легче даетъ болѣе стойкіе результаты.

### 3) Воспаленіе шейки матки (*metritis et endometritis cervicis*) и ея разрывы (*lacerationes colli uteri*).

Слизистая оболочка канала шейки, какъ извѣстно, представляется состоящею изъ соединительной ткани, непосредственно переходящей въ межмышечную соединительную ткань, причемъ толщина ея весьма незначительна, такъ что покрывающій ее однослойный цилиндрической эпителий мѣстами почти непосредственно помѣщается на мышечныхъ пучкахъ, составляющихъ главную основу шейки матки. Благодаря такой полной неособенности слизистой оболочки, и воспалительныя измѣненія ея никогда не ограничиваются только ею, но всегда распространяются и на мышечную часть шейки матки; особенно рѣзко наблюдается такое распространеніе въ мѣстахъ болѣе глубокаго внѣдренія железистыхъ полостей въ подлежащую ткань.

Въ силу этихъ анатомическихъ особенностей, мы считаемъ необходимымъ разсматривать воспаленіе тканей шейки (*metritis cervicis*) и ея слизистой оболочки (*endometritis cervicis*) въ одной общей главѣ.

Съ другой стороны, воспаленія шейки матки и ея разрывы у женщинъ рожавшихъ встрѣчаются вмѣстѣ настолько часто и въ большей части случаевъ этиологически на столько тѣсно связаны между собою, что и они, по нашему мнѣнію, должны разсматриваться въ одной общей главѣ.

**Этіологія.** Катарральное воспаленіе слизистой оболочки шейки матки принадлежитъ къ одному изъ часто встрѣчающихся заболѣваній внутреннихъ половыхъ органовъ женщины. Между воспаленіями слизистой оболочки полости матки вообще, оно предста-

вляется самым частымъ, затѣмъ уже слѣдуютъ по частотѣ воспаленія, захватывающія одновременно цервикальную слизистую оболочку и таковую же полости тѣла, и рѣже всего встрѣчаются обособленные воспаленія этой послѣдней.

*Endometritis cervicis* встрѣчается во всѣхъ возрастахъ, съ самаго ранняго дѣтства и до глубокой старости, и можетъ быть даже врожденнымъ. Острые лихорадочные процессы, какъ корь и скарлатина у дѣтей, весьма часто осложняются весьма интенсивными иногда формами воспаленій слизистой оболочки полового канала, причѣмъ *endometritis cervicis* остается еще надолго по окончаніи общей формы заболѣванія.

Въ періодъ наступленія половой зрѣлости у дѣвушекъ обильныя бѣли, какъ результатъ хроническаго эндометрита шейки, не рѣдко наблюдаются стоящими въ связи съ общими разстройствами питанія, какъ золотуха, хлорозъ и т. п. Нарушенія требованій гигиены менструальнаго кровотеченія, какъ-то усиленные тѣлодвиженія (танцы), простуда (черезъ-чуръ легкая обувь), чрезмѣрные занятія и половыя излишества (*coitus sub menstruatione* и онанизмъ), нерѣдко представляютъ исходный этиологическій моментъ къ развитію хроническихъ страданій шейки матки. *Stenosis orificiі externi*, обуславливая недостаточно легкій стокъ выделяющейся въ избыткѣ слизи изъ цервикальнаго канала при *endometritis cervicis*, въ свою очередь еще болѣе поддерживаетъ воспалительный процессъ.

Значительно выраженное брюшное полнокровіе (*plethora abdominalis*) у женщинъ въ зрѣломъ возрастѣ и присутствіе воспалительныхъ гнѣздъ въ близкомъ сосѣдствѣ съ маткою влекутъ за собою иногда весьма упорные катарры цервикальнаго канала. Зараженіе гонорройнымъ ядомъ, столь частое явленіе въ извѣстномъ возрастѣ у женщинъ извѣстной среды, поражая слизистыя оболочки полового канала, особенно стойко и упорно локализуется на слизистой оболочкѣ канала шейки матки. Женщины рожавшія въ преобладающемъ числѣ случаевъ ведутъ начало своего заболѣванія хроническимъ эндометритомъ шейки со времени родовъ и послѣродового періода; шейка матки, подверженная столь значительной травмѣ *sub partu*, представляетъ какъ бы *locus minoris resistentiae* при развитіи различныхъ воспалительныхъ заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ, и нерѣдко мы видимъ, что процессъ можетъ начинаться не только съ нея самой, но и переходить на нее, какъ изъ полости матки, такъ и изъ влагалища.

Самою частою причиною, лежащею въ основѣ дальнѣйшаго развитія хроническаго воспаленія шейки послѣ родовъ, безспорно представляется присутствіе болѣе или менѣе глубокихъ надрывовъ ея, происшедшихъ во время родовъ (*lacerationes cervicis uteri*). Надрывы эти, какъ извѣстно, происходятъ едва ли не у



каждой первородящей и, смотря по мѣсту и обширности поврежденія, или заживаютъ весьма быстро, не оставляя и слѣда своего существованія, или же покрываясь рубцомъ, остаются на всю жизнь, представляя одинъ изъ важныхъ признаковъ бывшихъ родовъ (*J. Simpson*). По наблюденіямъ *Nieberding*'а («*Ueber Ectropium und Risse am Halse der schwangeren und puerper. Gebärmutter*», *Würzburg, 1879, стр. 145*), надрывы, идущіе впередъ и назадъ (передней и задней губы), весьма легко и быстро заживаютъ и уже къ 8—9 дню послѣ родовъ почти совершенно излаживаются; такое быстрое заживленіе per primam вполнѣ объясняется ихъ анатомическимъ положеніемъ, при которомъ свѣже разорванныя поверхности удерживаются прилежащими другъ къ другу. Совершенно иначе бываетъ при боковыхъ разрывахъ, особенно если они нѣсколько болѣе глубоки и достигаютъ до свода влагалища, или заходятъ выше за него. Въ подобныхъ случаяхъ, какъ это вполнѣ опредѣленно объясняетъ *T. Emmet* («*Principien und Praxis der Gynäkologie, deutsch herausgegeben von G. Rothe*», *Leipzig, 1881, стр. 336*), развиваются условія, препятствующія произвольному заживленію разрыва: задній лоскутъ влагалищной части остается въ заднемъ сводѣ влагалища при болѣе значительномъ опущеніи большой послѣродовой матки въ полость малаго таза, передней же вслѣдствіе той же причины опускается болѣе книзу, — происходитъ полное расхожденіе краевъ разрыва. Въ дальнѣйшемъ теченіи, когда больная встаетъ съ постели, и особенно у женщинъ, получившихъ также и разрывъ промежности, когда матка представляется еще болѣе опущенной, расхожденіе обоихъ лоскутовъ (передней и задней губы) достигаетъ еще большей степени: происходитъ полный выворотъ внутренней поверхности канала шейки (*ectropion canalis cervicis*). Благодаря этимъ условіямъ, имѣющимъ мѣсто въ послѣродовомъ періодѣ, мы встрѣчаемъ между нашими гинекологическими больными чаще всего боковые разрывы съ обѣихъ сторонъ и затѣмъ уже одностороннія, и притомъ чаще слѣва, чѣмъ справа. Разрывы спереди и сзади относятся уже къ рѣдкостямъ, и при нихъ почти всегда наблюдаются болѣе или менѣе значительныя потери вещества, какъ слѣдствіе бывшихъ некротическихъ послѣродовыхъ процессовъ, повліявшихъ на невозможность заживленія разрыва per primam. Вообще, частота, съ которою встрѣчаются разрывы шейки матки у рожавшихъ гинекологическихъ больныхъ, равняется отъ 30% (*Mundé*) до 32,8% (*T. Emmet*).

Присутствіе надрывовъ шейки матки и обусловливаемый ими выворотъ цервикальнаго канала нельзя не считать однимъ изъ весьма важныхъ и частыхъ этиологическихъ моментовъ въ развитіи цервикальнаго эндометрита. Слизистая оболочка *canalis cervicis*, лежащая normaliter въ каналѣ съ плотными стѣнками и не

подвергающаяся никакой травмѣ, при выворотѣ помѣщается во влагалищѣ, приходя въ непосредственное соприкосновеніе съ его стѣнками, причемъ, не говоря уже о треніи о нихъ, которому она подвергается при каждомъ болѣе значительномъ измѣненіи внутрибрюшного давленія, она дѣлается болѣе доступною различного рода травматическимъ вліяніемъ, легко переносящимся слизистой оболочкою влагалища, но оказывающимъ уже вредное вліяніе на болѣе нѣжную, покрытую цилиндрическимъ эпителиемъ слизистую оболочку канала шейки. Ко всему этому присоединяются еще мѣстныя разстройства кровообращенія вслѣдствіе присутствія болѣе или менѣе значительныхъ рубцовъ въ углахъ разрывовъ.

Не всѣ боковые разрѣзы обусловливаютъ *ectropion*; несомнѣнны случаи, въ которыхъ при довольно глубокихъ двустороннихъ разрывахъ губы прилежатъ плотно другъ къ другу, и мы не наблюдаемъ ни выворота, ни хроническаго воспаления слизистой оболочки канала шейки. Случаи эти дали поводъ отвергать этиологическую связь между разрывами и цервикальнымъ эндометритомъ. Нельзя согласиться съ мнѣніемъ *C. Schröder'a* («*Handbuch der Gynäkologie*», 7-е изд., 1886, стр. 131) и *A. Martin'a* («*Pathologie und Therapie der Frauenkrankh.*», 2-е изд., 1887, стр. 206), не признающихъ непосредственной связи между разрывомъ и катарромъ шейки. *Schröder* думаетъ, что вывороченная слизистая оболочка цервикальнаго канала при разрывѣ должна была бы скорѣе претерпѣвать не воспалительныя измѣненія, а поверхностный цилиндрическій эпителий ея долженъ бы былъ замѣниться плоскимъ, какъ это наблюдается при выпаденіяхъ матки. Но условія, въ которыхъ находится вывернувшаяся слизистая оболочка канала шейки при выпаденіи матки и при выворотѣ въ полость влагалища на столько различны, что уже а priori проводить параллель между ними, по нашему мнѣнію, едва ли возможно. Съ другой стороны, удачные случаи полнаго излѣченія катарра шейки операціей зашиванія разрывовъ прямо указываютъ на этиологическую зависимость эндометрита шейки отъ разрыва. Наблюденія въ нашей клиникѣ, частью опубликованныя *Агафономъ* («*Разрывы шейки матки*», Дисс., СПб., 1883), вполне подтверждаютъ эту связь, такъ какъ операція производилась безъ всякаго подготовительнаго лѣченія, направленнаго противъ катарра шейки.

Воспалительные процессы самой ткани шейки матки (*metritis cervicis*) наблюдаются обыкновенно или, какъ совмѣстное заболѣваніе при метритѣ всей матки, или же чисто мѣстно; въ этомъ послѣднемъ случаѣ они развиваются обыкновенно послѣдовательно за страданіемъ слизистой оболочки и ея железъ; или же разлитой *metritis colli* въ острой формѣ появляется, какъ результатъ инфекціи послѣ нѣкоторыхъ врачебныхъ мани-

пуляцій, производимымъ безъ достаточныхъ предосторожностей (прессованныя губки, скарификаціи), и въ послѣродовомъ періодѣ при существованіи раненыхъ поверхностей.

Весьма рѣдко встрѣчающаяся потеря вещества въ формѣ язвъ на влагалищной части ведетъ свое начало отъ мѣстныхъ омертвѣній во время послѣродового періода или же при неумѣломъ примѣненіи влагалищныхъ нессаріевъ (*Heitzmann*, «*Spiegelbilder der vaginalportion*», *Wien*, 1883, *Taf. XI*, *pic. 6*). Глубокія прижиганія различнаго рода каустическими веществами и каленымъ желѣзомъ оставляютъ послѣ себя иногда на довольно продолжительное время язвенныя поверхности. При *prolapsus uteri cum inversione vaginae* наблюдаютъ также развитіе обширныхъ язвъ не только на стѣнкахъ влагалища, но и на влагалищной части матки. О сифилитическихъ язвахъ, какъ не входящихъ въ программу курса женскихъ болѣзней, мы говорить не будемъ.

**Патологическая анатомія.** При *остромъ* воспаленіи шейки матки мы находимъ ее увеличенной въ объемѣ, сине-багроваго цвѣта, вслѣдствіе чрезмѣрнаго кровопереполненія; ткань рыхлая; пастозна, иногда отечна; слизистая оболочка канала разбухла, *palmae plicatae* утолщены, сосуды сильно налиты кровью. Слизистое отдѣленіе канала шейки жиже нормальнаго и иногда содержитъ значительную примѣсь гнойныхъ тѣлецъ.

При *хроническихъ* воспаленіяхъ шейки матки мы наблюдаемъ довольно рѣзко выраженный продуктивный процессъ, какъ со стороны эпителія, выстилающаго каналъ ея, такъ и со стороны подлежащей ткани. Эпителій мѣняетъ свой типъ: изъ мерцательнаго превращается въ простой цилиндрической, причемъ и форма клѣтокъ его измѣняется, онѣ дѣлаются длиннѣе и уже. Поверхность, выстилаемая эпителиемъ, увеличивается, вслѣдствіе образованія многочисленныхъ вѣдреній его въ подлежащую ткань, идущихъ иногда весьма глубоко и достигающихъ толщи мышечнаго слоя; съ другой стороны, и подлежащая соединительная ткань, разрастаясь, образуетъ многочисленные сосочки, достигающіе значительной длины. Вся слизистая оболочка такимъ образомъ утолщается, представляется весьма рыхлой и пронизана многочисленными сосудами, дающими конечныя вѣтви въ формѣ петли въ разросшіея сосочки. Разростаніе слизистой оболочки канала шейки можетъ быть такъ сильно выражено, что она вполне выполняетъ его просвѣтъ. *Scanzoni*, производя *hysterostomatomiю*, видѣлъ, какъ подобнымъ образомъ измѣненная слизистая оболочка, тотчасъ по расширеніи *orificii externi*, обильно выпячивалась изъ канала шейки (см. у *Nieberding'a*, *l. c.*, *стр. 82*). Подъ вліяніемъ хроническаго воспаленія слизистой оболочки ткань шейки матки утолщается или вслѣдствіе развитія въ большемъ количествѣ

межмышечной соединительной ткани, или же и сама мышечная ткань гиперплазируется, подобно тому, какъ мы уже видѣли въ тѣлѣ матки при *metritis chronica*. Результатомъ этихъ процессовъ являются мѣстныя или общія гипертрофіи шейки матки, столь частые спутники *endometritidis cervicalis*.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ приходится наблюдать совершенно обратное явленіе: стѣнки шейки матки истончаются вслѣдствіе усиленнаго роста железъ слизистой оболочки и весьма глубокаго внѣдренія ихъ въ подлежащую ткань съ вытѣсненіемъ и истонченіемъ этой послѣдней.

Измѣненія въ слизистой оболочкѣ *canalis cervicis* у женщинъ не рожавшихъ распространяется при хроническомъ катаррѣ болѣе или менѣе равномерно по всему ея протяженію отъ *orificium externum* до *orificium internum*. При этомъ, если *orificium externum* достаточно велико, такъ что густыя слизистыя массы катаррального отдѣленія имѣютъ свободный стокъ, просвѣтъ канала представляется суженнымъ разбухшею и разросшеюся слизистой оболочкою; если же *orificium externum* мало, врожденно стенозировано, такъ что слизистыя массы не могутъ быть легко удалены, то получается иногда весьма значительное расширеніе полости канала шейки (см. стр. 279). Распростра-



Рис. 221.

неніе измѣненій слизистой оболочки шейки по направленію къ *orificium externum* представляется индивидуально различнымъ, смотря по тому, какъ далеко внизъ опускается слизистая оболочка *canalis cervicis*, и ограничивается ли она какъ разъ контуромъ наружнаго отверстія, или заходитъ за него и распространяется болѣе или менѣе высоко на наружную поверхность влагалищной части.

Анатомическія изслѣдованія *Klotz'a* («*Gynäkol. Studien über die pathologischen Veränderungen der portio vag. uteri mit Berücksicht. d. normal. Baues*», *Wien, 1879*) показали, что граница между многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ влагалищ-

ной части матки со стороны влагалища и цилиндрическим со стороны слизистой оболочки канала шейки находится далеко не всегда на одной высотѣ. Она может заходить за



Рис. 222.

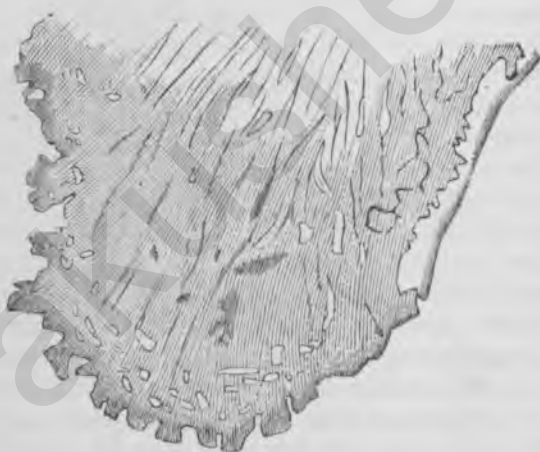


Рис. 223.

наружное отверстие внутрь канала шейки (рис. 221), или же помѣщаться какъ разъ на границѣ наружнаго отверстия (рис. 222), или даже начинаться, далеко не доходя до него, какъ это не рѣдко встрѣчается у новорожденныхъ дѣвочекъ (рис. 223) и было описано *Fischel'*емъ («*Arch. f. Gynäk.*», *Bd. XVI*, *стр. 195*) подъ именемъ врожденнаго гистологическаго *ectropion'a*; подобное болѣе низкое мѣстонахожденіе начала слизистой оболочки цервикальнаго канала встрѣчается или равномерно вокругъ всего наружнаго отверстия матки, или же только на одной изъ его губъ.

Благодаря этимъ анатомическимъ условіямъ, измѣненія слизистой оболочки цервикальнаго канала при хроническомъ воспаленіи, распространяясь по всему ея протяженію, должны, по

крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ и при томъ не рѣдкихъ случаяхъ, распространяться за границу *orificiі externi uteri* и переходить болѣе или менѣе замѣтно на наружную поверхность

влагалищной части. смотря по тому, насколько далеко отстоять от наружнаго отверстія граница между плоскимъ эпителиемъ влагалища и цилиндрическимъ канала шейки. Результатомъ этого, при изслѣдованіи зеркаломъ, является присутствіе, или кольцеобразно вокругъ всего наружнаго отверстія, или же только на передней или задней губѣ, окрашеннаго въ темно-красный цвѣтъ мѣста, поверхность котораго своимъ болѣе матовымъ блескомъ и иногда бархатистостью рѣзко отдѣляется отъ окружающей его блѣдно-красной блестящей поверхности слизистой оболочки, покрывающей наружную часть *portionis vaginalis*. Эти воспаленные участки слизистой оболочки канала шейки, заходящіе за наружный зѣвъ на влагалищную часть, при простомъ изслѣдованіи черезъ зеркало производятъ впечатлѣніе язвенныхъ, эродированныхъ мѣстъ. До послѣдняго времени они дѣйствительно и описывались, какъ язвы, какъ «эрозіи», происходящія якобы вслѣдствіе сдвигиванія эпителия и обнаженія подлежащей ткани слизистой оболочки.

Особенно рѣзко эти воспаленныя мѣста представляются похожими на язвенныя поверхности при существованіи боковыхъ разрывовъ шейки матки. Мы уже упоминали, что подобные разрывы обуславливаютъ расхождение обоихъ лоскутовъ (губъ) влагалищной части, и при болѣе глубокихъ надрывахъ выворотъ цервикальнаго канала (*ectropion*) можетъ достигать почти до области внутренняго отверстія (*orificium internum uteri*)

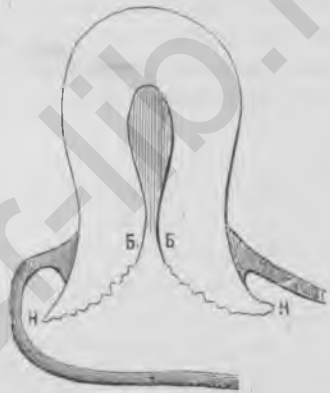


Рис. 224. Шема выворота при *laceratio bilateralis colli uteri*. Н.Н. Наружное отверстие матки. Б.Б. Внутреннее отверстие матки.

(рис. 224), такъ что почти вся слизистая оболочка его выворачивается во влагалище. Подъ вліяніемъ указанныхъ уже нами причинъ эта вывернувшаяся часть слизистой оболочки представляется воспалительно-измѣненной въ гораздо болѣе интенсивно выраженной формѣ, чѣмъ часть, заключенная еще въ уцѣлѣвшемъ отдѣлѣ цервикальнаго канала. Благодаря доступности вывернувшихся губъ влагалищной части, при современной technikѣ гинекологическаго изслѣдованія, было уже легко получить известной величины куски этихъ такъ называемыхъ язвенныхъ поверхностей для болѣе точнаго микроскопическаго изслѣдованія. Изслѣдованія *C. Ruge* и *Veit'a* («*Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*», Bd. II, 1878) и у насъ въ клиникѣ *о-ра Патенко* («*Протоколы съезда русскихъ естествоиспытателей и врачей въ СПб.*», 1879—80), несомнѣнно установили фактъ, что передъ нами вовсе

не язвенныя поверхности, а поверхности, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ, свойственнымъ воспалительно-измѣненной слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала, со всѣми особенностями этой послѣдней. Не смотря на вполне измѣнившійся взглядъ нашъ на эти больные участки влагалищной части, послѣ сказанныхъ изслѣдованій, названіе ихъ «эрозіями» (erosiones) все-таки удержалось въ гинекологіи; случилось это или въ силу старой привычки, или вслѣдствіе недостатка лучшаго названія, «faute de mieux», какъ говоритъ *Fritsch* («*Frauenkrankheiten*», red. von Billroth, I, стр. 968).

Изслѣдуя влагалищную часть матки помощью зеркала, мы видимъ на ея наружной поверхности, покрытой слизистой оболочкою влагалища съ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, различнаго рода воспалительныя измѣненія, свойственныя влагалищу, вообще (смот. стр. 84). Дѣйствительно, мы наблюдаемъ и на влагалищной части нерѣдко измѣненія, характерныя для vaginitis granulosa, причѣмъ нѣсколько измѣненныхъ островковъ могутъ сливаться вмѣстѣ

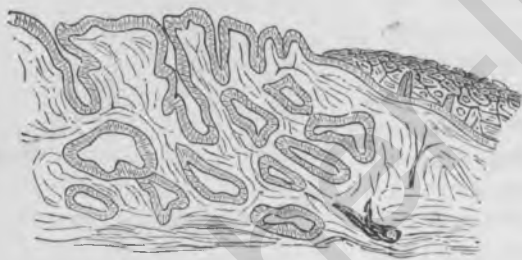


Рис. 225.

и образовывать довольно значительной величины участки насыщено-краснаго цвѣта, съ матовой поверхностью и представлять настоящія «простыя эрозіи», при чемъ, какъ мы уже видѣли при изученіи vaginitidis granulosaе, покрывающій ихъ плоскій эпителий, истончаясь мало - по - малу, можетъ быть совершенно уничтоженъ, и передъ нами получится настоящая язвенная, лишенная эпителия поверхность (см. рис. 49, стр. 89). Эти эрозіи мы называемъ простыми, erosio simplex («Эрозіи влагалищной части матки», Лекція проф. Славянскаго, записанная Реформатскимъ, «Врачебн. Вѣд.» 1880), въ отличіе отъ erosio glandularis, свойственныхъ воспалительнымъ измѣненіямъ слизистой оболочки цервикальнаго канала. Мы уже видѣли, что при воспаленіи этой послѣдней, кромѣ измѣненія типа самихъ эпитеціальныхъ клѣтокъ и превращенія ихъ изъ мерцательныхъ въ цилиндрическія высшія, наблюдается еще значительное развитіе железистыхъ полостей и трубокъ. Эрозіи этого типа могутъ имѣть поверхность относительно ровную и представлять такъ называемую erosio glandularis simplex (рис. 225); или же при разростаніи подлежащей соединительной ткани поверхность такой эрозіи можетъ быть рѣзко бархатиста, снабжена многочисленными сосочками, выступающими надъ поверхностью—

гутъ сливаться вмѣстѣ и образовывать довольно значительной величины участки насыщено-краснаго цвѣта, съ матовой поверхностью и представлять настоящія «простыя эрозіи», при чемъ, какъ мы уже видѣли при изученіи vaginitidis granulosaе, покрывающій

erosio papillaris (ulcus papillare, — *C. Ruge* и *Veit*), (рис. 226); или же, наконецъ, при присоединяющейся закупоркѣ выводныхъ протоковъ или отверстій железъ, получаютъ кистовидныя образования въ видѣ фолликуловъ — erosio follicularis (рис. 227).

При болѣе интенсивныхъ формахъ воспаленія слизистая оболочка эктропированныхъ мѣстъ можетъ на столько значительно разрастаться, и подлежащая ткань шейки на столько активно принимать участіе въ процессѣ, что вывернувшаяся поверхность губъ влагалищной части представляется значительно увеличенной въ объемѣ, выстоящей въ видѣ подушки. Поверхность такого уже опухолевиднаго образованія, раздѣленная глубокими бороздами разросшихся железистыхъ поверхностей, и подлежащая ткань, представляющая неравномерное увеличеніе, въ формѣ не рѣзко выраженныхъ, различной плотности узловъ, даютъ верѣдку поводъ предполагать о присутствіи уже болѣе недоброкачественнаго новообразованія. Изслѣдованіе же



Рис. 226.

вырѣзанныхъ частицъ подъ микроскопомъ указываетъ только на воспалительныя измѣненія.

Въ большей части случаевъ распространеніе железистыхъ эрозій ограничивается лишь вывернувшимися участками слизистой оболочки цервикальнаго канала, будетъ ли выворотъ



Рис. 227.

обусловленъ присутствіемъ разрывовъ шейки, или же онъ врожденный (*Fischel*). Подобное распространеніе железистыхъ эрозій наблюдается весьма легко у женщинъ нерожавшихъ, и особенно наглядно — у первобеременныхъ (*Nieberding* l. c.). При длительно существующихъ катаррахъ, выраженныхъ въ болѣе интенсивной формѣ,



железистыя эрозии могут распространяться и за предѣлы слизистой оболочки канала шейки и въ нѣкоторыхъ, правда, довольно рѣдкихъ случаяхъ достигать по наружной поверхности влагалищной части до мѣста прикрѣпленія влагалища.

Влагалищная часть шейки матки при *endometritis cervicis*, кромѣ распространенія на ея наружную поверхность железистыхъ эрозій, представляетъ также заболѣванія соединительной и мышечной тканей, входящихъ въ ея составъ (*metritis colli*); разрастаніе ихъ подѣ влияніемъ воспаления можетъ быть иногда на столько значительно, что она или вся *in toto* увеличивается въ объемѣ, или же увеличенія эти только мѣстныя, въ формѣ большей или меньшей величины бугровъ.

Наружная ея поверхность представляетъ иногда, какъ мы уже сказали, различныя воспалительныя измѣненія, свойственныя слизистой оболочкѣ влагалища. Мы упомянемъ здѣсь, кромѣ *vaginitis granulosa*, еще о *vaginitis vesicularis*, давшей поводъ къ описанію отдѣльной формы заболѣванія подѣ именемъ *herpes colli uteri*. *Vaginitis necrotica* (см. стр. 115) можетъ также распространяться и на влагалищную часть, и въ послѣродовомъ періодѣ развитіе такъ называемыхъ пуэрперальныхъ язвъ (*ulcera puerperalia*) на *portio vaginalis uteri* не представляетъ особенно рѣдкаго явленія.

Изобиліе железистыхъ полостей въ слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала при закупоркѣ ихъ отверстій даетъ возможность наблюдать весьма часто развитіе кистовидныхъ образований, носящихъ здѣсь названіе *ovula Nabothi* и встрѣчающихся на столько часто, что они принимались даже за явленіе нормальное и описывались въ старину нѣкоторыми анатомами подѣ именемъ *ovarium secundarium*. Проводя параллель между кистовидными измѣненіями железистыхъ полостей на слизистыхъ оболочкахъ съ таковыми же на кожѣ, какъ это дѣлаетъ *Virchow* («*Die krankhaften Geschwülste*», 1863, I, стр. 231), развитіе кистъ *ovula Nabothi* слѣдуетъ поставить на ряду съ образованіемъ *milium* въ кожѣ; при присоединеніи воспалительныхъ измѣненій въ окружающей *ovula Nabothi* ткани, мы имѣемъ процессъ, совершенно аналогичный съ процессомъ образованія *acne* кожи. Дѣйствительно, на вывороченныхъ частяхъ *portionis vaginalis* иногда встрѣчается весьма большое число кистовидныхъ образований съ рѣзко выраженными воспалительными измѣненіями въ окружающей ихъ ткани, представляющей гиперплазированной и довольно плотной, такъ что подобное состояніе можно назвать *acne hyperplastica indurata colli uteri* (рис. 228); при этомъ замѣчается также значительное развитіе сосудовъ и варикозныхъ венозныхъ стволловъ, что придаетъ такой влагалищной части, еще больше характерный видъ, напоминающій собою носъ пьяницы («*Burgundernase*»). При изученіи полипообразныхъ разрастеній сли-

зистой оболочки шейки матки мы увидимъ также, что ovula Nabothi могутъ давать поводъ къ развитію образованій, совершенно аналогичныхъ съ acrochordon и molluscum кожи.

Содержимое ovula Nabothi есть не что иное, какъ густая, прозрачная слизистая масса, продуктъ выдѣленія цервикальныхъ железъ; болѣе рѣдко, подѣ влияніемъ воспалительныхъ измѣненій стѣнокъ кистовидной полости, оно можетъ представляться болѣе жидкимъ, почти серознымъ, или же, при присоединеніи клѣточныхъ элементовъ эпителия стѣнки, оно дѣлается не прозрачнымъ, равномернo или только съ полосами непрозрачной сѣровой массы; при нагноеніи въ стѣнкѣ — оно представляется желтымъ съ массою гнойныхъ тѣлецъ. Ovula Nabothi, помѣщающіяся болѣе поверхностно, увеличиваясь постепенно въ объемѣ, могутъ обусловить разрывъ своей стѣнки подѣ влияніемъ чрезмѣрнаго растяженія участка поверхностно покрывающей ихъ ткани; содержимое ихъ изливается наружу, и полость ихъ, спадаясь, зарубцевывается. Лежащія же болѣе глубоко въ ткани могутъ достигать весьма большихъ размѣровъ,

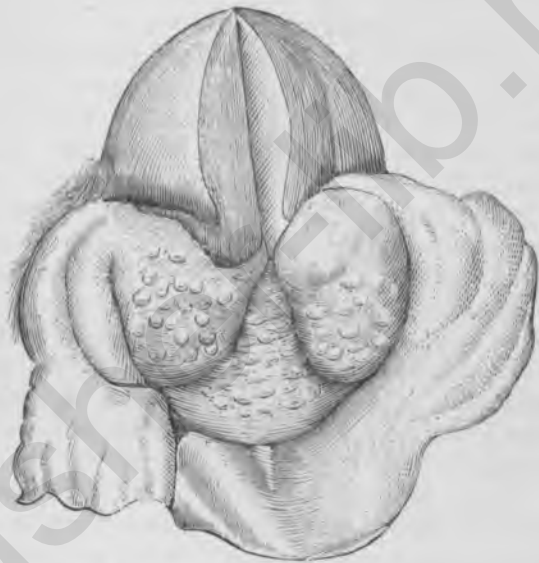


Рис. 228.

прежде чѣмъ произвольный разрывъ ихъ будетъ возможенъ, но иногда въ подобномъ случаѣ можетъ наступить произвольное изцѣленіе безъ разрыва, влѣдствіе запусѣванія ихъ путемъ развитія на мѣстѣ ихъ содержимаго слизистой ткани (*J. Renault*, «*Note sur le développement du tissu muqueux dans le contenu des oeufs de Naboth*»; *Soc. biol.*, 14, II, 1874), превращающейся впоследствии въ старую соединительную или даже рубцовую ткань.

Присутствіе болѣе глубокихъ надрывовъ на шейкѣ матки, кромѣ того, что они способствуютъ образованію ectropion'a и железистой эрозіи, представляетъ еще патолого-анатомическій интересъ со стороны нерѣдкаго осложненія ихъ недостаточнымъ

обратнымъ развитіемъ матки и хроническими воспалительными измѣненіями въ околоматочной клѣтчаткѣ и прилежащемъ участкѣ брюшины (para-perimetritis chronica). При разрывахъ, проходящихъ далеко въ глубь сводовъ влагалища, нерѣдко наблюдается развитіе значительной толщины рубцовъ, сильно смѣщающихъ матку въ сторону и служащихъ источникомъ различнаго рода нервныхъ страданій, вслѣдствіе непосредственнаго сдавливанія нервныхъ вѣтвей данной области. При подобныхъ, одностороннихъ глубокихъ, проникающихъ въ сводъ влагалища разрывахъ шейка матки представляется какъ бы атрофированной съ этой стороны, смѣщенной значительно въ эту же сторону; другая же половина ея какъ бы утолщена и помѣщается по продольной оси влагалища; вся матка фиксирована рубцомъ, идущимъ отъ шейки къ костямъ таза: движенія ея крайне затруднены.

**Припадки.** Острое воспаленіе шейки матки, встрѣчаясь обыкновенно только, какъ частичное явленіе, при остромъ воспаленіи всей матки *in toto*, представляетъ и припадки, входящіе въ общую картину *metritidis et endometritidis acutae*. Теперь мы укажемъ лишь на характерный симптомъ, принадлежащій только острому цервикальному эндометриту: это—измѣненіе качества физиологическаго выдѣляемаго железъ слизистой оболочки шейки матки; вмѣсто густой, тягучей, прозрачной слизистой массы появляется обильное выдѣленіе жидкой, почти серозной, болѣе или менѣе окрашенной кровью жидкости. Съ паденіемъ интенсивности воспаленія, или съ переходомъ его въ хроническую форму, выдѣленія снова принимаютъ свой прежній характеръ густой слизи, оставаясь только значительно увеличенными въ количествѣ.

При хроническомъ катаррѣ такое чрезмѣрное выдѣленіе слизистыхъ массъ объясняется, какъ усиленною секреціею железистыхъ образованій шейки, такъ и значительно увеличеннымъ количествомъ послѣднихъ при увеличеніи, вообще, всей поверхности воспалительно-измѣненной слизистой оболочки цервикальнаго канала. Слизь, выдѣляющаяся изъ канала шейки при хроническомъ катаррѣ, сохраняетъ свой характеръ густой массы, похожей на сырой бѣлокъ куриного яйца; весьма часто она такъ-же прозрачна и только при значительной миграціи бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ на поверхность слизистой оболочки дѣлается opakовою, мутною, а при развитіи нагноенія становится желтою, гной содержащею; при зараженіи трипернымъ ядомъ она содержитъ многочисленныя колоніи гонококковъ *Neisser'a*, которые нерѣдко могутъ быть здѣсь находимы даже тогда, когда уже въ другихъ мѣстахъ (urethra) ихъ болѣе нѣтъ.

Больныя жалуются на присутствіе бѣлей (*leucorrhoea* *Leucòs* бѣлый *ῥέω*-течь), истекающихъ изъ половыхъ органовъ постоянно, или же только въ извѣстные промежутки времени. Густая церви-

кальная слизь, выдѣляющаяся въ изобильномъ количествѣ, скопляется во влагалищѣ и, достигнувъ извѣстнаго количества, извергается сокращеніями влагалища или брюшнаго пресса наружу. Подобное изверженіе наружу довольно объемистаго куска густой слизи происходитъ иногда черезъ поразительно правильные промежутки времени, такъ что больныя знаютъ впередъ, когда у нихъ произойдетъ выдѣленіе вдругъ большаго количества бѣлей. Передъ появленіемъ менструальнаго кровотока, за нѣсколько дней, выдѣленіе бѣлей усиливается, и слизь дѣлается менѣе густою. При существованіи болѣе или менѣе значительныхъ эрозій и разраженій слизистой оболочки канала шейки достаточно бываетъ уже менструальнаго прилива, чтобы дать поводъ къ незначительному кровотоку, — кровь отходить вмѣстѣ съ бѣлями въ видѣ большей или меньшей величины кровяныхъ полосъ, примѣшанныхъ къ слизи, или же слегка окрашиваетъ ее равномерно съ свѣтло-красный цвѣтъ. Доступность эрозій для различнаго рода травматическихъ инсультовъ даетъ поводъ къ поврежденіямъ ихъ, связаннымъ съ потерю извѣстнаго количества крови; при большихъ эрозіяхъ вывернувшихся губъ влагалищной части при ея боковыхъ разрывахъ нерѣдко каждый coitus сопровождается незначительною потерю крови. Менструальное кровотеченіе представляется иногда значительно увеличеннымъ (menorrhagia), благодаря легкой кровоточивости нѣкоторыхъ видовъ железистыхъ эрозій.

Изъ субъективныхъ ощущеній хроническій катарръ шейки обуславливаетъ чувство тупой боли въ глубинѣ таза и иногда чувство жженія. Боль распространяется обыкновенно въ поясницу, и больныя жалуются на несносное ощущеніе постоянной, тупой, нерѣдко выраженной боли въ крестцѣ; эта боль стоитъ, повидимому, въ связи съ присутствіемъ большаго количества увеличенныхъ и закупоренныхъ железъ цервикальнаго канала (ovula Nabothi). Боль въ лѣвой сторонѣ таза, причиняющая не мало безпокойства больнымъ, стоитъ обыкновенно въ связи съ болѣе частымъ присутствіемъ разрыва шейки именно съ этой стороны и остатками пара-периметритическихъ процессовъ, вызванныхъ этимъ послѣднимъ. — Проведеніе маточнаго зонда черезъ цервикальный каналъ, особенно въ области внутренняго отверстія, причиняетъ иногда рѣзко ощутимую боль въ поясницѣ. Pruritus vulvae — несносное чувство зуда въ наружныхъ половыхъ частяхъ — нерѣдко появляется въ періоды обостренія цервикальнаго эндометрита; съ уменьшеніемъ выдѣленія при надлежащей терапіи оно обыкновенно также прекращается.

Женщины, страдающія хроническимъ воспаленіемъ шейки матки, представляются нерѣдко безплодными. Конечно, причина безплодія для нѣкоторыхъ случаевъ можетъ лежать въ самомъ хроническомъ катаррѣ; густая слизь, плотно выполняющая про-

вѣтъ канала, или стѣженіе послѣдняго разросшеюся слизистою оболочкою могутъ представлять механическія препятствія къ проникновенію сперматозоидовъ черезъ каналъ шейки и обусловить такимъ образомъ *impotentiam concipiendi*, или же появляющаяся иногда кислая реакція въ выдѣленіи слизистой оболочки canalis cervicis весьма быстро убиваетъ проникающихъ сюда сперматозоидовъ. Но, съ другой стороны, причиною безплодія, особенно при такихъ этиологическихъ моментахъ заболѣванія, какъ зараженіе трипернымъ ядомъ, является не только мѣстное страданіе канала шейки, но главнымъ образомъ осложняющія его заболѣванія другихъ частей полового аппарата, въ особенности трубъ и брюшины въ окружности *ostium abdominale tubae*. Весьма нерѣдко хроническій катарръ шейки, стоящій въ связи съ ея обоюдостороннимъ разрывомъ у женщинъ многородящихъ, не представляетъ никакого препятствія къ дальнѣйшимъ забеременѣваніямъ и родамъ.

Рѣдкіе случаи разрывовъ шейки матки, не обусловливающихъ выворота губъ и катарра цервикальной слизистой оболочки, обыкновенно не даютъ никакихъ симптомовъ, если только нѣтъ болѣе значительнаго развитія рубцовой ткани въ углахъ разрыва, и рубецъ не продолжается въ сводъ влагалища и въ околоматочную клѣтчатку, фиксируя иногда матку къ костямъ таза. Эти рубцы подъ вліяніемъ усиленной работы брюшного пресса, подвергаясь растяженію, обусловливаютъ нерѣдко болевые ощущенія, усиливающіяся при каждой попыткѣ быть болѣе на ногахъ, такъ что такія больныя, если онѣ принадлежатъ къ рабочему классу, дѣлаются неспособными къ какой бы то ни было болѣе трудной физической работѣ. Кромѣ того присутствіе такого рубца вызываетъ иногда весьма бурныя отраженныя нервныя явленія, и только удаленіе его оперативнымъ путемъ сразу же прекращаетъ существовавшую невралгію или приступы истерическихъ судорогъ. Сами рубцы, при изслѣдованіи *per vaginam*, весьма болѣзненны при дотрогиваніи, чѣмъ и объясняется существующая иногда *dyspareunia* (*Czempin*, »*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*« *Bd. XII. 1886, стр. 304*). На сколько присутствіе разрывовъ шейки матки предрасполагаетъ въ случаѣ забеременѣванія въ выкидышу, какъ это предполагаетъ *Olshausen* (»*Centr. f. Gyn.*« *1877, № 13., стр. 233*), остается пока еще не выясненнымъ. Мнѣ лично приходилось наблюдать случаи беременности при весьма значительныхъ обоюдостороннихъ разрывахъ, не имѣвшихъ никакого вліянія на теченіе беременности, не смотря на одновременное существованіе довольно рѣзко выраженаго цервикальнаго катарра и выворота губъ.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** Уже одно только внутреннее гинекологическое изслѣдованіе бываетъ иногда достаточно для того, чтобы получить характерныя данныя для распо-

знаванія хроническаго воспаленія шейки матки. — У женщинъ, не рожавшихъ, или хотя и рожавшихъ, но не представляющихъ значительныхъ слѣдовъ бывшихъ разрывовъ шейки, въ окружности *orificiі externі* легко прощупываются железистыя эрозіи, буде таковыя существуютъ. Мягкость ткани разбухшей и разросшейся цервикальной слизистой оболочки, ея какъ бы бархатистость, суть весьма характерныя данныя при осязаніи железистыхъ эрозій. Проводя верхушкою указательнаго пальца по наружному отверстию матки, нерѣдко удается прощупать кусокъ выдающейся изъ него густой, цервикальной слизи; получается особое характерное ощущеніе въ моментъ, когда этотъ комокъ выскальзываетъ изъ подъ пальца. Иногда эта слизь кажется на осязаніе такою плотною, что является подозрѣніе, не имѣемъ ли мы передъ собою мягкаго цервикальнаго слизистаго полипа, — *adenoma polyposum canalіs cervicis*, — не превышающаго величины горошины. У многорожавшихъ, съ значительнымъ выворотомъ губъ шейки матки при существующихъ двустороннихъ разрывахъ, железистая эрозія прощупывается еще лучше, — поверхность ея здѣсь гораздо больше, бархатистость выражена рѣзче, особенно при *erosio papillaris*. Присутствіе значительнаго числа *ovula Nabothi* или мѣстныхъ утолщеній влагалищной части подъ влияніемъ *metritidis colli*, дающихъ на оцупь относительно плотные узлы, можетъ иногда навести на мысль о новообразованіи болѣе злокачественномъ, особенно если и поверхность эрозіи не ровная, а прорѣзана болѣе глубокими трещинами въ дольчато разросшейся слизистой оболочкѣ. Если къ этому прибавить еще крайне легкую кровоточивость при малѣйшемъ дотрогованіи чѣмъ бы то ни было до поверхности эрозіи, то становится понятнымъ, почему нерѣдко приходится видѣть больныхъ съ поставленнымъ уже діагнозомъ начинающагося рака влагалищной части, обладающихъ только рѣзко выраженнымъ воспаленіемъ шейки матки съ ея разрывами.

Производя далѣе внутреннее гинекологическое изслѣдованіе, мы обращаемъ вниманіе на размѣръ шейки матки и опредѣляемъ, увеличена-ли она, и притомъ, которая ея часть — надвлагалищная или влагалищная. Какъ мы уже упоминали, при хроническомъ цервикальномъ эндометритѣ такая частичная гипертрофія шейки встрѣчается нерѣдко: чаще гипертрофія *ex hyperplasia* ограничивается лишь надвлагалищной частью; увеличеніе въ объемѣ *portionis vaginalis* часто только кажущееся, особенно при *laceratio bilateralis* и высокой степени выворота. Присутствіе многочисленныхъ, глубоко въ ткани сидящихъ *ovula Nabothi* можетъ обусловить значительное увеличеніе объема влагалищной части. Дальнѣйшій ходъ наружно-внутренняго изслѣдованія съ цѣлью опредѣленія могущихъ встрѣтиться осложненій мы въ настоящее время разбирать не будемъ и укажемъ только

на крайнюю необходимость его для яснаго и точнаго пониманія даннаго случая.

Изслѣдованіе зрѣніемъ помощью влагалищныхъ зеркалъ обыкновенно вполне подтверждаетъ добытыя уже путемъ внутренняго изслѣдованія данныя и выясняетъ намъ еще большія детали относительно индивидуальных особенностей даннаго случая. Примѣненіе цилиндрическихъ зеркалъ или зеркала *Cusco* далеко не во всѣхъ случаяхъ удовлетворяетъ желательной точности изслѣдованія; при нихъ, въ случаяхъ выворота губъ шейки, мы можемъ достаточно хорошо видѣть вывернувшуюся слизистую оболочку цервикальнаго канала и опредѣлить характеръ эрозіи, видѣть же всю влагалищную часть и точно опредѣлить присутствіе и глубину надрывовъ мы можемъ только помощью ложкообразныхъ зеркалъ *Sims'a* и *Simon'a*; равно какъ и, благодаря низведенію при этомъ матки, мы убѣждаемся, что характеръ и особенности железистыхъ эрозій дѣлаются еще болѣе доступными осмотру, такъ что въ большинствѣ подозрительныхъ случаевъ путемъ этого тщательнаго осмотра заболѣвшихъ мѣстъ мысль о существованіи болѣе злокачественнаго новообразованія устраняется сама собою. Если-бы понадобилось для этой цѣли еще болѣе точное изслѣдованіе — гистологическое, то отрѣзываніе маленькихъ кусковъ слизистой оболочки при примѣненіи ложкообразныхъ зеркалъ представляется весьма легкимъ и удобнымъ и по своей безвредности должно быть разсматриваемо, какъ болѣе или менѣе обычное продолженіе нашего изслѣдованія съ діагностической цѣлью.



Рис. 229.

Для опредѣленія глубины и формы разрыва шейки матки необходимо примѣненіе крючковъ или, лучше, пулевыхъ щипцовъ. Обнаживъ влагалищную часть ложкообразными зеркалами, мы захватываемъ одними пулевыми щипцами переднюю губу тотчасъ надъ границей эрозіи, а другими — заднюю тотчасъ подъ нижнею границею ея (рис. 229). Затѣмъ, низводя помощью ихъ матку, мы пробуемъ, насколько удастся приложить обѣ губы другъ къ другу; весьма часто мы достигаемъ этого весьма легко,

и передъ нами получается *portio vaginalis* въ своей первоначальной формѣ, причемъ и величина ея оказывается нормальной, не смотря на то, что въ состояніи выворота она производила впечатлѣніе значительно увеличенной, гипертрофированной влагалищной части. Иногда же приблизить губы другъ къ другу намъ не удается вполнѣ; это указываетъ на то, что въ образованіи железистой эрозии приняла участіе не только одна вывернувшаяся слизистая оболочка цервикальнаго канала, но и подлежащая ткань самой *portionis vaginalis*, такъ что образовался значительный избытокъ ткани, и эрозии, какъ на передней, такъ и на задней губѣ, проминируютъ въ видѣ подушекъ и препятствуютъ полному сближенію развороченныхъ лоскутовъ.

Сближая и снова разводя лоскуты при *laceratio bilateralis*, мы легко убѣждаемся, что начало видимаго цервикальнаго канала, какъ такового, въ формѣ отверстія, далеко не соответствуетъ наружному отверстию матки (см. рис. 224), а находится выше на протяженіи самого канала, или иногда даже въ области внутренняго отверстія; края же разорваннаго *orificii externi* соответствуютъ обыкновенно верхней и нижней границѣ видимой железистой эрозии.

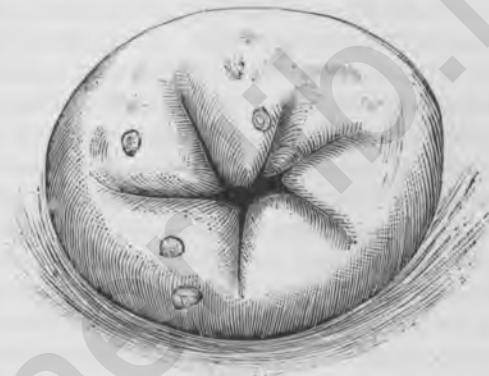


Рис. 230.

Если разрывы шейки незначительны по величинѣ и особенно односторонни, то они легко могутъ быть просмотрѣны при всякомъ иномъ изслѣдованіи, кромѣ изслѣдованія помощью пулевыхъ щипцовъ или крючковъ: разводя помощью ихъ губы шейки, мы легко можемъ видѣть присутствіе даже весьма незначительныхъ надрывовъ и опредѣлить ихъ форму и распространение. Присутствіе многочисленныхъ неглубокихъ надрывовъ, располагающихся обыкновенно радіусообразно по влагалищной части (рис. 230) и обуславливающихъ рѣзко выраженную бугристость ея, можетъ также иногда дать поводъ предполагать развитіе новообразованія, — изслѣдованіе ложкообразными зеркалами сразу укажетъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Этимъ же путемъ легко опредѣляется зависимость бугристой, иногда весьма причудливой формы влагалищной части отъ чрезмѣрнаго развитія *ovula Nabothi*. *Portio vaginalis* можетъ быть пронизана весьма большимъ числомъ маленькихъ кистъ, изъ которыхъ нѣ-



которыя достигаютъ величины горошины и болѣе и сильно проминируютъ надъ поверхностью; сидящія болѣе глубоко въ ткани мѣстами просвѣчиваютъ, иногда, при гнойномъ содержимомъ, въ видѣ желтыхъ пятенъ различной величины. Слизистая оболочка цервикальнаго канала, покрывающая при естгориоп'ѣ часть значительно увеличенныхъ губъ *portionis vaginalis* сильно растягивается растущими подъ нею *ovula Nabothi*, такъ что отверстія многочисленныхъ железъ ея увеличиваются вслѣдствіе растяженія и представляются хорошо видимыми въ формѣ мелкихъ углубленій, — получается такъ называемый *état cribreux* французовъ: поверхность влагалищной части напоминаетъ истыканную поверхность наперстка.

У нерожавшихъ, имѣющихъ границу между плоскимъ и цилиндрическимъ эпителиемъ заходящую довольно высоко за наружное отверстіе (см. рис. 221), катарръ цервикальнаго канала можетъ не осложняться видимыми железистыми эрозіями. Тогда, имѣя передъ собою густыя цервикальныя выдѣленія и легкую кровоточивость внутренней поверхности канала шейки при изслѣдованіи его зондомъ, мы можемъ считать показаннымъ для постановки точнаго діагноза пробное выскабливаніе слизистой оболочки цервикальнаго канала, или же производство двухъ боковыхъ разрѣзовъ влагалищной части съ цѣлью сдѣлать доступнымъ зрѣнію его внутреннюю поверхность. Техника производства выскабливанія полости матки, вообще, будеть нами подробнѣе изложена въ главѣ о заболѣваніяхъ полости тѣла ея, теперь же мы упомянемъ только, что для сказанной цѣли острая ложка вводится не глубоко, не заходя за внутреннее отверстіе матки; при значительно разросшейся, воспалительно измѣненной слизистой оболочкѣ дѣйствительно удается безъ особаго труда добыть достаточной величины кусочки ея для микроскопическаго изслѣдованія.

Обоюдосторонній разрѣзъ влагалищной части до свода, не представляя при извѣстныхъ антисептическихъ предосторожностяхъ серьезной опасности, можетъ быть иногда производимъ тѣмъ болѣе, что онъ представляетъ только первый шагъ въ операціи вырѣзыванія слизистой оболочки цервикальнаго канала при ея хроническихъ воспаленіяхъ. Захвативъ переднюю и заднюю губы влагалищной части пулевыми щипцами и низведя ее насколько возможно ниже, конечно — при примѣненіи ложкообразныхъ зеркалъ, разрѣзъ по очереди съ обѣихъ сторонъ лучше производить скальпелемъ, чѣмъ ножницами, до самаго свода влагалища; кровотеченіе, которое при этомъ бываетъ иногда незначительно, не должно насъ беспокоить, токь какъ при быстромъ производствѣ потеря крови все таки не велика, а для устраненія крови съ поля зрѣнія вполнѣ пригодна постоянная ирригація легкимъ обеззараживающихъ растворомъ. Предварительную временную перевязку *arteriae uterinae* при этомъ мы

обыкновенно не производимъ, считая ее излишнею. Произведемъ разрѣзъ съ обѣихъ сторонъ и развернувъ губы фиксирующими ихъ пулевыми щипцами, мы ясно видимъ состояніе слизистой оболочки на всемъ протяженіи цервикальнаго канала; смотря по тѣмъ даннымъ, которыя мы находимъ, мы продолжаемъ операцію дальше и удаляемъ всѣ заболѣвшія части, или же снова соединяемъ произведенныя нами разрѣзы простыми іодоформированными шелковыми швами. Заживленіе получается обыкновенно полное, не оставляя почти и слѣда бывшихъ надрѣзовъ. Въ случаяхъ существовавшего стеноза *orificiі externі* при наложении швовъ мы оставляемъ соотвѣтствующую часть раненыхъ поверхностей не зашитыми, прижигая ихъ каленымъ желѣзомъ *Raquelin'a*, какъ для остановки кровоточенія, такъ и съ цѣлью воспрепятствовать ихъ сращенію *per primam*.

**Теченіе и предсказаніе.** Теченіе хроническаго воспаленія шейки весьма длительное, при каждомъ относительно незначительномъ вредномъ вліяніи оно обостряется. Предоставленное само себѣ, воспаленіе не проходитъ, и только иногда при наступленіи климактерическаго возраста можетъ наступить исцѣленіе. Прогнозъ, слѣдовательно, относительно самопроизвольнаго излѣченія болѣзни неблагоприятенъ; онъ представляется еще болѣе неблагоприятнымъ, если принять въ соображеніе возможность перехода железистыхъ разраженій цервикальнаго канала въ новообразование болѣе злокачественное, какъ напр. рака шейки матки, или, при долгомъ существованіи значительнаго выдѣленія бѣлей и потерь крови, возможность при извѣстной неблагоприятной обстановкѣ болной развитія истощенія ея организма и заболѣванія легкихъ (*phthisis*). При соотвѣтственномъ, особенно оперативномъ, лѣченіи прогнозъ значительно улучшается, такъ что даже *quo ad valetudinem completam* онъ можетъ быть вполне благоприятнымъ.

**Лѣченіе.** Лѣченіе хроническихъ катарровъ шейки матки должно быть общее и мѣстное. Этіологія заболѣванія показываетъ намъ, что въ основѣ страданія могутъ лежать весьма различныя общія причины, удаленіе которыхъ и составляетъ главную задачу общаго лѣченія. Не опредѣливъ и не оцѣнивъ по достоинству этихъ этіологическихъ моментовъ и не направивъ противъ нихъ должнаго лѣченія, мы весьма часто будемъ встрѣчаться съ отсутствіемъ всякаго благотворнаго эффекта со стороны мѣстной терапіи; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ послѣдняя приноситъ только несомнѣнный вредъ, такъ что при подобныхъ обстоятельствахъ мѣстныя мѣропріятія должны ограничиваться лишь поддержаніемъ извѣстной чистоты половыхъ органовъ; женщины, переносящія хорошо индифферентныхъ влагалищныхъ инъекцій, могутъ ограничиваться даже только одними подмываніями наружныхъ половыхъ частей. Хлорозъ, анемія, золотуха дѣвушекъ

требуютъ энергическаго общаго лѣченія, и съ устраненіемъ этихъ заболѣваній мы видимъ, какъ скоро и вполне стойко исчезаютъ существовавшія до того значительныя потери бѣлей—продукта цервикальнаго эндометрита.

Катарры шейки матки у замужнихъ женщинъ, поддерживаемыя неправильною половою жизнью, недостаткомъ гигиенической обстановки и необходимаго покоя, требуютъ устраненія всѣхъ этихъ вредно вліяющихъ моментовъ. Въ подобныхъ случаяхъ, если то позволяютъ средства больныхъ, посылка ихъ на воды приносить несомнѣнную пользу. Желѣзноводскъ, Ессентуки, Друсkenики, Липецкъ, Франценсбадъ, Мариенбадъ, Пирмонтъ и Эмсъ давно уже пользуются вполне заслуженною репутаціею водъ, излѣчивающихъ leucorrhoe'ю. Въ данномъ случаѣ не составъ, свойства и методъ употребленія самой минеральной воды играютъ главную роль въ излѣченіи, но устраненіе всѣхъ вредныхъ вліяній обычной домашней обстановки и та покойная и правильно регулированная жизнь, которая оказываетъ первенствующее вліяніе на поправленіе общаго состоянія здоровья, столь важнаго для устраненія мѣстныхъ катарральныхъ процессовъ. Значеніе лѣченія минеральными водами и пребыванія на водахъ въ случаяхъ plethorae abdominalis и привычныхъ запоровъ дѣлается вполне понятнымъ вслѣдствіе этиологической зависимости катарровъ шейки матки отъ только что названныхъ нарушеній правильнаго кровообращенія въ полости живота и, слѣдовательно, въ полости малаго таза. Подобныя же гиперемія и приливы крови къ маткѣ наблюдаются нерѣдко при существованіи въ маломъ тазу воспалительныхъ фокусовъ (peri-parametritis); не устранивъ соотвѣтствующимъ лѣченіемъ этихъ послѣднихъ, мы напрасно стали бы примѣнять мѣстныя средства для излѣченія зависящаго отъ нихъ цервикальнаго эндометрита. Не имѣя возможности отправить больную на воды, мы будемъ, конечно, совѣтовать стараться создать, насколько возможно, лучшія гигиеническія условія и покой дома и назначимъ соотвѣтствующее лекарственное лѣченіе. Массажъ и легкія слабительныя при брюшномъ полнокровіи несомнѣнную пользу. Для устраненія гипереміи матки показуется употребленіе препаратовъ спорыньи и *hydrastis canadensis*.

Лѣченіе остраго воспаленія шейки матки, такъ какъ оно встрѣчается обыкновенно вмѣстѣ съ острыми воспаленіями всей матки (*metritis et endometritis*), вполне аналогично этимъ послѣднимъ и разсматривается нами въ соотвѣтствующихъ главахъ.

Къ задачамъ мѣстнаго лѣченія относится прежде всего удаленіе, насколько возможно, вредно вліяющихъ на воспаленную шейку матки различныхъ механическихъ insultовъ; съ этою цѣлью мы предписываемъ *abstinentiam coeundi*, уменьшеніе работы

брюшного пресса, болѣе покойное положеніе, устраненіе возможности скопленія твердыхъ каловыхъ массъ въ прямой кишкѣ (клизтиры черезъ извѣстные, правильные промежутки времени) и удаленіе густой слизи цервикальнаго канала, скопляющейся въ значительномъ количествѣ вокругъ *portio vaginalis* и раздражающей воспаленныя, эродированныя мѣста, назначая влагалищныя спринцеванія 2—3 раза въ день изъ воды комнатной температуры съ прибавленіемъ слизъ растворяющихъ веществъ, какъ *Natrum bicarbonicum* и *Kali chloricum*, по чайной ложкѣ на бутылку воды. — При увеличенной въ объемъ влагалищной части, вслѣдствіе чрезмѣрнаго кровепереполненія и развитія многочисленныхъ *ovula Nabothi*, показываются мѣстныя кровоизвлеченія путемъ скарификацій, 2—3 раза въ недѣлю, съ послѣдовательнымъ примѣненіемъ глицериновыхъ влагалищныхъ тампоновъ. Производя скарификаціи и дѣлая сразу нѣсколько глубокихъ уколовъ, мы разрушаемъ обыкновенно много *ovula Nabothi* и достигаемъ значительнаго уменьшенія напряженія воспаленныхъ частей и нерѣдко связаннаго съ этимъ ощущенія невыносимой тупой боли въ поясницѣ.

Смотря по степени развитія воспаленія и по большому или меньшему разрастанію слизистой оболочки цервикальнаго канала съ образованіемъ железистыхъ полостей и сосочковыхъ разрастаний, задачею нашею будетъ въ болѣе легкихъ случаяхъ стараться привести слизистую оболочку къ нормѣ и къ замѣнѣ цилиндрическаго эпителія, покрывающаго эрозію, многослойнымъ плоскимъ, а въ болѣе трудныхъ — насколько возможно полное удаленіе всей толщи ея на всемъ ея протяженіи. Для достиженія перваго назначаютъ различныя вяжущія, дезинфицирующія, слегка прижигающія средства. Влагалищныя инъекціи изъ раствора *cupri sulphurici*, *acidi carbolici* и *acidi tannici*, производимыя лежа, вполне умѣстны; растворы эти при спринцеваніи въ лежачемъ положеніи на спинѣ хорошо достигаютъ до *portio vaginalis* и остаются довольно долгое время въ соприкосновеніи съ заболѣвшею слизистой оболочкою, если больная сохраняетъ это положеніе извѣстное количество времени по окончаніи спринцованія. Еще лучше дѣйствуютъ эти вещества при обмываніяхъ ими влагалищной части черезъ цилиндрическое зеркало, или смазываніи ими эрозій кисточкою.

Обмываніе влагалищной части или, вѣрнѣе, мѣстная ванна ея производится слѣдующимъ образомъ: цилиндрическое зеркало Фергюссона или зеркало изъ молочнаго стекла вводится во влагалище, влагалищная часть плотно въ немъ устанавливается, слизь, покрывающая ее въ избыткѣ, удаляется вытираніемъ ватными шариками на корнцангѣ, достаточно смоченными растворомъ дву-углекистой соды, и затѣмъ вливается въ просвѣтъ зеркала одна изъ указанныхъ жидкостей; особенной славой въ этомъ отношеніи пользуется

*Acet. pyrolignosum* или чистый, *per se*, или разбавленный 2—3% раствором *Ac. carbolicі*. Оставивъ нѣсколько минутъ влагалищную часть въ соприкосновеніи съ означенною жидкостью, мы послѣднюю сливаемъ, до суха вытираемъ *portio vaginalis* шариками гигроскопической ваты, и удаляемъ зеркало. — Результатомъ такого лѣченія, примѣнявшагося въ теченіе нѣсколькихъ недѣль ежедневно, даже въ довольно запущенныхъ случаяхъ железистыхъ эрозій получается весьма удовлетворительный эффектъ; микроскопическія изслѣдованія *Hofmeier'a* (*»Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., IV, 1879, стр. 350*) показали, что на мѣстѣ цилиндрическаго эпителия, покрывавшаго эрозію, развивается многослойный плоскій, и такимъ образомъ слизистая оболочка принимаетъ характеръ влагалищной. — Того-же мы можемъ достигнуть, смазывая влагалищную часть помощью кисточки, напитанной растворомъ *Ac. carbol.* (10% — 5%) или *Liquoris Bellostii (hydrarg. nitrici oxydulati)* по 2—3 раза въ недѣлю.

Однѣ только мѣстные ванны влагалищной части и смазыванія ея эрозій не бываютъ достаточны для устраненія катарральныхъ измѣненій слизистой оболочки, помѣщающейся выше въ каналѣ шейки. Для того, чтобы сдѣлать ее доступною нашей терапіи, примѣняются всѣ тѣ методы, которые употребляются для непосредственнаго достиженія слизистой оболочки полости тѣла матки и будутъ нами разобраны въ слѣдующей главѣ, съ тою только разницею, что каналъ шейки гораздо болѣе и легче доступенъ. Для обыкновенныхъ случаевъ вполне удовлетворяетъ цѣли стеклянная маточная палочка, обернутая кускомъ ваты, напитаннымъ въ томъ или другомъ растворѣ; лучше всего и удобнѣе вводить ее въ цервикальный каналъ во время производимой мѣстной ванны влагалищной части; вводя ее въ это время повторно, нѣсколько разъ, мы достигаемъ весьма удовлетворительно соприкосновенія всей цервикальной слизистой оболочки съ жидкостью, находящеюся въ просвѣтѣ зеркала. Съ этою же цѣлью можетъ быть такъ-же успѣшно и хорошо примѣняема трубочка *Bandl'*я съ 10% растворомъ *supri-sulfurici*, описаніе которой будетъ нами дано въ главѣ о лѣченіи эндометрита тѣла матки.

При значительномъ разрастаніи слизистой оболочки цервикальнаго канала съ цѣлью болѣе глубокаго разрушенія ея, примѣняются или лѣкарственные прижигающія вещества (*caustica*), или каленое желѣзо. Изъ первыхъ въ настоящее время пользуется преимуществомъ *acidum nitricum*. Стеклянную маточную палочкою, конецъ которой обернуть только весьма незначительнымъ количествомъ ваты, слегка напитанной азотною кислотою, наносится послѣдняя на поверхность эрозіи; прикосновеніе ваты и легкое надавливаніе палочки производитъ прижиганіе на строго ограниченномъ, нами избранномъ мѣстѣ. Повторяя эту манипу-

ляцію на мѣстѣ рядомъ лежащемъ, мы мало-по-малу достигаемъ прижиганія всей доступной заболѣвшей поверхности. Употребляя acid. nitricum, слѣдуетъ соблюдать большую осторожность и примѣнять ее только что сказаннымъ путемъ, иначе она, падая, особенно, если количество ее будетъ не незначительно, на слизистую оболочку наружной поверхности portioſis vaginalis и влагалища, причиняетъ глубокія прижиганія, заживающія впоследствии съ оставленіемъ обширныхъ рубцовъ, могущихъ причинять совершенно нежелательныя смѣщенія.

Мы лично предпочитаемъ разрушеніе слизистой оболочки помощью прижиганія ея каленымъ желѣзомъ термокаутера *Paquelin*'а при обнаженіи влагалищной части ложкообразными зеркалами. При нѣкоторомъ навыкѣ прижиганіе производится скоро, не причиняя никакихъ болѣзненныхъ ощущеній больнымъ. Длинный ножеобразный наконечникъ *Paquelin*'а вполне соответствуетъ цѣли; прижиганіе производится имъ на желаемой глубинѣ и можетъ быть прекращено въ каждый данный моментъ. Прижигая на всемъ протяженіи видимую железистую эрозію, въ глубинѣ входящую до мышечнаго слоя, мы никогда не наблюдали кровотеченій, мѣшающихъ якобы производству самаго прижиганія, какъ объ этомъ упоминаютъ нѣкоторые авторы. Заживленіе послѣ подобнаго рода глубокихъ прижиганій идетъ довольно медленно, до десятаго дня происходитъ отдѣленіе струпа, и только въ теченіи 3—4 недѣль поверхность при значительномъ нагноеніи покрывается рубцомъ. Она пріобрѣтаетъ затѣмъ совершенно гладкую рубцевую поверхность, дѣлающую ее похожею на биллиардный шаръ, по справедливому сравненію американскихъ авторовъ; впоследствии на ней нерѣдко приходится наблюдать значительное развитіе ovula Nabothi. При неглубокихъ же прижиганіяхъ заживленіе происходитъ быстрѣе, рубцовой ткани почти не образуется, и вся поверхность эрозіи покрывается многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ.—

Всѣ вышеприведенные методы примѣненія лекарственныхъ веществъ даютъ при извѣстной настойчивости и терпѣннн прекрасные результаты, но, къ сожалѣнію, весьма скоро проходящіе. Стоитъ только снова оставить безъ всякаго лѣченія зажившую железистую эрозію, какъ тѣ же вредныя вліянія, которыя нисколько не были устранены нашей терапіей, вступаютъ въ свои права, и эрозія появляется снова; особенно наглядными съ этой стороны представляются случаи значительнаго выворота (ectropion) слизистой оболочки цервикальнаго канала, зависящаго отъ присутствія двустороннихъ разрывовъ шейки матки (laceratio bilateralis).

Итакъ, въ большинствѣ случаевъ хроническаго катарра шейки вышеприведенные терапевтическіе приемы, хотя и приносятъ временное улучшеніе, но для радикальнаго излѣченія оказы-

ваются недостаточными. Вполнѣ надежный путь для устранения заболѣванія мы имѣемъ въ оперативномъ методѣ лѣченія хроническаго воспаления слизистой оболочки цервикальнаго канала. Во-первыхъ, мы можемъ путемъ пластическихъ операций устранить существующій двусторонній разрывъ влагалищной части, столь важный въ этиологии разбираемаго нами заболѣванія, и, во-вторыхъ, въ случаяхъ запущенныхъ, съ сильно разросшеюся слизистой оболочкою и распространениемъ воспаления на болѣе значительную глубину, слѣдуетъ удалить оперативнымъ путемъ все заболѣвшее мѣсто. Перваго мы достигаемъ операцией *Emmet'a*, второе производимъ по методу, предложенному *Schröder'омъ* («*Charité-Annalen*», *Berlin*, *T. V*, 1880).

Первую операцию мы считаемъ показанной въ случаяхъ рѣзко выраженаго выворота слизистой оболочки, причемъ поражение ея еще не настолько значительно, чтобы давать опухолевидное образование, лежащее въ формѣ подушки на передней или задней губѣ, или на обѣихъ одновременно. Обыкновенно мы видимъ это весьма хорошо при попыткѣ сблизить помощью пулевыхъ щипцовъ развернувшіеся лоскуты двухсторонняго разрыва шейки; если поражение цервикальной слизистой оболочки еще незначительно, и подлежащая ткань не принимаетъ еще большого участія въ воспаленіи, то операциа *Emmet'a* считается нами показанной. Клиническій опытъ вполнѣ подтверждаетъ это показаніе. Мы уже упоминали, что приступаемъ къ операции, не продѣлывая предварительнаго лѣченія съ цѣлью уменьшенія мѣстныхъ воспалительныхъ измѣненій шейки (см. *дисс. д-ра С. Н. Агафонова*, *СПб.*, 1883), и результатъ получается вполнѣ удовлетворительный, — leucorrhoea и кровотечения устраняются. На основаніи этого мы считаемъ невѣрнымъ взглядъ авторовъ, видящихъ въ этой операции только устраненіе разрыва, не признающихъ въ то-же время возможности излѣченія существующаго катарра и убѣжденныхъ, что послѣ операции воспаленныя поверхности вывернувшейся слизистой оболочки бываютъ только снова спрятаны и недоступны зрѣнію, воспалительное же ихъ состояніе яко-бы остается *in statu quo ante*.

Совершенно иначе дѣло представляется при существованіи уже болѣе глубокихъ поражений; при нихъ, сближая развороченныя губы влагалищной части пулевыми щипцами, мы видимъ, что намъ вполнѣ этого сдѣлать не удастся, — наружные края ихъ не сходятся. Еслибы этого и удалось намъ достигнуть, то напряженіе тканей бываетъ на столько велико, что на вопросъ о сшиваніи ихъ уже съ одной только этой стороны долженъ получиться отвѣтъ отрицательный. Въ подобныхъ случаяхъ операциа удаленія всей воспаленной цервикальной слизистой оболочки съ частью пораженной подлежащей ткани вполнѣ показана и производится нами, какъ сказано, по методу, предложенному

*Schroeder*'омъ. Выскабливаніемъ острою ложкою удаленіе всей толщи заболѣвшей слизистой оболочки *capalis cervicis* не можетъ быть вполнѣ достигнуто, — всегда остаются въ значительномъ числѣ железы, помѣщающіяся глубоко въ подлежащей ткани, такъ что этимъ путемъ мы не можемъ обусловить полного выздоровленія, и методъ этотъ можетъ считаться пригоднымъ только для добыванія незначительныхъ частицъ слизистой оболочки для микроскопическаго изслѣдованія.

Другимъ показаніемъ къ производству операціи *Emmet*'а служить присутствіе болѣе значительнаго количества рубцовой ткани въ верхушкѣ треугольника разрыва, причиняющей уже упомянутыя нами болевыя ощущенія. Если разрывъ продолжается далеко въ ткань свода влагалища, въ околوماتочную клѣтчатку, и рубцовая ткань распространяется далеко въ *parametrium*, такъ что смѣщаетъ всю матку въ сторону разрыва, то къ операціи *Emmet*'а должно быть присоединено еще отсепарированіе рубца отъ шейки съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ, какъ это предложилъ *A. Martin* («*Patholog. u. Therap. der Frauenkr.*», 1887, стр. 351).

Показаніемъ къ наложенію швовъ на свѣжій, только что происшедшій разрывъ шейки матки можетъ служить только значительное кровотеченіе, наблюдающееся тотчасъ по окончаніи родовъ и имѣющее своимъ источникомъ разорванные сосуды шейки матки, чтò и было съ успѣхомъ произведено впервые *Д-ромъ Pallen*'омъ въ Нью-Йоркѣ.

Противуказаніемъ къ производству всѣхъ выше названныхъ операцій мы считаемъ лишь присутствіе остраго воспаленія околوماتочныхъ брюшины или клѣтчатки (*peri-parametritis*); хроническія же формы воспаленія не могутъ служить противуказаніемъ, такъ какъ послѣ операціи, произведенной асептически, они не обостряются, а напротивъ замѣчается даже наступленіе болѣе быстрого ихъ обратнаго развитія (*Mundé*, «*Minor Surgical Gynecology*», 1885, *New-York*, стр. 472). То же мы должны сказать и о *metritis chronica*.

Что касается до выбора времени, приготовленія больной, обстановки операціи и послѣоперационнаго лѣченія, то, какъ для операціи *Emmet*'а, такъ и для операціи *Schroeder*'а они одни и тѣ же. Операцію лучше всего производить на первой недѣлѣ по окончаніи менструальнаго кровотеченія; но этимъ ни сколько не исключается всякое другое время, такъ какъ извѣстны случаи, когда операція по ошибкѣ производилась тотчасъ передъ регулами и даже во время беременности, и тѣмъ не менѣе заживленіе получалось полное. Приготовленіе больной къ операціи ограничивается назначеніемъ дезинфицирующихъ влагалищныхъ спринцеваній (ас. carb. или сулема), общей ванны и слабительнаго (ol. ricini) наканунѣ дня операціи; никакого



предварительнаго лѣченія не требуется, и только въ случаяхъ острыхъ воспаленій послѣднія должны быть устранены до операціи соответственнымъ лѣченіемъ. Операцію мы производимъ обыкновенно въ положеніи больной на спинѣ съ сильно согнутыми ногами (ягодично-спинное), подъ хлороформомъ, хотя употребленіе наркоза не представляется неизбѣжно необходимымъ, такъ какъ въ обыкновенныхъ случаяхъ больныя не ощущаютъ никакой боли во время самой операціи, и только растяженіе входа во влагалище ложкообразными зеркалами причиняетъ иногда болевые ощущенія; смотря по тому, какъ больная относится къ нимъ, мы будемъ вынуждены примѣнить наркозъ или можемъ оперировать безъ него. Захлороформировавъ больную и уложивъ ее на край стола, мы тщательно вымываемъ наружные половые органы карболовымъ мыломъ и еще разъ производимъ спринцованіе влагалища. Затѣмъ обнаживъ влагалищную часть ложкообразными зеркалами и фиксировавъ ее пулевыми щипцами, приступаемъ къ самой операціи, производимой нами всегда подъ постояннымъ орошеніемъ 2% растворомъ ас. carbolicі, какъ съ цѣлю антисептики, такъ и для того, чтобы поле операціи было всегда свободно отъ крови, что въ свою очередь дѣлаетъ ненужнымъ столь нежелательное употребленіе губокъ. Инструменты, необходимые для производствъ сказанныхъ операцій, крайше не сложны. Необходимо, кромѣ ложкообразныхъ зеркалъ имѣть обычный наборъ скальпелей, пару изогнутыхъ по плоскости ножницъ, длинный зубчатый нинцетъ и крѣпкія, непружинящія, изогнутыя иглы съ иглодержателемъ (иглодержатель *Hagedorn*'а съ его иглами — см. стр. 166 — весьма пригоденъ для операцій на влагалищной части). Шелкъ мы употребляемъ или сулемованный, или іодоформированный, лежащій въ насыщенномъ растворѣ іодоформа въ Гофманскихъ капляхъ.

Техника операціи *Emmet*'а, извѣстной также подъ именемъ *trachelorrhaphia* (*Dudley*, «*New-York Medic. Journ.*», 1878) или *hysterotrachelorrhaphia* (*Mundé*, «*Amer. Journ. of. Obst.*», 1879), представляется крайне не сложной. Мы производимъ ее въ настоящее время слѣдующимъ образомъ. Обнаживъ ложкообразными зеркалами и низведя пулевыми щипцами влагалищную часть, приступаютъ къ окровавленію подлежащихъ спливанію поверхностей. Форма площади окровавленія съ обѣихъ сторонъ изображена на рис. 231; никогда не слѣдуетъ оставлять черезъ-чуръ малымъ тотъ участокъ слизистой оболочки, который долженъ пойти на образованіе внутренней поверхности канала шейки; лучше оставить его нѣсколько бѣльшимъ и при томъ такъ, чтобы самый нижній его конецъ, идущій на образованіе *orificiі externi*, былъ бы еще шире, и вся поверхность остающейся слизистой оболочки на каждой губѣ имѣла форму трубы, расширеннымъ концомъ своимъ переходящей въ будущее *ori-*

ficium externum. Образовывать каналъ шейки и его наружное отверстие болѣе широкими необходимо потому, что при наступающемъ до извѣстной степени обратномъ развитіи сшитыхъ доскутовъ бывшего разрыва вновь образованная влагалищная часть уменьшается въ объемѣ, orificium externum и просвѣтъ canalis cervicis суживаются. Во время производства окровавленія слѣдуетъ особенно тщательно наблюдать за тѣмъ, чтобы въ самомъ углу разрыва не осталось болѣе или менѣе значительнаго количества находящейся здѣсь рубцовой ткани. Боязнъ при глубокомъ окровавленіи на этомъ мѣстѣ поранить art. circularis (*Emmet*) нѣсколько преувеличена, такъ какъ кровотечение изъ нея, буде оно окажется значительнымъ, тотчасъ по окончаніи окровавленія можетъ быть остановлено наложеніемъ глубокаго шва (1 на рис. 231) и болѣе раннимъ завязываніемъ послѣдняго. Вообще, кровотеченіе во время производства операціи никогда не бываетъ особенно сильно, такъ что примѣненіе особыхъ маточныхъ турникетовъ, какъ это предлагалъ *Emmet*, оказывается совершенно излишнимъ; въ случаѣ, еслибы кровотеченіе вселяло извѣстное безпокойство, то, окровавивъ одну сторону, можно тотчасъ же наложить на нее швы, и, даже не завязывая ихъ, только поручая ассистенту держать ихъ натянутыми, уменьшить этимъ кровотеченіе до minimum'a и затѣмъ уже тотчасъ приступить къ операціи на другой сторонѣ.

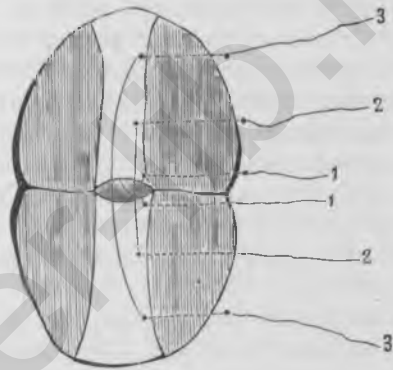


Рис. 231. Площадь окровавленія и наложеніе швовъ при hysterotrochelorhaphia — операціи *Emmet*'а.

По окончаніи окровавленія мы приступаемъ къ наложенію швовъ; они накладываются съ лѣвой стороны въ порядкѣ цифръ, изображенныхъ на рисункѣ, такъ что игла вкалывается, отступая на 0,2—0,3 см. отъ наружнаго края окровавленной поверхности нижней губы, проводится подъ нею и выводится у самаго внутренняго ея края, затѣмъ снова вкалывается у внутренняго края ея на передней губѣ и, проходя черезъ толщу этой губы, выводится на 0,2—0,3 см. у наружнаго края ея окровавленной поверхности. Для каждой стороны обыкновенно бываетъ достаточно 3—4 швовъ. Тѣмъ же путемъ и въ томъ же порядкѣ слѣдуетъ наложеніе швовъ справа, только на этой сторонѣ удобнѣе вкалывать иглу сначала не въ нижнюю губу, а въ верхнюю и проводить ее въ обратномъ направленіи, чѣмъ слѣва. Наложивъ всѣ швы, мы приступаемъ къ завязыванію ихъ;

исключеніе въ этомъ отношеніи представляютъ только, какъ мы уже видѣли, случаи болѣе значительнаго кровоточенія, когда можно завязать болѣе глубокой шовъ, или и всѣ швы на одной сторонѣ, не дожидаясь пока будетъ окончено наложеніе всѣхъ. Завязываніе швовъ начинается обыкновенно съ глубокаго одной стороны; окончивъ съ завязываніемъ всѣхъ швовъ этой стороны, мы переходимъ на другую. Завязавъ всѣ швы, нерѣдко можно видѣть, что съ обѣихъ сторонъ или только съ одной края угла раны, лежащаго выше глубокаго шва, не вполне сходятся въ своихъ поверхностныхъ частяхъ; наложеніемъ поверхностнаго шва изъ болѣе тонкаго шелка они также приводятся въ надлежащее соприкосновеніе.

При существованіи рубцовой ткани, глубоко распространяющейся въ одинъ изъ сводовъ влагалища и фиксирующей матку къ костямъ таза этой стороны, къ операци *Emmet'*а зашиванія разрыва слѣдуетъ присоединять еще отсепарированіе рубца отъ шейки матки. По методу, предложенному *A. Martin'*омъ, оказывающемуся вполне цѣлесообразнымъ и хорошо выполнимымъ, производится это слѣдующимъ образомъ. Передъ окровавленіемъ поверхности краевъ разрыва обоюдоострый скапель вкалывается въ сводъ влагалища, вѣрнѣе — въ существующую въ немъ рубцовую ткань, параллельно краю шейки матки, отступя отъ него не болѣе 0,25 см., и затѣмъ полудуннымъ разрѣзомъ ткань эта отдѣляется отъ шейки; при достаточно энергичномъ оттягиваніи пулевыми щипцами влагалищной части въ противоположную сторону, эта отсепаровка шейки производится довольно легко; получается зияющая рана, позволяющая уже совершенно свободно маткѣ быть отведенной въ сторону; рана при этомъ принимаетъ направленіе поперечное въ сводѣ влагалища и наложеніемъ глубоко проникающихъ швовъ зашивается въ этомъ направленіи. Затѣмъ уже начинается операци *Emmet'*а въ ея типическомъ видѣ. Если рубецъ въ сводѣ влагалища болѣе доступенъ и не распространяется особенно далеко въ глубь околوماتочной клѣтчатки, то онъ можетъ быть вырѣзанъ весь *in toto* и рана зашита швами также въ поперечномъ направленіи къ своду. Такое удаленіе рубцовой ткани изъ свода влагалища при одностороннемъ разрывѣ шейки изображено на рис. 232, причемъ толстою черною линіею обозначены контуры площади окровавленія. Рис. 233 поясняетъ методъ наложенія швовъ при этомъ. —

Операци удаленія всей хронически воспаленной слизистой оболочки цервикальнаго канала или операци *Schræder'*а производится слѣдующимъ образомъ. При примѣненіи ложкообразныхъ зеркалъ, захвативъ обѣ губы влагалищной части пулевыми щипцами, мы низводимъ матку, насколько это возможно; затѣмъ, при существованіи неглубокихъ надрывовъ или при полномъ ихъ отсутствіи, какъ это бываетъ у женщинъ нерожавшихъ, двумя

боковыми разрёзами вскрывается каналъ шейки; *portio vaginalis* при этомъ разрёзается, насколько возможно выше, до и даже выше мѣста прикрѣпленія сводовъ. Разворачивая теперь обѣ violentнѣ отдѣленные другъ отъ друга губы шейки помощью пулевыхъ щипцовъ, мы имѣемъ передъ собою всю внутреннюю поверхность цервикальнаго канала, видимую до области внутрен-

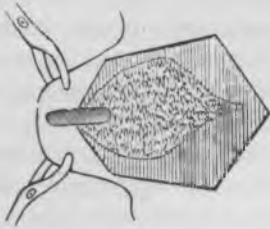


Рис. 232.

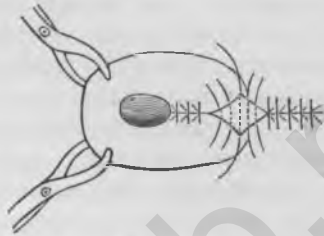


Рис. 233.

няго отверстія. Для удаленія слизистой оболочки производится сначала на задней губѣ разрёзъ, насколько возможно выше у *orificium internum*, идущій поперечно (рис. 234, *a*) и проникающій вглубь, перпендикулярно къ поверхности, приблизительно до 0,5 см., затѣмъ, начиная отъ *orificium externum* (рис. 234, *c*)



Рис. 234.



Рис. 235.

кверху, производится отдѣленіе ножомъ всей толщи заболѣвшей слизистой оболочки (рис. 234, по линіи *b*) вплоть до разрёза у внутренняго отверстія. То же самое производится и на передней губѣ. Такимъ образомъ получаютъ двѣ обширныя раненыя поверхности на всемъ протяженіи внутренней поверхности шейки матки. Наложеніе швовъ идетъ

въ томъ же порядкѣ, сначала на задней и потомъ на передней губѣ. Игла вкалывается со стороны влагалища въ заднюю губу, нѣсколько отступя отъ поверхности раненія, проводится около 1,0 см. подъ нею, выкалывается и вкалывается снова, чтобы, пройдя пространство также около 1,0 см. подъ поверхностью раны, выйти нѣсколько отступя отъ края раненія у *ofitium internum*. Наложивъ такимъ образомъ 3—4, рѣдко больше, швовъ, столько же и на переднюю губу, и завязывая ихъ (рис. 235), мы плотно прикладываемъ границу бывшаго наружнаго отверстія къ внутреннему, причемъ вся шейка матки складывается поперечно вдвое и вслѣдствіе этого укорачивается, цервикальный же каналъ представляется выстланнымъ слизистой оболочкою наружной поверхности влагалищной части, покрытой многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Остаются же зияющими только произведенные нами боковые надрѣзы на влагалищной части; по 2—3 шва съ каждой стороны бываетъ обыкновенно вполне достаточно для полного ихъ соединенія. Если бы при этомъ влагалищная часть представлялась болѣе или менѣе увеличенной въ объемъ, то къ операціи удаленія слизистой оболочки весьма легко можетъ быть присоединена частичная ампутація *portionis vaginalis*, — стоить только разрѣзъ *b* въ рис. 234 начать не въ *c*, а нѣсколько выше, смотря по надобности.

Окончивъ наложеніе швовъ и завязавъ ихъ, какъ въ операціи *Schröder*'а, такъ и *Emmet*'а, мы еще разъ убѣждаемся, что кровотеченіе вполне и надежно остановлено, отрѣзаемъ коротко шелковыя лигатуры швовъ, присыпаемъ поле операціи порошкомъ іодоформа, кладемъ небольшой величины дезинфицированный въ сулемѣ ватный тампонъ или кусокъ іодоформированной марли и переносимъ больную съ операціоннаго стола на кровать.

Послѣопераціонный уходъ послѣ обѣихъ операцій одинаковъ и весьма не сложенъ. Больная остается покойно въ постели 7—10 дней на легкой діетѣ. Тампонъ удаляется черезъ сутки; ежедневно 1—2 раза производятся влагалищныя души обеззараживающимъ растворомъ. Швы начинаемъ снимать не ранѣе третьей недѣли и иногда много позже. Теченіе послѣопераціоннаго періода, какъ правило, безлихорадочно. Осложненіе воспалительными процессами наблюдается только въ случаяхъ большой погрѣшности въ антисептикѣ. Черезъ четыре недѣли послѣ операціи, когда мы отпускаемъ больныхъ изъ клиники домой, никакихъ патологическихъ выдѣленій изъ цервикальнаго канала обыкновенно уже не наблюдается. Если больныя черезъ недѣлю или двѣ возвращаются снова, жалуясь на бѣли, то обыкновенною причиною ихъ отыскивается забытый шовъ, дающій иногда довольно значительное нагноеніе; удаляя его, мы устраняемъ и эти истеченія. Заживленіе окровавленныхъ поверхностей полу-

чается обыкновенно per primam безъ развитія болѣе значительнаго количества рубцовой ткани, такъ что, при послѣдующемъ забеременѣваніи и родахъ, шейка матки во время своего открытія не представляетъ никакихъ отклоненій отъ нормы.

При одновременномъ существованіи разрыва промежности съ разрывами шейки, подлежащими операціи, является вопросъ, слѣдуетъ-ли производить hysterotrachelorrhaphi'ю и perineorrhaphi'ю въ одинъ сеансъ, или же отдѣлять одну операцію отъ другой болѣе или менѣе продолжительнымъ промежуткомъ времени. Нѣкоторые авторы, и между ними *Emmet*, придерживаются послѣдняго. Мы, съ своей стороны, стараемся всегда производить обѣ операціи за разъ, въ одинъ сеансъ, и до сихъ поръ, кромѣ полного успѣха, ничего другого не видѣли. Въ подобныхъ случаяхъ швы съ влагалищной части должно начинать снимать только тогда, когда промежность зажила, и рубецъ достаточно окрѣпъ, такъ что ранѣе 4—5 недѣль post operationem мы не приступаемъ къ снятію швовъ, наложенныхъ sub hysterotrachelorrhaphia.

При существованіи одновременно съ цервикальнымъ катаромъ и разрывомъ шейки хроническаго воспаленія матки (metritis chronica) и гипертрофіи надвлагалищной части шейки, операціи *Emmet*'а и *Schröder*'а, произведенныя удачно, имѣютъ весьма благотворное вліяніе на эти заболѣванія; нерѣдко приходится наблюдать значительное улучшеніе припадковъ со стороны metritidis chronicae и уменьшеніе матки въ объемѣ, а надвлагалищныя гипертрофіи исчезаютъ вполнѣ.

Какъ операція *Emmet*'а, такъ и *Schröder*'а требуютъ для выполненія своего извѣстной подвижности матки: послѣдняя должна хорошо смѣщаться книзу; въ случаяхъ, когда этой подвижности не существуетъ, и матка болѣе или менѣе фиксирована старыми ложными перепонками въ тазу, мы съ успѣхомъ примѣняемъ передъ операціею методическое растяженіе фиксирующихъ матку тканей. Для этой цѣли каждый день или черезъ день влагалищная часть захватывается пулевыми щипцами, и матка оттягивается книзу, насколько это возможно, не примѣняя, конечно, грубой силы. Подъ вліяніемъ подобныхъ методическихъ растяженій ложныя перепонки брюшины или сморщенные участки околوماتочной клѣтчатки довольно скоро, въ двѣ — три недѣли, дѣлаются гораздо уступчивѣе, и матка можетъ быть уже достаточно низведена. Въ случаяхъ, когда такое искусственно производимое растяженіе не достигаетъ цѣли, мы оперируемъ in situ, удаляя измененную вывороченную слизистую оболочку согнутымъ ножомъ термокаутера *Raquelin*'а, къ чему, смотря по надобности, можетъ быть присоединена и частичная ампутація вывороченныхъ губъ влагалищной части. Заживленіе идетъ per secundam, не оставляя послѣ себя сколько-нибудь значительнаго количества рубце-

вой ткани; обезображивающихъ рубцевъ на portio vaginalis послѣ этой операци намъ встрѣчать до сихъ поръ еще не приходилось. Выздоровленіе получается полное.

Значительное разрастаніе воспаленной слизистой оболочки цервикальнаго канала, при существованіи рѣзко выраженаго выворота губъ влагалищной части, можетъ, какъ мы видѣли, дать поводъ къ предположенію о присутствіи болѣе злокачественнаго новообразованія. Въ подобныхъ случаяхъ къ какой бы то ни было терапіи мы должны приступать только послѣ вполне точно установленнаго діагноза путемъ микроскопическаго изслѣдованія пробаторно вырѣзанныхъ кусочковъ. Прибѣгать къ постановкѣ діагноза ex juvantibus et nocentibus, какъ предлагаютъ нѣкоторые авторы, не должно быть допускаемо, дабы не терять драгоцѣннаго времени при злокачественности новообразованія. Съ другой стороны, поспѣшное оперативное удаленіе заболѣвшей влагалищной части съ сомнительнымъ диагнозомъ не можетъ быть также оправдано, такъ какъ, въ случаяхъ точно установленной злокачественности эрозии, вѣрнѣе и съ большимъ успѣхомъ производится влагалищная экстирпация всей матки, техника которой при существующей влагалищной части легче выполняема.

#### 4) Воспаленіе слизистой оболочки полости тѣла матки. (Endometritis corporis.)

Воспаленіе слизистой оболочки полости тѣла матки можетъ быть наблюдаемо въ острымъ теченіи и въ хроническомъ.

##### а) Endometritis corporis acuta.

Острое воспаленіе слизистой оболочки полости тѣла матки встрѣчается въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ одновременно съ воспаленіемъ таковой-же цервикальнаго канала; болѣе же рѣдко оно ограничивается только одною полостью тѣла, что особенно наблюдается при такъ называемыхъ вторичныхъ эндометритахъ, развивающихся иногда въ теченіи общихъ, острыхъ заразныхъ заболѣваній. — Вообще, endometritis acuta приходится встрѣчать рѣдко, и у дѣвушекъ до наступленія половой зрѣлости оно наблюдается только, какъ исключеніе.

Этіологія. Въ практикѣ врача-гинеколога острое воспаленіе слизистой оболочки матки встрѣчалось болѣе часто въ до-антисептическое время, когда возможность инфекціи была такъ легка при каждой внутриматочной манипуляціи. Изслѣдованіе недостаточно чистымъ зондомъ, введеніе прессованныхъ губокъ для расширенія шейки матки и т. п. безъ примѣненія какихъ бы то ни было предосторожностей относительно чистоты давали въ свое

время рѣзкія картины endometritidis acutae и стоили не разъ жизни больной. Въ настоящее время, къ счастью, эти причины не играютъ уже столь выдающейся роли, но все-таки, время отъ времени, приходится встрѣчать еще случаи, имѣющіе свою этиологію не достаточно точное соблюденіе правилъ, предписываемыхъ гинекологическою антисептикою. Скопленіе во влагалищѣ разлагающихся выдѣленій можетъ также дать поводъ къ развитію остраго эндометрита. Гоннорейныя выдѣленія мочеиспускательнаго канала женщины весьма легко и скоро перепосыются и заражаютъ слизистую оболочку полового канала, и въ половинѣ всѣхъ изслѣдуемыхъ случаевъ гонококки *Neisser'a* могутъ быть найдены въ выдѣленіяхъ слизистой оболочки полости тѣла матки (*Schnitzler, l. c.*). Быстрыя охлажденія значительныхъ поверхностей тѣла, особенно во время регуль, несомнѣнно служатъ исходною точкою развитія нѣкоторыхъ формъ остраго эндометрита. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ общихъ острыхъ заразныхъ заболѣваній, какъ уже сказано, слизистая оболочка матки принимаетъ также участіе въ общемъ процессѣ и представляется въ состояніи остраго геморрагическаго воспаления или остро-развивающихся мѣстныхъ некрозовъ. Подобныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки упоминаются при холерѣ, тифѣ, оспѣ, скарлатинѣ, кори, фосфорномъ отравленіи и дифтеритѣ. — О послѣродовомъ періодѣ и заболѣваніяхъ слизистой оболочки матки во время послѣродовыхъ заболѣваній мы говорить не будемъ, какъ о предметѣ, подробно разбираемомъ въ учебникахъ акушерства.

**Анатомія.** Слизистая оболочка тѣла матки въ состояніи остраго воспаления представляетъ иногда весьма много общаго съ измѣненіями ея во время менструаціи. Она сильно утолщена, рыхла, какъ бы отечна и иногда до такой степени размягчена, что легко соскабливается ножомъ вплоть до подлежащей мышечной ткани, иногда же такому размягченію подвергаются только ея поверхностные слои. Поверхность ея или гладка и грубо складчата, или мѣстами представляетъ потери вещества, проникающія на различную глубину; она или сплошь темно-краснаго цвѣта, или же эта краснота ограничивается лишь извѣстными участками въ формѣ болѣе или менѣе значительной величины островковъ. Покрывающая ее слизь красноватаго цвѣта, вслѣдствіе примѣси крови, или же желтая отъ присутствія значительнаго количества гнойныхъ клѣтокъ. На поперечномъ разрѣзѣ интенсивная краснота ограничивается обычно только однимъ поверхностнымъ слоемъ слизистой оболочки; въ болѣе глубокихъ нерѣдко находятся изолированные экстравазаты различной величины, изъ которыхъ особенно характерна форма, въ видѣ полосы, экстравазата, помѣщающагося какъ разъ на границѣ между слизистой оболочкою и мышечною тканью, достигающаго иногда значи-



тельной величины и отслаивающаго на извѣстномъ пространствѣ слизистую оболочку отъ подлежащей ткани. Такіе отслоенные участки ея иногда можно наблюдать въ формѣ хлопьевъ, свободно висящихъ въ полость матки, оставаясь еще однимъ своимъ краемъ въ соединеніи съ уцѣлѣвшею тканью. Полость матки содержитъ иногда также незначительной величины кровяные сгустки.

Микроскопическое изслѣдованіе слизистой оболочки при *endometritis corporis acuta* показываетъ рѣзко выраженную инфильтрацію межжелѣзистой ткани индифферентными круглыми клѣтками величиною въ бѣлый кровяной шарикъ и мелко зернистою массою (?); рядомъ съ этимъ — много красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, а на мѣстахъ экстравазатовъ все поле зрѣнія занято исключительно только ими. Присутствіе микроорганизмовъ въ ткани до сихъ поръ не доказано, хотя по аналогіи съ ифекціонными воспаленіями другихъ слизистыхъ оболочекъ оно не подлежитъ сомнѣнію. Поверхностный мерцательный эпителий обыкновенно отсутствуетъ; рѣзко выраженное темно-красное окрашиваніе поверхностнаго слоя слизистой оболочки зависитъ преимущественно отъ сильнаго переполненія и растяженія кровью поверхностной сѣти капилляровъ; между ними въ ткани находится такъ-же значительное число свободныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, оставившихъ сосуды по всей вѣроятности *per diapodesin*. — Поверхность слизистой оболочки, лишняя своего эпителия и представляющая обнаженную грануляціонную ткань, имѣетъ такимъ образомъ язвенный характеръ; въ случаяхъ, нѣсколько болѣе затягивающихся, мы видимъ на ней иногда развитіе сопочковыхъ образованій, по строенію своему вполнѣ аналогичныхъ грануляціямъ заживающихъ ранъ и язвъ. Изслѣдуя матку женщины, умершей отъ тифа, мы въ свое время описали этотъ процессъ подъ именемъ *endometritidis villosae* (*Славянскій*, «*Archives de physiologie*», 1874, *Févr.*, стр. 53). Приблизительно верхняя треть слизистой оболочки въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ остраго воспаленія почти совершенно не заключаетъ въ себѣ железъ: всѣ онѣ разрушены, мѣстами еще контуры ихъ замѣтны, но весь просвѣтъ занятъ уже бѣлыми кровяными шариками; эпителий до такой степени измѣненъ, что только мѣстами видны цилиндрической формы клѣтки его, обыкновенно же онъ отсутствуетъ вовсе. Въ болѣе глубокихъ слояхъ железы еще по-рошо сохранены; форма ихъ неизмѣнена, и только мѣстами просвѣтъ ихъ выполненъ или индифферентными клѣтками, или же сплошь красными кровяными шариками. Встрѣчаются железы, лишенныя эпителия вплоть до своего дна. Мѣста, на которыхъ уже простымъ глазомъ видна потеря вещества, представляютъ изъ себя язвы, дно которыхъ пронизано сплошь красными кровяными шариками. Кровеносные сосуды слизистой оболочки почти

повсюду переполнены кровью и мѣстами такъ неправильно растянуты, что картина можетъ напоминать собою экстравазатъ.

Выдѣленія слизистой оболочки жидки, почти серозны, содержать въ себѣ иногда много форменныхъ элементовъ: красные и бѣлые кровяные шарики и слущившійся цилиндрической эпителий поверхности; нерѣдко встрѣчается эпителий маточныхъ железъ, представляющій свое характерное расположение въ видѣ трубки, слущившійся такимъ образомъ *in toto* со стѣнокъ железъ, довольно часто съ сохранившимся донышкомъ ея.

Мы видѣли уже этиологическую связь между острыми процессами въ слизистой оболочкѣ полости тѣла матки и общими заразными формами заболѣваній. При этихъ страданіяхъ характеръ остраго воспаленія, какъ я уже упоминалъ, нерѣдко бываетъ геморрагическій, какъ, по крайней мѣрѣ, мнѣ пришлось наблюдать это во время эпидеміи холеры въ С.-Петербургѣ въ 1870 году (*Arch. f. Gyn., Bd. IV, cmp. 285*) и въ Парижѣ въ 1873 г. (I. c., «*Arch de physiol*»); во время теченія тифа нѣкоторые авторы (*Fritsch*. I. c.) видѣли этотъ характеръ также выраженнымъ довольно рѣзко. — Въ другомъ рядѣ заболѣваній мы имѣемъ передъ собою не рѣзко выраженную инфильтрацію индифферентными тѣлами слизистой оболочки и только сильно выраженную гиперемію ея съ быстро развивающимися мѣстными некрозами, поверхностными или проникающими на различную глубину къ подлежащей мышечной ткани. Наблюдающееся иногда отхожденіе кусочковъ ткани изъ полости матки и можетъ быть обусловлено мѣстными разрушеніями слизистой оболочки некротическими процессами (струпья), или же отслоюкою ея на извѣстномъ пространствѣ благодаря экстравазатамъ. Д-ръ *Queirel* изъ Марсея, сообщая свои наблюденія (*Du cholera chez les femmes grosses, «Nouvelles Archives d'obst. et de gyn.», 1887, Avril*) говорить, что ему никогда не приходилось видѣть геморрагическаго эндометрита на вскрытіи холерныхъ. *Charpentier* (*ibidem, cmp. 13*), дѣлая докладъ объ этой работѣ въ медицинской академіи въ Парижѣ, сомнѣвается, вообще, въ существованіи геморрагическихъ эндометритовъ при общихъ заразныхъ заболѣваніяхъ. Къ сожалѣнію, ни у того, ни у другого не приведено никакихъ болѣе подробныхъ анатомическихъ изслѣдованій, такъ что отрицаніе ихъ основано только на убѣжденіи, а не на сообщеніи анатомическихъ фактовъ. Отсутствие рѣзко выраженныхъ анатомическихъ данныхъ въ случаяхъ *Queirel*'я настолько велико, что при вскрытіи онъ не видалъ даже экстравазатовъ и указываетъ только на уже ранѣе извѣстный фактъ, что интенсивность заболѣванія не бываетъ во всѣхъ случаяхъ одинакова, какъ во время одной и той же эпидеміи, такъ и тѣмъ болѣе въ различныхъ.

Отсутствие точныхъ анатомическихъ изслѣдованій для кори, оспы и скарлатины дали поводъ *H. Klotz*'у («*Arch. f. Gyn.*»

XXIX, стр. 462) сдѣлать предположеніе, на основаніи аналогіи въ заболѣваніяхъ, вообще, всѣхъ слизистыхъ оболочекъ, о существованіи въ слизистой оболочкѣ матки измѣненій, аналогичныхъ высыпи на кожѣ, вслѣдствіе чего онъ и предлагаетъ называть эти измѣненія *endometritis exanthematica*, — весьма возможная гипотеза, но все-таки нуждающаяся еще въ фактическомъ подтвержденіи путемъ непосредственныхъ анатомическихъ изслѣдованій.

**Припадки и распознаваніе.** Локализованныя формы острыхъ воспаленій слизистой оболочки матки, не распространяющіяся на толщу ея стѣнки и на прилежащую брюшину, не даютъ рѣзко выраженныхъ жалобъ со стороны больныхъ: общее недомоганіе, легкая головная боль, чувство тяжести и переполненія внизу живота, иногда легкіи схваткообразныя боли, при температурѣ тѣла въ 38 — 39°, — представляютъ тѣ припадки, съ которыми намъ приходится встрѣчаться при сказанныхъ условіяхъ. Появленіе острыхъ болей внизу живота, метеоризма и начало болѣзни ознобомъ указываютъ уже на вовлеченіе въ процессъ брюшины полости малаго таза и встрѣчаются обыкновенно въ случаяхъ съ анамнезомъ, дающимъ возможность предполагать инфекцію.

При внутреннемъ и наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи, при чистой формѣ *endometritidis acutae*, мы находимъ матку почти не увеличенную въ объемъ, весьма незначительно болѣзненную при сильномъ сдавливаніи ея между пальцами изслѣдующихъ рукъ. Если-бы почему либо было произведено изслѣдованіе маточнымъ зондомъ, то прикосновеніе его къ слизистой оболочкѣ полости матки вызываетъ довольно рѣзкую боль, еще лучше это болевое ощущеніе наблюдается при введеніи въ матку маточнаго катетера — съ цѣлью прополаскиванія ея полости. При началѣ болѣзни удаленная густая цервикальная слизь не накапливается вновь въ слѣдующіе дни, такъ какъ слизистая оболочка цервикальнаго канала принимаетъ обыкновенно также участіе въ процессѣ и выдѣленія ея при этомъ, какъ мы уже сказали (стр. 470), дѣлаются жидкими, почти серозными.

Имѣя передъ собою заболѣваніе съ лихорадкой, чувствомъ тяжести внизу живота, болѣзненностью при дотрогиваніи слизистой оболочки полости матки и жидкими, иногда кровянистыми выдѣленіями изъ цервикальнаго канала при относительно не большой и не болѣзненной маткѣ, діагнозъ *endometritidis acutae* вполне обезнеченъ, въ особенности если еще и анамнезъ указываетъ на возможность какой либо инфекціи, или рѣзко выраженной простуды. — При общихъ острыхъ заболѣваніяхъ появляющееся кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, не совпадающее со временемъ менструальнаго кровотеченія, и ощущеніе больными схваткообразныхъ болей внизу живота могутъ дать поводъ къ пред-

положенію о заболѣваніи слизистой оболочки полости матки въ формѣ *endometritidis haemorrhagicae*, съ частичными разрушеніями ея въ видѣ большей или меньшей величины хлопьевъ, изверженіе которыхъ изъ полости матки и обуславливаетъ схваткообразныя боли. Намъ приходилось наблюдать подобные случаи при холерѣ, въ которыхъ вскрытіе подтверждало нашъ діагнозъ.

**Теченіе и исходы.** Въ значительномъ числѣ случаевъ острое воспаленіе слизистой оболочки матки проходитъ безслѣдно и притомъ само собою, иногда же оно переходитъ въ хроническую форму страданія.

При зараженіяхъ трипернымъ ядомъ въ остромъ періодѣ можно различать два ряда случаевъ: въ одномъ воспаленіе слизистой оболочки влагалища бываетъ на столько рѣзко и интенсивно выражено, что эндометритъ остается незамѣченнымъ, въ другомъ же во влагалищѣ почти не наблюдается никакихъ измѣненій, тогда какъ слизистая оболочка матки остро воспалена, и выдѣленія ея содержатъ многочисленныя колоніи гонококковъ. Въ обоихъ случаяхъ острый эндометритъ переходитъ въ хроническій, и въ первомъ рядѣ случаевъ измѣненія слизистой оболочки влагалища могутъ представляться уже совершенно изгладившимися, тогда какъ выдѣленія изъ матки все еще и на долгое время содержатъ гонококки.

Инфекціонныя формы остраго воспаленія слизистой оболочки матки, происшедшія вслѣдствіе зараженія септическимъ ядомъ, распространяются особенно часто, гораздо чаще, чѣмъ гонорройныя воспаленія, на подлежащія ткани (metritis) и брюшину, покрывающую матку. Путь, по которому иногда съ поразительной быстротой происходитъ это распространеніе воспаленія, представляютъ лимфатическіе сосуды слизистой оболочки, продолжающіеся непосредственно въ мышечную ткань матки и въ ея широкія связки. Распространеніе воспаленія изъ полости матки *per continuitatem* по слизистой оболочкѣ трубъ до брюшиннаго ихъ отверстія наблюдается гораздо рѣже.

**Предсказаніе.** Quo ad valetudinem completam, прогнозъ можетъ быть вполнѣ благопріятный только въ случаяхъ совершенно локализованныхъ, когда воспаленіе ограничивается лишь одною слизистою оболочкою; при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, представляющихъ ббльшую способность распространяться на сосѣдніе ткани и органы, прогнозъ долженъ быть весьма сдержаннымъ, такъ какъ при этомъ слѣдуетъ принимать во вниманіе возможность не только развитія хроническихъ заболѣваній брюшины полости малаго таза, но и общаго остраго воспаленія ея, кончающагося при септическихъ зараженіяхъ почти всегда смертельно.

При *endometritis acuta gonnorrhoeica* предсказаніе не можетъ быть также вполнѣ благопріятнымъ: переходъ ея въ хроническую

форму наблюдается почти всегда. Прогнозъ острыхъ воспалительныхъ измѣненій слизистой оболочки полости матки въ теченіи острыхъ общихъ заразныхъ заболѣваній находится въ полной зависимости отъ этихъ послѣднихъ, и большей частью онъ бываетъ неблагоприятнымъ, такъ какъ *endometritis haemorrhagica* развивается обыкновенно въ тяжелыхъ случаяхъ общаго заболѣванія и весьма нерѣдко не задолго до летальнаго исхода.

**Лѣчение.** При острыхъ эндометритахъ, происшедшихъ вслѣдствіе инфекціи при какихъ бы то не было внутриматочныхъ манипуляціяхъ, поразительно успѣшно дѣйствуютъ внутриматочныя прополаскиванія. Промывъ полость матки два, три раза, слабымъ растворомъ креолина (1%), ас. carbolicі (2%) или сурьмы (1:5000) мы получаемъ уже значительное облегченіе; иногда даже бываетъ достаточно только одного промыванія, чтобы устранить всѣ имѣющіеся припадки; особенно это наблюдается въ случаяхъ, терапия которыхъ застываетъ ихъ въ самомъ началѣ развитія.

Противупоказаніемъ къ примѣненію внутриматочнаго прополаскиванія мы считаемъ только присутствіе острыхъ воспалительныхъ процессовъ брюшины (*perimetritis acuta*).

Въ случаяхъ неспецическаго происхожденія прополаскиванія такжѣ умѣстны, — съ цѣлью удаленія скопляющихся въ маткѣ выдѣленій. Конечно, они производятся только тогда, когда сама техника производства ихъ можетъ быть выполнена легко и безпрепятственно. Въ остальномъ лѣченіе наше ограничивается назначеніемъ покойнаго положенія больной въ постели и легкихъ слабительныхъ (среднія соли). Появленіе осложнений и дальнѣйшаго распространенія воспалительнаго процесса (*metritis, perimetritis, peritonitis*) требуетъ уже лѣченія, специально направленнаго противъ этихъ заболѣваній.

## б) *Endometritis corporis chronica.*

**Этіологія.** Хроническое воспаленіе слизистой оболочки тѣла матки встрѣчается весьма часто, къ чему особенно предрасполагаютъ тѣ физиологическія измѣненія, которымъ подвергается слизистая оболочка подъ вліяніемъ каждой менструаціи и cadaго забеременіванія. Неправильное, чѣмъ бы то ни было задержанное ея обратное развитіе послѣ этихъ процессовъ весьма нерѣдко служитъ крайне восприимчивою почвою для развитія воспалительныхъ измѣненій. Женщины рожавшія или выкидывавшія представляютъ сравнительно гораздо большій контингентъ страдающихъ хроническимъ эндометритомъ тѣла матки, чѣмъ женщины, не бывшія беременными. Дѣвушки, иногда даже весьма скоро по наступленіи половой зрѣлости и появленіи менструальныхъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ матки, могутъ предста-

влять рѣзкія картины этого страданія въ его гиперпластической и геморрагической формахъ.

Въ общемъ, этиологія хроническаго эндометрита та же, что и остраго, такъ какъ этотъ послѣдній нерѣдко, затягиваясь, переходитъ въ хроническое теченіе. Переходъ воспаленія на слизистую оболочку полости матки съ таковой-же цервикальнаго канала и съ подлежащихъ тканей стѣнокъ тѣла матки (metritis) тѣмъ самымъ представляютъ возможность этиологіи, вызывающей эти послѣднія страданія, играть также извѣстную роль и въ генезѣ разбираемаго нами заболѣванія.

Не перечисляя всѣхъ этиологическихъ моментовъ, обуславливающихъ такъ или иначе развитіе хроническаго воспаленія слизистой оболочки тѣла матки, я считаю все-таки необходимымъ упомянуть еще разъ о нѣкоторыхъ изъ нихъ. Сравнительно легкая доступность полости матки къ проникновенію различныхъ заражающихъ агентовъ изъ внѣшняго міра дѣлаетъ ихъ весьма важными въ этиологіи заболѣванія: септической ядь, заносимый тѣмъ или другимъ путемъ, зараженіе гонорреей и особенно различнаго рода зараженія въ послѣродовомъ періодѣ представляются одними изъ болѣе частыхъ обуславливающихъ причинъ хроническаго эндометрита.

Кромѣ только что указанныхъ этиологическихъ моментовъ хроническаго воспаленія слизистой оболочки, мы наблюдаемъ развитіе его еще подъ вліяніемъ мѣстныхъ разстройствъ кровообращенія въ маткѣ и полости таза. Первое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаетъ неправильная половая жизнь и забеременѣваніе. Coitus, какъ источникъ заболѣванія, помимо возможности заразы трипернымъ ядомъ, самъ по себѣ, вызывая частые приливы къ маткѣ, можетъ служить источникомъ воспалительныхъ измѣненій, особенно если онъ производится неправильно, какъ напр. при coitus reservatus и другихъ отклоненій отъ нормы, къ которымъ прибѣгаютъ съ цѣлью воспрепятствовать забеременѣванію. Онанизмъ относится къ этой-же категоріи причинъ. Беременность, роды и послѣродовой періодъ, помимо возможности заразы, предрасполагають къ endometritis chronica въ рѣзко выдающейся степени; я укажу только на травму, возможную sub graviditate (Мышкинъ, «Endometritis decidua chronica», дисс. изъ нашей клиники, 1878) и во время родовъ, и на различнаго рода измѣненія слизистой оболочки въ послѣродовомъ періодѣ подъ вліяніемъ остающихся частей плоднаго яйца или болѣе значительныхъ остатковъ отпадающей оболочки, а равно вслѣдствіе задержаннаго обратнаго развитія ея.

Долго продолжающійся усиленный притокъ питательнаго матеріала къ маткѣ, какъ это наблюдается при ростѣ доброкачественныхъ новообразованій ея (фиброміомы), имѣетъ своимъ послѣдствіемъ рѣзко выраженные воспалительныя измѣненія сли-

зистой оболочки тѣла, дающія обильныя кровотеченія и обуславливающія такимъ образомъ развитіе самаго характернаго для фиброміомъ матки припадка. Пассивныя венозныя гипереміи, наблюдающіяся въ полости малаго таза при болѣзняхъ легкихъ, сердца, печени и при *plethora abdominalis* даютъ иногда поводъ къ развитію *endometritidis chronicae*; такъ недавно *Grenser* («*Centr. f. Gyn.*», 1886, *стр.* 155) наблюдалъ случай *endometritidis fungosae* у больной съ недостаточностью *valv. mitralis*, представлявшей также и другія явленія застоевъ. Къ этой же категоріи относится и воспаленіе слизистой оболочки тѣла при наклоненіяхъ и перегибахъ матки кзади.

Воспалительные процессы придатковъ матки (трубъ, яичниковъ), брюшины, покрывающей ее и полость малаго таза, равно какъ и околоматочной клѣтчатки, вызывая усиленное кровепереполненіе сосудовъ всего полового аппарата и въ частности слизистой оболочки матки, могутъ иногда также служить источникомъ хроническихъ измѣненій ея; особенно это представляется рѣзко выраженнымъ при обостреніи сказанныхъ воспаленій, причемъ нерѣдко наблюдаются значительныя кровотеченія изъ полости матки (*Czempin*, «*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», *Bd.* XIII, *стр.* 339), обусловленные воспаленіемъ слизистой оболочки ея. Вопросъ о томъ, могутъ ли отражаться на слизистой оболочкѣ тѣла матки разстройства функціи яичниковъ (овуляція), и какія при этомъ происходятъ въ ней измѣненія, долженъ еще считаться въ настоящее время далеко не разрѣшеннымъ. *Brenecke* («*Archiv f. Gyn.*», *Bd.* XX, 1882, *стр.* 455) хочетъ видѣть связь между хроническими гиперпластическими процессами въ слизистой оболочкѣ матки и разстройствами кровообращенія въ яичникахъ при нарушенномъ процессѣ овуляціи, ставя первыя въ зависимость отъ послѣднихъ.

Развитіе *endometritidis fungosae* наблюдалось также послѣ ожогъ значительной величины поверхностей тѣла; такъ *Leopold* («*Centr. f. Gyn.*», 1886, *стр.* 155) видѣлъ эндометритъ послѣ ожога керосиномъ (*petroleum*). Онъ же говоритъ о возможности перехода въ эту форму измѣненій, наблюдаемыхъ при тифѣ, скарлатинѣ и т. д.

Появленіе припадковъ хроническаго эндометрита послѣ нѣкоторыхъ выкидышей еще не говоритъ о развитіи воспаленія послѣ нихъ; извѣстны вполне достовѣрные случаи (*Veit*, «*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», *Bd.* XIII 1886, *стр.* 393), въ которыхъ существовавшій до забеременѣванія эндометритъ не препятствовалъ наступленію беременности, но прерывалъ преждевременно теченіе ея и такимъ образомъ переходилъ въ *endometritis post abortum*.

Только что приведенный перечень этиологическихъ моментовъ, обуславливающихъ или способствующихъ развитію хроническаго воспаленія слизистой оболочки тѣла матки, наглядно свидѣтель-

ствуеть о томъ, что этиология этого страданія, вообще, намъ достаточно извѣстна, но, не смотря на это, на практикѣ мы убѣждаемся, какъ иногда бываетъ трудно точно опредѣлить и доказать исходную причину развившагося хроническаго эндометрита.

**Анатомія.** На вскрытіяхъ женщинъ, страдавшихъ хроническимъ воспаленіемъ слизистой оболочки тѣла матки и умершихъ отъ другихъ, случайныхъ заболѣваній, изслѣдуя матку и разрѣзая одну изъ стѣнокъ ея тѣла, мы находимъ, что въ большинствѣ случаевъ полость ея увеличена и содержитъ большее или меньшее количество жидкости, выдѣляемой воспаленною поверхностью слизистой оболочки. Удаливъ это жидкое содержимое, мы видимъ, что поверхность слизистой оболочки или совершенно гладка, блестяща, или же представляется грубо складчатой, мѣстами бархатистой; въ далеко не рѣдкихъ случаяхъ замѣчаются на ней различной формы и величины разращенія, разсѣянные или на всемъ ея протяженіи, или же только на извѣстныхъ участкахъ; разращенія эти обыкновенно сидятъ на широкомъ основаніи (*endometritis fungosa*), или же принимаютъ форму полиповъ, имѣя хорошо выраженную ножку (*endometritis polyposa*). Разсматривая внимательно поверхность слизистой оболочки, нерѣдко простымъ глазомъ можно уже видѣть отверстія многочисленныхъ железъ ея въ видѣ мелкихъ точекъ, придающихъ какъ бы сѣтчатый видъ поверхности. Мѣстами просвѣчиваютъ въ видѣ темно-сѣрыхъ пятенъ маленькія кистовидныя образованія, помѣщающіяся въ болѣе глубокихъ частяхъ слизистой оболочки. Вся поверхность или сплошь окрашена въ темно-красный цвѣтъ, или же только на болѣе ограниченныхъ мѣстахъ нерѣдко бываютъ видны, въ видѣ красиво выраженныхъ сѣтей, налитые сосуды большихъ размѣровъ.

Разрѣзая перпендикулярно къ поверхности толщу слизистой оболочки, мы видимъ, что она рѣзко утолщена, мягка, иногда какъ бы отечна, толщина ея можетъ достигать 1,0 см., и при этомъ вся слизистая оболочка, образуя складки, на столько вдается въ полость тѣла матки, что совершенно почти выполняетъ ее. Подобное утолщеніе слизистой оболочки можетъ быть повсемѣстное и равномерное, или же оно не равномерно, и рядомъ съ почти нормальной толщиной встрѣчаются участки значительно утолщенные. Поверхность разрѣза не равномерно сѣро-краснаго цвѣта: поверхностный слой, обращенный въ полость матки, обычно болѣе рѣзко окрашенъ въ красный цвѣтъ, и нерѣдко въ немъ встрѣчаются болѣе или менѣе значительные экстрavasаты. Въ болѣе глубокихъ слояхъ, по преимуществу на границѣ съ мышечною тканью, встрѣчаются иногда также болѣе значительныя мѣстныя кровопереполненія съ большими или меньшими кровозлияніями. Маточныя железы иногда видны весьма отчетливо



въ формѣ незначительныхъ щелей, идущихъ перпендикулярно къ внутренней поверхности слизистой оболочки; мѣстами онѣ значительно растянуты продуктомъ ихъ выдѣленія и образуютъ различной величины кисты, отъ просяного до коноплянаго зерна.

Въ другомъ рядѣ случаевъ хроническаго эндометрита, особенно у старухъ, мы находимъ полость тѣла матки также увеличенной и наполненной жидкимъ гноеподобнымъ содержимымъ; но слизистая оболочка тонка, поверхность ея матово-блестяща, ткань плотна, съ трудомъ только видна граница ея у мышечной ткани (*endometritis corporis atrophicans*); въ толщѣ ея замѣчается иногда незначительное количество весьма маленькихъ кистъ; кровеносные сосуды мѣстами сильно переполнены кровью и иногда значительно расширены. Такого рода атрофическія измѣненія слизистой оболочки встрѣчаются иногда также у женщинъ еще молодыхъ, преимущественно какъ исходы воспалительныхъ процессовъ, имѣвшихъ мѣсто въ послѣродовомъ періодѣ.

Изслѣдуя содержимое полости матки на вскрытіяхъ, мы видимъ, что оно бываетъ разнообразно и обыкновенно довольно рѣзко отличается отъ содержимаго полости канала шейки. Оно представляется или въ видѣ прозрачной слизистой жидкости, или гнойной, или же кровянистой, или же, наконецъ, это бываетъ чистая кровь. Подъ микроскопомъ въ прозрачной клейкой, но не тягучей, густой жидкости рядомъ съ присутствіемъ незначительнаго количества муцина (реакція съ *ac. acetic.*) встрѣчаются отдѣльныя клѣтки цилиндрическаго эпителия или группы эпителия маточныхъ железъ и бѣлые кровяные шарики; присутствіе этихъ послѣднихъ въ болѣе значительномъ количествѣ придаетъ жидкости болѣе мутную окраску, и, наконецъ, при гноеподобномъ видѣ ея изъ форменныхъ составныхъ частей встрѣчаются только одни гнойныя тѣльца. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ бываетъ различно, смотря по большей или меньшей примѣси крови. Особенно рѣзкое различіе жидкости, находящейся въ полости тѣла матки, и слизистыхъ массъ цервикальнаго канала мы наблюдаемъ при заращеніяхъ внутренняго отверстія матки у старухъ, когда еще не началось развитіе *hydrometrae*. При интенсивно выраженныхъ гнойныхъ выдѣленіяхъ слизистой оболочки тѣла матки, обильно примѣшивающихся къ содержимому цервикальнаго канала и разжижающихъ его, различіе это представляется уже гораздо менѣ выраженнымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе слизистыхъ оболочекъ *corporis uteri*, взятыхъ изъ трупа, или полученныхъ выскабливаніемъ отъ больныхъ женщинъ, по изслѣдованіямъ *de Sinéty* и *Ruge* показываетъ намъ значительное разнообразіе измѣненій, которыя въ иныхъ случаяхъ могутъ быть довольно строго огра-

ничены одною какою либо составною частью слизистой оболочки, такъ что пораженеіе локализируется или на железистомъ аппаратѣ ея, или на интерстиціальной ткани, или же преимущественно на сосудахъ. Сообразно этой локализациіи измѣненій въ сли-

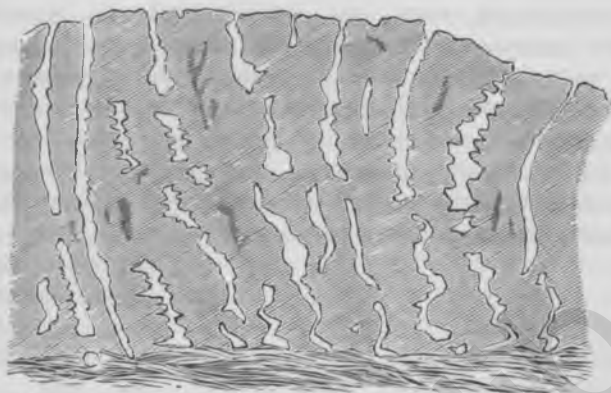


Рис. 236.

зистой оболочкѣ, слѣдуетъ анатомически признать четыре формы хроническаго эндометрита: 1) *endometritis glandularis*, 2) *endometritis interstitialis*, 3) *endometritis vasculosa* и, наконецъ, 4) *endometritis hyperplastica diffusa*, когда всѣ составныя части

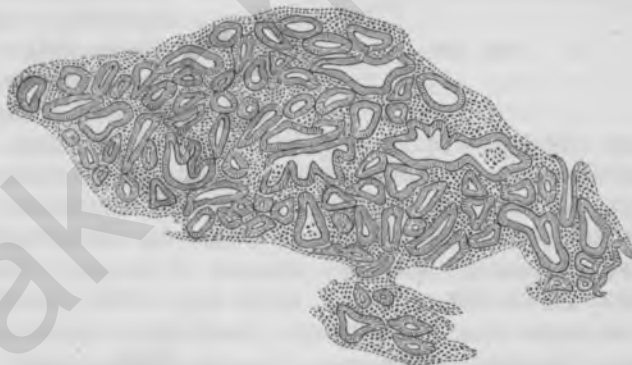


Рис. 237.

принимаютъ болѣе или менѣе одинаково дѣятельное участіе въ утолщеніи слизистой оболочки.

При *железистомъ эндометритѣ* мы видимъ, что утолщеніе слизистой оболочки происходитъ главнымъ образомъ на счетъ увеличенія маточныхъ железъ, какъ ихъ объема (рис. 236),

такъ и числа (рис. 237); конечно и межжелезистая, интерстиціальная ткань и сосуды принимаютъ также участіе въ процессѣ, но только измѣненія ихъ остаются далеко на второмъ планѣ сравнительно съ измѣненіями самихъ железъ. Эти послѣднія представляются значительно увеличенными, стѣнки ихъ дѣлаются складчатыми, такъ что на продольномъ разрѣзѣ онѣ принимаютъ пилообразный видъ, или же спирально извиваются и имѣютъ видъ пробочника. При гиперплазіи железистыхъ трубокъ мы видимъ, что онѣ представляются многочисленно дѣляющимися, лежащими весьма близко другъ къ другу и мѣстами почти совершенно вытѣсняющими находившуюся между ними межжелезистую соединительную ткань. Нерѣдко они представляютъ значительныя растяженія своего просвѣта или на протяженіи, или у ихъ слѣпо оканчивающагося нижняго конца, не смотря на то, что отверстіе ихъ на поверхности слизистой оболочки сохраняетъ свой просвѣтъ, но временно закуривающійся продуктомъ ихъ выдѣленія съ примѣсю цилиндрическаго эпителия, или же сдавленный набухшею окружающею тканью. Такимъ образомъ мы видимъ въ слизистой оболочкѣ тѣла матки присутствіе временно-существующихъ кистовидныхъ образований, развившихся по типу образований, носящихъ названіе comedo на кожѣ и встрѣчающихся также не рѣдко на слизистыхъ оболочкахъ прямой кишки, мочевого пузыря и уретры (*Virchow, «Die krankh. Geschwülste», Bd. I, 1863, стр. 233*). Поверхность слизистой оболочки при *endometritis glandularis* представляется обыкновенно покрытой эпителиемъ, причемъ нормальный мерцательный эпителий замѣненъ коротко-цилиндрическимъ. Продуктъ выдѣленія, встрѣчаемый при этомъ въ полости матки, имѣетъ обыкновенно видъ такъ называемаго слизистаго гноя (*mucopus*), или же жидкой, слегка опалесцирующей слизи. Эпителиальные клѣтки, какъ встрѣчающіяся въ этой слизисто-гноной массѣ, такъ и сидящія еще на своихъ мѣстахъ, представляютъ рѣзкія измѣненія, свойственныя клѣткамъ цилиндрическаго эпителия при ихъ превращеніи въ бокальчатые клѣтки; различные періоды и

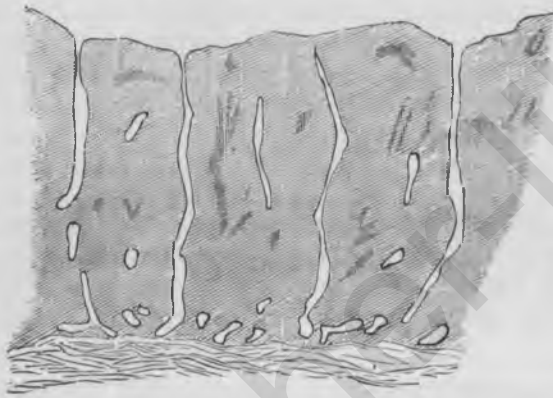


Рис. 238.

стяженіи, или у ихъ слѣпо оканчивающагося нижняго конца, не смотря на то, что отверстіе ихъ на поверхности слизистой оболочки сохраняетъ свой просвѣтъ, но временно закуривающійся продуктомъ ихъ выдѣленія съ примѣсю цилиндрическаго эпителия, или же сдавленный набухшею окружающею тканью. Такимъ об-

разомъ мы видимъ въ слизистой оболочкѣ тѣла матки присутствіе временно-существующихъ кистовидныхъ образований, развившихся по типу образований, носящихъ названіе comedo на кожѣ и встрѣчающихся также не рѣдко на слизистыхъ оболочкахъ прямой кишки, мочевого пузыря и уретры (*Virchow, «Die krankh. Geschwülste», Bd. I, 1863, стр. 233*). Поверхность слизистой оболочки при *endometritis glandularis* представляется обыкновенно покрытой эпителиемъ, причемъ нормальный мерцательный эпителий замѣненъ коротко-цилиндрическимъ. Продуктъ выдѣленія, встрѣчаемый при этомъ въ полости матки, имѣетъ обыкновенно видъ такъ называемаго слизистаго гноя (*mucopus*), или же жидкой, слегка опалесцирующей слизи. Эпителиальные клѣтки, какъ встрѣчающіяся въ этой слизисто-гноной массѣ, такъ и сидящія еще на своихъ мѣстахъ, представляютъ рѣзкія измѣненія, свойственныя клѣткамъ цилиндрическаго эпителия при ихъ превращеніи въ бокальчатые клѣтки; различные періоды и

Фазы развитія бокальчатыхъ клѣтокъ могутъ быть въ изобиліи находимы въ заболѣвшемъ эпителии слизистой оболочки полости тѣла матки и ея железахъ при этихъ формахъ катаррального эндометрита (*I. Heitzmann*, «*Ueber einige Veränderungen des Epithels bei Endometritis*», «*Wiener med. Jahrbücher*», 1885, XII, и «*Ctbl. f. Gynaek.*», 1888, сmp. 134).

При *endometritis interstitialis* рѣзче всего измѣненія выражены въ межжелезистой ткани (рис. 238), причемъ встрѣчаются случаи, въ которыхъ преимущественно затронуты или клѣточные элементы, или же волокнистая основа соединительной ткани. Въ начальныхъ періодахъ воспаленія, въ болѣе острыхъ случаяхъ мы имѣемъ передъ собою картину грануляціоннаго воспаленія, напоминающую изложенную уже нами выше (см. стр. 492) при описаніи измѣненій *endometritidis acutae*. Количество блуждающихъ клѣтокъ значительно увеличено, верхній слой слизистой оболочки, обращенный въ полость матки, представляется состоящимъ изъ молодой грануляціонной ткани, совершенно лишенной всякаго эпителия на своей поверхности, такъ что вся полость матки представляетъ одну обширную язву, мѣстами покрытую вполне развитыми грануляціями, какими онѣ встрѣчаются на ранахъ, заживающихъ *per secundam*. Поверхность подобнымъ образомъ измѣненной слизистой оболочки представляется иногда покрытой разраженіями, при микроскопическомъ изслѣдованіи имѣющими форму, напоминающую ворсинки (*К. Славянский*, «*Metrite interne villose, Endometritis villosa*». «*Archives de physiologie*», 1874, сmp. 54). Выдѣленія слизистой оболочки чисто гнойныя, — «*pus bonum et laudabile*». Железы рѣзко выражены и хорошо сохранены только въ болѣе глубокихъ слояхъ, мѣстами расширены; въ верхнемъ слоѣ ихъ почти нѣтъ, и только кое-гдѣ еще можно видѣть сохранившуюся железистую трубку. Гиперемія выражена рѣзко, сосуды, особенно въ верхнемъ слоѣ, переполнены кровью, мѣстами — довольно значительные экстравазаты, подрывающіе и отдѣляющіе незначительной величины участки грануляціонной ткани самаго поверхностнаго слоя слизистой оболочки. Въ дальнѣйшемъ теченіи этой формы воспаленія на мѣстѣ грануляціонной ткани развивается соединительная, болѣе старая ткань съ хорошо выраженными веретенообразными клѣтками, и поверхность слизистой оболочки покрывается плоскимъ однослойнымъ эпителиемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ интерстиціального воспаленія съ весьма медленнымъ теченіемъ фиксированныя тѣла соединительной ткани слизистой оболочки матки принимаютъ активное участіе въ процессѣ и представляются значительно увеличенными въ объемѣ и могутъ достигать величины и формы децидуальныхъ клѣтокъ, — явленіе совершенно аналогичное тому, что мы наблюдали уже много разъ въ яичникѣ при развитіи истиннаго желтаго тѣла внѣ

беременности при фиброміомахъ матки (*Поповъ*, «*Къ ученію о желтомъ тѣлѣ*», — дисс. изъ нашей клиники, 1881, стр. 59) и различнаго рода воспаленійхъ полового аппарата. Рядомъ съ этимъ измѣненіемъ фиксированныхъ клѣтокъ, или и безъ онаго, въ теченіи хроническаго интерстиціального эндометрита наблюдается преимущественное измѣненіе волокнистой соединительно-тканной основы; волокна ея дѣлаются толще, увеличиваются въ количествѣ, и клѣтки представляются какъ бы ущемленными между ними. Измѣненіе это наблюдается преимущественно въ верхнихъ слояхъ слизистой оболочки, самый же глубокой ея слой при этомъ содержитъ много значительно расширенныхъ железистыхъ полостей, расширеніе которыхъ происходитъ подъ вліяніемъ сдавленія верхнихъ, такъ сказать, выводящихъ частей трубчатыхъ железъ ея плотною волокнистою интерстиціальною тканью. Полости эти представляются иногда на столько значительно расширенными, что весь глубокой пограничный съ мышечною тканью слой слизистой оболочки принимаетъ уже видимый простымъ глазомъ губчатый характеръ, напоминающій строеніе deciduae verae. Часто имѣющія мѣсто въ этомъ слоѣ кровоизліянія весьма легко нарушаютъ цѣлость нѣкоторыхъ перекладинъ этой губчатой ткани, происходитъ мѣстная отслойка слизистой оболочки, увеличивающаяся подъ вліяніемъ присоединяющихся сокращеній мускулатуры матки и ведущая иногда къ полной отслойкѣ всей слизистой оболочки въ видѣ мѣшка, сохраняющаго трехугольную форму полости матки (*endometritis exfoliativa s. membranacea*). Выдѣленіе всей отслоившейся слизистой оболочки, или различной величины кусковъ ея происходитъ и при другихъ формахъ хроническаго эндометрита, такъ какъ развитіе губчататаго слоя вслѣдствіе расширенія концовъ железъ встрѣчается также и при *endometritis glandularis*, болѣе же мелкіе куски могутъ отдѣляться вслѣдствіе обширныхъ экстравататовъ и въ поверхностныхъ слояхъ, какъ это намъ неоднократно приходилось видѣть на вскрытіяхъ.

Къ этой же формѣ эндометритовъ *Кубасовъ* («*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», *Bd. IX*, 1883. *стр. 310*) хочетъ отнести описанные имъ подъ именемъ «*endometritis dissecans*» случаи отхожденія всей слизистой оболочки съ частью подлежащей ткани мышечныхъ стѣнокъ матки, причемъ наружная поверхность этого отошедшаго мѣшка имѣла гнойный налетъ. Такъ какъ процессъ, повлекшій за собою отторженіе всей слизистой оболочки съ частью стѣнки матки, протекалъ въ этой послѣдней, и не доказано, чтобы онъ начинался со слизистой оболочки, то намъ кажется болѣе вѣрнымъ классифицировать эти случаи между заболѣваніями, имѣющими мѣсто въ самой мышечной стѣнкѣ матки, и относить его къ метритамъ (*metritis dissecans*).

При описанной *Schroeder*'омъ («*Centr. f. Gyn.*», 1884, № 28,

стр. 445) подъ именемъ *endometritis dysmenorrhoeica*, особенной формѣ хроническаго эндометрита, рѣзко выдѣляющейся существующими ей болевыми ощущеніями, *C. Ruge* при микроскопическомъ изслѣдованіи частицъ слизистой оболочки, добытыхъ путемъ выскабливанія, нашелъ въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ *endometritis interstitialis* съ преимущественнымъ увеличеніемъ и утолщеніемъ волоконъ соединительно-тканной основы.

Воспаленія слизистой оболочки послѣ выкидышей представляются нерѣдко въ формѣ интерстиціального эндометрита; обильная инфильтрація индифферентными грануляціонными клѣтками развивается въ видѣ реакціоннаго воспаления вокругъ не отторгнутыхъ участковъ *deciduae verae*. Такіе участки децидуальной ткани, не отошедшіе во время теченія выкидыша и не подвергнувшіеся обратному развитію, наблюдаются еще иногда весьма долгое время вполне сохранившимися въ толщѣ воспаленной слизистой оболочки. Если они не удаляются во-время нашей вмѣшательствомъ, то представляютъ до тѣхъ поръ источники, поддерживающими воспаление, пока не будутъ отторгнуты реактивнымъ воспаленіемъ; образованіе *lineae demarcationis* происходитъ въ этихъ случаяхъ въ теченіе весьма продолжительнаго времени.

*Endometritis interstitialis* встрѣчается также нерѣдко *sub graviditate*, и мы имѣли возможность наблюдать ее весьма нерѣдко въ ея остромъ и хроническомъ теченіи. *Endometritis deciduaalis acuta* представляетъ рѣзко выраженную инфильтрацію грануляціонными клѣтками децидуальной межжелезистой ткани; въ хронической формѣ появляется значительное количество весьма толстыхъ волоконъ, между которыми децидуальныя клѣтки какъ бы ущемлены (*Slavjansky*, «*On endometritis decid. chronica as a cause of abortion etc.*», «*Edinb. Med. Journ.*», 1873, и статьи изъ нашей клиники: *Мышкинъ*, «*Журналъ Руднева*», 1870, Т. II, и *Дусс*. 1878. — *В. Ратимовъ*, «*Мед. Вѣстникъ*», 1876, № 30. — *Дохманъ*, «*Мед. Вѣстн.*», 1877, № 22. — *Грамматикати*, «*Протокол. общ. Р. Врач. въ СПб.*» 1881. — *W. Maslowsky*, «*Centr. f. Gyn.*», 1880, № 15).

Утолщенія слизистой оболочки и ея разраженія могутъ иногда сопровождаться значительнымъ разростаніемъ кровеносныхъ сосудовъ и растяженіемъ ихъ полостей, такъ что мѣстами ткань можетъ представлять характеръ кавернозный, — *endometritis vascularis*. Прилагаемый рисунокъ (рис. 239), снятый съ препарата д-ра *de Sinéty*, извѣстнаго своими гистологическими изслѣдованіями полового аппарата женщины, наглядно показываетъ намъ, на сколько значительно можетъ при этомъ быть растяженіе сосудовъ, напоминая собою просвѣты тѣхъ гигантскихъ капилляровъ, которые нормально встрѣчаются въ слизистой оболочкѣ (*decidua serotina*) при развитіи дѣтскаго мѣста.

Утолщеніе слизистой оболочки при хроническомъ эндометритѣ достигаетъ обыкновенно аспе своего развитія при гиперплазіи одновременно всѣхъ тканей, входящихъ въ ея составъ — *endometritis hyperplastica diffusa*. Микроскопическіе препараты изъ такой слизистой оболочки показываютъ намъ относительно весьма равномерное увеличеніе железистаго аппарата съ примѣрно нормальнымъ количествомъ межжелезистой ткани и не чрезмѣрно увеличеннымъ развитіемъ сосудовъ; типъ строенія всей слизистой оболочки не измѣненъ, и иногда только железы представляются нѣсколько бѣльшими, чѣмъ нормально (*endometritis hyperplastica diffusa ectatica*).

Всѣ вышеприведенныя четыре анатомическія формы измѣненій хронически воспаленной слизистой оболочки полости тѣла матки представляютъ нерѣдко обильныя разращенія на поверхности, обращенной въ полость; мы уже видѣли, что разраще-



Рис. 239.

нія эти имѣютъ или видъ ворсинокъ (*endometritis villosa*), или напоминаютъ собою фунгозныя разращенія другихъ язвенныхъ поверхностей (*endometritis fungosa*), или же, наконецъ, разращенія эти принимаютъ характеръ на ножкѣ сидящихъ полиповъ (*endometritis polyposa*).

Относительно весьма рѣдко приходится наблюдать, чтобы слизистая оболочка представляла измѣненія, свойственныя одной которой нибудь изъ вышеописанныхъ анатомическихъ формъ. Въ большинствѣ случаевъ измѣненія носятъ характеръ участковый: такъ на известномъ пространствѣ наблюдается рѣзко выраженная железистая форма, и рядомъ же съ нею дальше измѣненіе претерпѣваютъ характеръ интерстиціальныя. Въ этомъ часто совмѣстномъ развитіи въ одной и той-же слизистой оболочкѣ и въ одно и то же время различныхъ анатомическихъ формъ эндометрита и слѣдуетъ искать причину того, что клинически мы не можемъ строго провести то-же дѣленіе ихъ (*J. Veit*, «*Ueber*

*Endometritis*», «*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», *Bd. XIII, стр. 389*). Получая для провѣрки діагноза только отдѣльные куски соскобленной слизистой оболочки, иногда почти совершенно невозможно точно высказаться за то, которая форма преобладаетъ въ данномъ случаѣ анатомически.

При долгомъ теченіи хроническаго эндометрита исходомъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ наблюдается постепенное превращеніе интерстиціальной ткани въ грубо-волокнистую, бѣдную клѣточными элементами, соединительную ткань; железы при этомъ большею частью погибаютъ, или мѣстами остаются въ формѣ незначительной величины кистъ; вся слизистая оболочка значительно истончается (*endometritis atrophicans*) и иногда, вслѣдствіе отсутствія болѣе значительнаго числа сосудовъ, представляется совершенно блѣдною, мѣстами пигментированною. При уцѣлѣвшихъ еще въ большемъ числѣ сосудахъ, достигающихъ иногда значительнаго діаметра, на такой слизистой оболочкѣ могутъ разыгрываться вновь хроническіе воспалительные процессы, поверхность ея лишается покрывающаго ее плоскаго эпителия и превращается въ язвенную поверхность, сплошь состоящую изъ вновь образовавшейся грануляціонной ткани. Выдѣленія такой язвенной поверхности могутъ быть весьма значительны и имѣютъ чисто гнойный характеръ (*blenorhoea uteri*). Существованіе такихъ язвенныхъ поверхностей объясняетъ намъ возможность произвольныхъ зараженій *orificii interni* и сращеній (*synechia*) передней стѣнки полости матки съ заднею.

**Припадки.** Кардинальными мѣстными симптомами хроническаго эндометрита представляются: истеченія изъ полости тѣла матки, кровотеченія и болевья ощущенія.

Изслѣдованіе выдѣленій слизистой оболочки полости тѣла матки возможно пока еще только на трупѣ, — у больныхъ мы получаемъ ихъ обыкновенно смѣшанными съ выдѣленіями слизистой оболочки цервикальнаго канала. Не доказательная попытка *Küster'a* («*Beiträge z. Lehre. v. d. Endometritis*», *Jena, 1883, стр. 49*) получить выдѣленія полости тѣла въ чистомъ видѣ, помощью вложенныхъ на 24 часа въ матку стеклянныхъ трубочекъ, указываетъ намъ еще разъ, съ какою осторожностью должны мы относиться къ самимъ методамъ изслѣдованія. Нормальное выдѣленіе маточныхъ железъ, т. е. слизистой оболочки тѣла матки, въ видѣ достаточно жидкой слизи, при хроническомъ эндометритѣ, даже и при железистой формѣ его, скоро дѣлается гной содержащимъ и рѣзко отличается отъ прозрачной густой слизи не пораженнаго еще цервикальнаго канала. Количество выдѣленій обыкновенно относительно незначительно, и только при нѣкоторыхъ формахъ хроническаго воспаленія (*endometritis atrophicans*) оно можетъ достигать поражающе большаго количества и представлять такимъ образомъ выдающійся симптомъ заболѣванія.



Кровотеченія изъ хронически воспаленной слизистой оболочки тѣла матки встрѣчаются уже несравненно чаще. Въ началѣ болѣзни они имѣютъ характеръ усиленной потери крови во время регуль (menorrhagia), но съ дальнѣйшимъ теченіемъ времени типичность ихъ появленія пропадаетъ, и развиваются настоящія metrorrhagi'i, появляющіяся безъ всякаго порядка, длящіяся весьма долго и оставляющія между собою только весьма короткіе свободные промежутки, иногда только въ нѣсколько дней. Послѣдствіемъ ихъ развивается общее малокровіе (anaemia), пороку въ высокой степени. Кровь вытекаетъ изъ матки или смѣшанная съ значительнымъ количествомъ слизи, или же совершенно чистая, несвернувшаяся; болѣе рѣдко приходится наблюдать отхождение большей или меньшей величины кусочковъ, оказывающихся при болѣе подробномъ изслѣдованіи свертками фибрина, или же отдѣлившимися частями слизистой оболочки, подрытыми экстрavasатами (см. стр. 504).

Волевые ощущенія локализируются преимущественно въ нижней части живота, въ полости малаго таза и поясищѣ. Больныя жалуются на болѣзненное чувство тяжести, нытье и болѣе рѣдко — на острые боли, иррадирующія въ лобокъ, въ паха и бедра; иногда-же боли распространяются по всему животу, груди и въ спину. Эти ощущенія существуютъ болѣе или менѣе постоянно, обостряясь во время регуль, или же появляются только во время послѣднихъ (dysmenorrhoea), при чемъ они нерѣдко приобрѣтаютъ характеръ спазмодическій (dysmenorrhoea spasmodica). Относительно рѣдко въ зависимости отъ хроническаго эндометрита находится появленіе болевыхъ ощущеній только какъ разъ въ серединѣ промежутка между двумя менструальными кровотечениями (dysmenorrhoea intermenstrualis). Обусловливающая причина ихъ при этомъ та же, какъ и при хроническомъ воспаленіи стѣнокъ матки (metritis chronica) (см. стр. 431). Особенно характерно для хроническаго эндометрита появленіе острой боли въ моментъ надавливанія на заболѣвшую слизистую оболочку маточнымъ зондомъ во время изслѣдованія. Большею частью боль локализируется въ близи orificii interni uteri и маточныхъ отверстій Фаллопиевыхъ трубъ, но можетъ встрѣчаться также и на всемъ протяженіи слизистой оболочки. Присутствіе значительныхъ разраженій при endometritis fungosa иногда препятствуетъ вызывать эту боль.

Вышеприведенные три кардинальныхъ припадка хроническаго эндометрита только весьма рѣдко бываютъ выражены одинаково интенсивно; обычно одинъ изъ нихъ рѣзко выступаетъ на первый планъ, тогда какъ другіе проявляются очень слабо или могутъ даже совершенно отсутствовать. На основаніи этого въ обыденной жизни, у постели больной можно различать такимъ образомъ три формы хроническаго эндометрита: endo-

metritis haemorrhagica (fungosa), endometritis blenorragica (atrophicans) и endometritis dysmenorrhoeica.

Первая изъ нихъ характеризуется своими кровотечениями, достигающими колоссальныхъ размѣровъ; больныя по временамъ буквально истекаютъ кровью. Въ свободное отъ кровотечений время истечения изъ матки слегка гнойныя, весьма незначительны и почти совершенно не беспокоятъ больныхъ. Боли могутъ совершенно отсутствовать. Эта форма встрѣчается преимущественно у женщинъ между 30 и 40 годами жизни и, какъ рѣдкое исключеніе, у дѣвушекъ въ болѣе ранніе годы жизни, вскорѣ по наступленіи половой зрѣлости. Анатомическія измѣненія слизистой оболочки сводятся обыкновенно на *endometritis hyperplastica diffusa fungosa*.

*Endometritis blenorragica* даетъ выдѣленіе изъ матки значительнаго количества гноевидной жидкости, не содержащей въ себѣ гонококковъ. Острымъ періодомъ ея для нѣкоторыхъ случаевъ можно считать гоноррейное воспаленіе слизистой оболочки полости тѣла матки; гной, выдѣляющійся въ это время, содержитъ большое количество колоній гонококковъ, мало-по-малу уменьшающееся и съ теченіемъ времени совершенно исчезающее, тогда какъ выдѣленія остаются, имѣютъ гнойный характеръ, и воспалительные процессы, разыгрывающіеся въ слизистой оболочкѣ, затягиваются на долго. Съ этой этиологіей *endometritis blenorragica* встрѣчается преимущественно у женщинъ въ періодъ полной половой жизни. Гноевидныя бѣли, не имѣющія въ этиологіи зараженія трипернымъ ядомъ, встрѣчаются въ преклонномъ и даже старческомъ возрастѣ. Истечения изъ матки, какъ мы уже сказали, играютъ первостепенную роль; кровотечения болѣе сильнаго обыкновенно не бываетъ, или же только въ анамнезѣ упоминается о бывшихъ мено- и *metrorrhagi*'яхъ. Болѣе долгая задержка выдѣленій въ полости матки или во влагалищѣ даетъ иногда поводъ къ развитію въ нихъ гнилостныхъ процессовъ; развивающійся при этомъ пронизательный, отвратительный запахъ сильно беспокоитъ больныхъ и можетъ иногда послужить поводомъ къ предположенію о присутствіи злокачественныхъ новообразованій. Болевыхъ ощущеній—почти никакихъ. Шейка матки нерѣдко атрофирована, какъ это наблюдается у старухъ, слизистая оболочка ея продуцируетъ только незначительное количество густой слизи, изъ полости же матки выдѣляется въ большомъ количествѣ гноевидная жидкость. Микроскопъ показываетъ или чистый гной, или жидкость, содержащую много плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ и только незначительное число гнойныхъ элементовъ. Анатомическое изслѣдованіе указываетъ на присутствіе измѣненій, свойственныхъ *endometritis interstitialis* и различнымъ періодамъ исхода его въ *endometritis atrophicans*, при чемъ поверхность слизистой оболочки

или лишена совершенно всякаго эпителия и представляет изъ себя изъвенную поверхность, или же она покрыта плоскимъ полиморфнымъ эпителиемъ и находится въ состояніи десквамативнаго катарра. Не слѣдуетъ смѣшивать съ *endometritis blenorrhagica* развивающагося на болѣе короткое время истеченія изъ полости матки значительнаго количества жидкой прозрачной слизи, почти не содержащей въ себѣ гнойныхъ клѣтокъ и представляющей только незначительную примѣсь клѣтокъ мерцательнаго цилиндрическаго эпителия; такое усиленное выдѣленіе (*hypersecretio*) наблюдается нерѣдко у женщинъ подѣ влияніемъ нервныхъ разстройствъ и психическихъ аффектовъ.

Картина болѣзни, описанная *Schroeder*'омъ въ 1884 году («*tblatt. f. Gyn.*», № 28, стр. 445) подѣ именемъ *endometritis dysmenorrhoeica*, представляетъ, какъ уже сказано, хроническій эндометритъ съ рѣзко выраженными болевыми ощущеніями; кровотеченія и выдѣленія отходятъ далеко на задній планъ. Менструальныя кровотеченія могутъ быть даже уменьшены. Боли развиваются обычно передѣ появленіемъ регуль и съ наступленіемъ ихъ могутъ прекращаться; въ болѣе легкихъ случаяхъ дѣло этимъ и ограничивается, даже иногда при нѣкоторыхъ менструаціяхъ боли совершенно не бываетъ; въ тяжелыхъ же боли продолжаются не только во время всего менструальнаго кровотеченія, но заходятъ и въ интерменструальный промежутокъ времени. Болѣзнъ встрѣчается преимущественно у дѣвушекъ и женщинъ не рожавшихъ; у рожавшихъ она наблюдается гораздо рѣже. Исслѣдованіе зондомъ полости матки особенно рѣзко вызываетъ болевья ощущенія при дотрогиваніи до слизистой оболочки. *Endometritis dysmenorrhoeica* особенно часто сопровождается отраженными припадками со стороны желудка; нервная форма диспепсіи, тошнота и рвота встрѣчаются на столько часто, что дали поводъ *Schroeder*'у сдѣлать предположеніе, не зависитъ ли *hyperemesis gravidarum* отъ подобнаго же измѣненія слизистой оболочки матки во время беременности. Пораженная интерстиціальною формою воспаленія слизистая оболочка матки, представляющаяся крайне болѣзненною при легкомъ прикосновеніи, должна конечно давать еще болѣе сильныя болевья ощущенія при каждомъ своемъ распуханіи, вѣрнѣе — растяженіи, подѣ влияніемъ переполненія сосудовъ кровью, при менструальномъ приливѣ.

Нерѣдко встрѣчающаяся особенность измѣненій слизистой оболочки при *endometritis interstitialis*, заключающаяся въ расширеніи железистыхъ полостей въ глубокихъ слояхъ ея и превращающая эти слои въ губчатую ткань, какъ уже было нами указано выше (см. стр. 504), лежитъ въ основѣ возможности легкаго отдѣленія и отторженія верхнихъ слоевъ ея въ формѣ большихъ или меньшихъ кусковъ, или даже и всей слизистой

оболочки въ видѣ трехъугольнаго мѣшка. Въ подобныхъ случаяхъ, благодаря легко происходящимъ экстравазатамъ въ губчатый слой, дѣйствительно относительно легко наступаетъ отслойка кусковъ слизистой оболочки, изверженіе которыхъ изъ матки придаетъ еще болѣе острый и спазматическій характеръ болямъ (*endometritis dysmenorrhoeica exfoliativa s. membranacea*). Такіе усиленные приливы, этиологически столь важные при данной формѣ заболѣванія, легко происходятъ, между прочимъ, подъ влияніемъ обостреній воспалительныхъ процессовъ окружающихъ частей матки и ея придатковъ, какъ на это указала *Löhlein* («*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*» XII, 1886, стр. 467). Отхожденіе кусковъ ткани слизистой оболочки при *endometritis dysmenorrhoeica exfoliativa* въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ происходитъ весьма аккуратно при каждомъ менструальномъ кровотеченіи, почему куски эти и получили названіе *decidua menstrualis*; а такъ какъ отхожденіе ихъ сопровождается весьма сильными схваткообразными болями, то они носятъ также названіе *membrana dysmenorrhoeica*. Въ болѣе легкихъ случаяхъ отхожденіе ихъ наблюдается только иногда, во время особенно болѣзненныхъ регуль, нѣкоторыя же менструаціи приходятъ безъ того, чтобы наблюдалось отхожденіе кусковъ. При *endometritis dysmenorrhoeica* боли обыкновенно стихаютъ съ наступленіемъ болѣе значительнаго кровотеченія, при *endometritis exfoliativa*—по отхожденіи куска слизистой оболочки. Въ обоихъ случаяхъ болѣзнь представляется крайне длительной: проходятъ многіе годы, пока больныя получаютъ облегченіе или избавленіе отъ своихъ болей, и то только благодаря энергической, соответственной терапіи.

Значительныя анатомическія измѣненія слизистой оболочки полости тѣла матки у женщинъ, страдающихъ хроническимъ эндометритомъ, вполне объясняютъ часто встрѣчающееся у нихъ безплодіе; съ другой стороны, въ случаяхъ менѣе рѣзко выраженныхъ измѣненій забеременѣваніе можетъ происходить, но дальнѣйшее теченіе беременности весьма скоро нарушается, и происходитъ выкидышъ. Замѣчено также, что женщины, страдавшія хроническимъ эндометритомъ и при этомъ забеременѣвшія, даютъ весьма значительное число случаевъ предлежанія дѣтскаго мѣста (*placenta praevia*); это совпаденіе объясняютъ, какъ увеличеніемъ полости матки при хроническомъ эндометритѣ, такъ и измѣненіемъ поверхности слизистой оболочки, благодаря которому оплодотворенное яичко, попадая въ полость матки, легко скользитъ и останавливается только въ области *orificiі interni*. Теченіе выкидыша, обусловленнаго воспалительными измѣненіями слизистой оболочки, вѣрнѣе—истинной отпадающей (*decidua vera*), представляетъ нѣсколько особенностей, смотря по тому, обостряется ли значительно уже существовавшій эндо-

метритъ, или теченіе его остается тѣмъ же хроническимъ. Въ первомъ случаѣ, при развитіи *endometritidis decidualis acutae*, выкидышъ происходитъ быстро, отпадающая оболочка выходитъ цѣликомъ, благодаря своей мягкой консистенціи и удобообразываемости; больныя при этомъ нерѣдко лихорадятъ ( $38^{\circ}$ — $39^{\circ}$ ). Во второмъ случаѣ, при значительной плотности *deciduae verae* вслѣдствіе измѣненій интерстиціальной ткани при *endometritis interstitialis*, выкидышъ значительно затягивается, наблюдается нѣсколько приступовъ схватокъ; отпадающая оболочка можетъ быть разорвана только съ трудомъ, тѣмъ болѣе, что въ этихъ случаяхъ весьма часто одновременно существуютъ также измѣненія, свойственныя хроническому метриту, и сокращенія мышцы матки бываютъ недостаточно энергичны (см. стр. 432); происходятъ многочисленные экстравазаты въ отпадающей оболочкѣ (какъ въ истинной, такъ и въ запоздалой) и обусловливаютъ развитіе такъ называемаго кровяного или мясистаго заноса, смотря по характеру и давности происшедшихъ кровоизліяній. Мало-по-малу, вслѣдствіе нарушеннаго питанія, въ истинной отпадающей оболочкѣ начинается развиваться жировое перерожденіе, значительно способствующее удобообразываемости ткани; въ этомъ періодѣ измѣненій уже бываетъ вполне достаточно не особенно сильныхъ сокращеній матки, чтобы вывести изъ нея плодное яйцо у женщины уже многорозавшей (*Slavjansky*, «*On endometritis decidualis chronica as a cause of abortion*», «*Edinb. Med. Journ.*», 1873.)

Женщины, страдающія хроническимъ эндометритомъ, черезъ извѣстное количество времени подъ влияніемъ этого заболѣванія начинаютъ жаловаться на различныя отраженныя нервныя явленія и послѣдствія значительныхъ потерь крови. Развивается общая слабость, одышка при малѣйшемъ болѣе усиленномъ движеніи, появляются сердцебіенія. Лицо — блѣдно, землистаго цвѣта, съ темными кругами около глазъ, представляетъ въ общемъ особое выраженіе, описываемое авторами подъ именемъ *facies uterina*. Душевное настроеніе измѣнено: являются различныя мрачныя мысли, больныя много плачутъ; развиваются характерныя формы гистеріи, а иногда страданіе матки можетъ быть даже однимъ изъ этиологическихъ моментовъ для развитія той или иной формы душевной болѣзни. Упорныя диспепсіи перваго происхожденія, рвоты, ничему не уступающіе запоры и мигрени суть также не рѣдкіе спутники долго тянущихся хроническихъ эндометритовъ.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** При внутреннемъ и наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи мы находимъ, что влагалищная часть матки или не измѣнена, или же представляетъ измѣненія, соответствующія степени одновременнаго участія шейки въ воспалительномъ процессѣ. Своды вла-

галища пусты, если вѣтъ осложненій. Матка большею частью нѣсколько увеличена, но объемъ ея, какъ, напр., иногда у женщинъ не рожавшихъ, можетъ быть и нормальнымъ. При сдавливаніи между обѣими руками тѣла матки, оно весьма часто болѣзненно, такъ какъ осложненіе хроническимъ метритомъ составляетъ одно изъ весьма частыхъ явленій: извѣстны случаи, когда ни клиническое изслѣдованіе, ни даже макроскопическое на трупѣ не представляли данныхъ для діагноза *metritidis chronicae*, а микроскопъ, все таки, открывалъ измѣненія, свойственныя фазамъ хроническаго метрита (*de Sinéty, «Traité pratique de Gynécologie», 1884, стр. 390*). Изслѣдованіе зеркаломъ, кромѣ случайныхъ осложненій со стороны шейки матки, указываетъ обыкновенно на выдѣленія изъ наружнаго отверстія: уже простымъ глазомъ въ подходящихъ случаяхъ можно видѣть рядомъ съ густою слизистою пробкою цервикальныхъ выдѣленій еще жидкое, гнойоподобное истеченіе, нерѣдко окрашенное болѣе или менѣе интенсивно кровью.

Примѣненіе изслѣдованія маточнымъ зондомъ, требующее, — упомянемъ еще разъ, — строгаго соблюденія правилъ антисептики, даетъ намъ возможность уже весьма удовлетворительно судить о состояніи слизистой оболочки полости тѣла матки. Мы употребляемъ обыкновенно зонды различной толщины, приготовленные изъ мѣди, позволяющей легко придавать инструменту желаемую кривизну. Введеніе зонда удобнѣе и лучше всего производится при примѣненіи ложкаобразныхъ зеркалъ въ ягодично-спинномъ или боковомъ положеніи больной. Введя зондъ въ матку и пройдя внутреннее отверстие, мы можемъ судить о большей или меньшей величинѣ и вмѣстимости ея полости, смотря по размаху тѣхъ движеній конца зонда, которыя оказываются возможными. Каждое прикосновеніе пуговки зонда къ слизистой оболочкѣ въ цѣломъ рядѣ случаевъ вызываетъ ощущеніе боли, напоминающей больнымъ въ усиленной степени ту боль, которую онѣ чувствуютъ обыкновенно. Слизистая оболочка можетъ представляться при этомъ болѣзненною на всемъ своемъ протяженіи, или только на извѣстныхъ участкахъ. Встрѣчаются случаи рѣзко выраженныхъ эндометритовъ, особенно *endometritidis hyperplasticae fungosae*, не представляющихъ совершенно этой характерной болѣзненности при дотрогиваніи зондомъ. При извѣстномъ навыкѣ, надавливая слегка пуговкою зонда на слизистую оболочку, мы получаемъ извѣстнаго рода ощущеніе, позволяющее намъ заключить о степени утолщенія и рыхлости ея; проводя пуговкою по поверхности, мы опредѣляемъ также, существуютъ ли какія либо разращенія, шереховатости, доступныя нашему осязанію; особенно легко это удается при *endometritis fungosa* и задержкахъ *deciduae* послѣ выкидышей. Иногда, при повторномъ изслѣдованіи этимъ путемъ, мы можемъ также до-

вольно точно опредѣлить болѣе кровотокація мѣста слизистой оболочки.

Вышеприведеннаго изслѣдованія въ обыкновенныхъ случаяхъ бываетъ уже достаточно для распознаванія хроническаго эндометрита. Въ случаѣ же еще остающагося сомнѣнія въ характерѣ измѣненій и особенно, если можетъ существовать подозрѣнне о злокачественности ихъ, мы имѣемъ весьма надежный методъ изслѣдованія въ удаленіи пробныхъ частицъ слизистой оболочки для послѣдовательнаго микроскопическаго изслѣдованія, дающаго обыкновенно уже совершенно точныя данныя для опредѣленія анатомическаго характера заболѣванія.

Производство удаленія пробныхъ частицъ слизистой оболочки тѣла матки можетъ быть раздѣлено на три акта: дезинфекція, расширеніе шейки матки и соскабливаніе извѣстнаго участка слизистой оболочки. Передъ выскабливаніемъ необходимо обеззаразить надлежащимъ образомъ влагалище и полости шейки и тѣла матки. Больная, употреблявшая уже въ теченіи нѣсколькихъ дней до операціи влагалищныя инъекціи изъ растворовъ карболовой кислоты (2%—2,5%) или сулемы (1:2000), укладывается на край операціоннаго стола въ ягодично-спинномъ положеніи; ея наружные половые органы еще разъ подвергаются тщательной чисткѣ помощью обмыванія мыломъ и щеткою, влагалище проспрыцовывается дезинфицирующимъ растворомъ, и затѣмъ вводятся ложкообразныя зеркала. Влагалищная часть захватывается пулевыми щипцами, и матка низводится; ватными шариками, пропитанными тѣмъ-же обеззараживающимъ растворомъ, тщательно вытирается вся ея поверхность. Теперь помощью тщательно обеззараженнаго зонда мы опредѣляемъ степень проходимости цервикальнаго канала, и если онъ окажется достаточно проходимымъ, такъ что пропускаетъ свободно внутриматочный катетеръ, то приступаемъ къ промыванію полости его и тѣла матки тѣмъ же дезинфицирующимъ растворомъ. Если же онъ не достаточно проходимъ, то слѣдуетъ приступить къ искусственному, насильственному расширенію шейки.

Эта маленькая операція, при соблюденіи строгой антисептики совершенно безвредная, можетъ быть произведена или помощью разбухающихъ веществъ, или же особыми инструментами—расширителями. Изъ разбухающихъ средствъ мы употребляемъ прессованныя губки и палочки ламинаріи; остальные же изъ предложенныхъ средствъ (*tupelo*, *radix gentianaе*, *nyssa aquatica*) оказываются излишними, не представляя никакихъ преимуществъ передъ только что сказанными. Дезинфекція ихъ лучше всего производится помощью іодоформа, насыщенно раствореннаго въ эфирѣ. Прессованная губка или ламинарія помѣщается въ такой растворъ на полчаса, затѣмъ вынимается и просушивается, что происходитъ весьма быстро. При этой обработкѣ

мы видимъ, что порошокъ іодоформа оказывается проникнувшимъ въ самыя глубокія центральныя части губки или ламинарии, и что первоначальная форма ихъ почти не измѣнена, не считая нѣкоторой степени сморщиванія, вѣрнѣе уменьшенія въ объемѣ палочки ламинарии (*Dolèris. «Fragments de chirurgie et de gynéc. opératoire par. A. Brissay», 1887, Paris, сmp. X*).

Такой же, если не лучший результатъ даютъ обыкновенныя, продажныя карболизированныя прессованныя губки и ламинарии при употребленіи ихъ въ мягкихъ каучуковыхъ мѣшкахъ *Kocks'a* (*Centralblatt für Gynäk., 1881, № 10, сmp. 235*), применяющихся весьма часто у насъ въ клиникѣ (см. стр. 291), какъ это своевременно описано докторомъ *Шлезингеромъ* (*«Русская Медицина», 1885, № 10 и 11*). Дезинфицируя передъ употребленіемъ только наружную поверхность мѣшка растворомъ сулемы (1:1000), мы никогда не видѣли никакихъ неблагоприятныхъ явленій при расширеніи, могущихъ быть отнесенными къ инфекціи. Выгода этого метода заключается въ томъ, что разбухающее вещество не приходитъ въ тѣсное, непосредственное соприкосновеніе со слизистой оболочкою матки, не вѣдается во всѣ ея углубленія и не производитъ при извлеченіи никакихъ надрывовъ ея.

Введенныя въ полость матки разбухающія вещества оставляются смѣло на 24 часа, и обыкновенно расширеніе, достигнутое за это время, бываетъ вполне достаточно для проведенія внутриматочнаго катетера. Методъ этотъ имѣетъ за собою то преимущество, что онъ не причиняетъ особенно сильныхъ болевыхъ ощущеній и переносится больными субъективно хорошо; это достоинство его особенно важно при достиженіи расширенія шейки *ad maximum*, такъ чтобы въ полость матки могъ быть введенъ изслѣдующій палець.

Незначительное расширеніе шейки матки, достаточное для пѣвли, занимающей насъ въ данный моментъ, можетъ быть произведено весьма удобно, не причиняя особенной боли, также и инструментальнымъ путемъ. Для этого мы верѣдко прибѣгаемъ къ введенію оловянныхъ бужей, употребляемыхъ для расширенія мужской уретры. Проводя одинъ за другимъ все большіе и большіе номера ихъ, мы *ex tempore* достигаемъ достаточнаго для



Рис. 240.



нашей щѣли расширения. То же самое мы получаемъ при введеніи каучуковыхъ расширителей *Hegar*'а (см. рис. 146 на стр. 290) или металлическихъ *Fritsch*'а (рис. 240). Болѣе сложные инструменты, какъ напр. расширители съ расходящимися вѣтвями *Ellinger*'а, *B. Schultze* и др., нами не примѣняются для достиженія такого незначительнаго расширения полости матки.



Рис. 241.

Сдѣлавъ доступною полость тѣла матки, мы приступаемъ къ дезинфекціи ея путемъ промыванія растворомъ *acid. carbol.* (2,5—3%) или креолина (1%—2%) или сулемы (1:1000) помощью внутриматочнаго катетера съ двойнымъ токомъ. Лучшими изъ предложенныхъ для этой щѣли катетеровъ мы считаемъ катетеръ *Vozeman*'а, измененный нѣсколькими авторами, и катетеръ *Budin*'а. Усовершенствованный катетеръ *Vozeman*'а, употребляемый нами (рис. 241), состоитъ изъ трубки (*m*), значительно суженной въ своемъ верхнемъ отдѣлѣ на пространствѣ нѣсколько больше, чѣмъ длина всей полости матки; трубка эта на нижнемъ концѣ имѣетъ приспособленіе для надѣванія каучуковой кишки ирригатора, а на верхнемъ кончается открыто. На весь суженный ея конецъ навинчивается металлическая капсула (*k*) гораздо большей величины, объемъ которой и представляетъ номеръ величины всего катетера. Эта капсула имѣетъ нѣсколько отверстій на своемъ свободномъ концѣ (*a, a, a,*), по срединѣ своей длины—одно или два съ обѣихъ сторонъ большихъ продольныхъ отверстія (*b*) и, наконецъ, у самаго своего нижняго конца—еще одно отверстіе (*c*). Жидкость, идущая по трубкѣ *m*, выливается черезъ отверстія *a, a, a,* и при вполнѣ введенномъ въ матку катетерѣ попадаетъ въ верхній отдѣлъ полости ея; орошая полость и стекая къ низу, она попадаетъ въ большія боковыя отверстія (*b*) капсулы и, спускаясь

по просвѣту ея, выливается черезъ отверстіе *c*; отверстіе это остается всегда не введеннымъ въ матку, и жидкость такимъ образомъ, оросивъ полость тѣла ея, выливается обратно во влагалище. Инструментъ этотъ очень удобенъ, промываніе полости

матки достигается вполне удовлетворительно, но вследствие нѣсколько большей, чѣмъ желательно, сложности своей онъ представляетъ значительныя неудобства при его чисткѣ и дезинфекціи.

Вотъ почему время отъ времени появляются еще подобныя же инструменты различнаго рода, болѣе простыхъ конструкцій. Съ этой стороны шагъ впередъ представляетъ катетеръ *Budin'a*, представляющій только одну трубку, просвѣтъ и наружная форма которой въ разрѣзѣ имѣютъ видъ подковы; трубка имѣетъ одно входное отверстіе и другое на концѣ выходное, помѣщающееся, какъ во всѣхъ катетерахъ, съ боку. По введеніи этого катетера въ полость матки жидкость, вытекая изъ его конечнаго стверстія и орошая полость матки, вытекаетъ черезъ каналъ, образуемый вдавленной частью подковы, — стѣнки полости матки не обхватываютъ настолько плотно всю трубку катетера, чтобы воспрепятствовать доступу жидкости въ этотъ каналъ. — Достоинство этого катетера заключается еще въ томъ, что онъ можетъ быть приготовленъ изъ прозрачной массы целлулоида, быть вслѣдствіи этого эластичнымъ и давать возможность видѣть черезъ стѣнки чистоту просвѣта; при относительной дешевизнѣ его, кромѣ того замѣна одного экземпляра другимъ, новымъ, легко доступна (*Budin, «Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine», Paris, 1884. Publications du «Progrès médical»*). Предложенный за послѣднее время *Doleris'*омъ внутриматочный катетеръ (*A. Brissay, l. c., стр. 109*) представляется также весьма неудобнымъ со стороны обеззараживанія самого инструмента.

Проведя черезъ полость тѣла матки приблизительно бутылку дезинфицирующей жидкости помощью одного изъ описанныхъ катетеровъ, мы можемъ быть убѣждены, что она промыта и обеззаражена вполне достаточно; затѣмъ уже мы приступаемъ къ конечной цѣли нашей операціи — къ удаленію частицъ слизистой оболочки. Это удаленіе производится обыкновенно острою ложечкою, имѣющею только болѣе длинную рукоятку и меньшій диаметръ самой ложечки, не превышающій толщины внутриматочнаго катетера (рис. 242). Предварительное изслѣдованіе маточнымъ зондомъ показало уже намъ мѣсто (шероховатость, болѣзненность или кровоточивость), съ котораго намъ цѣлесообразнѣе всего удалить пробный кусокъ. Введя въ по-

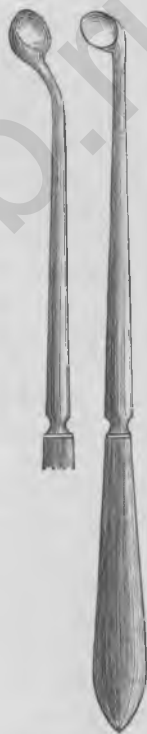


Рис. 242.

лость тѣла матки острую ложку и направивъ конецъ ея на избранное нами мѣсто, если возможно — нѣсколько выше его, мы легкимъ надавливаніемъ острымъ краемъ ложки на слизистую оболочку и вмѣстѣ съ тѣмъ движеніемъ ея внизъ отскабливаемъ, отдѣляемъ требующійся кусокъ этой оболочки; это отдѣленіе при извѣстной рыхлости ткани происходитъ легко, и если мы провели острымъ краемъ ложки по всей длинѣ стѣнки полости тѣла, то, по выведеніи ея обратно изъ полости матки, получается обыкновенно лентообразный кусокъ слизистой оболочки, вислнѣ достаточный по своей величинѣ для приготовленія нѣсколькихъ препаратовъ для микроскопическаго изслѣдованія.

Окончивъ такимъ образомъ предпринятое нами удаленіе частицы слизистой оболочки, мы промываемъ еще разъ полость матки, вкладываемъ во влагалище іодоформированный тампонъ и переносимъ больную въ постель. — Въ весьма многихъ случаяхъ эта маленькая операція ночи совершенно безболѣзненна, такъ что можетъ быть произведена безъ примѣненія наркоза. Въ случаяхъ же рѣзко выраженной болѣзненности слизистой оболочки матки и недостаточнаго спокойствія со стороны больной, хлороформированіе можетъ считаться вполне показаннымъ.

Изслѣдованіе выдѣленій полости тѣла матки представляется весьма важнымъ при діагнозѣ заболѣванія слизистой оболочки ея. Обособить выдѣленія полости матки, вообще, отъ выдѣленій влагалища удается весьма легко помощью такъ называемаго пробнаго тампона, предложеннаго *B. Schultze* («*Ctbl. f. Gynäk.*», 1880, № 17, стр. 393). Тампонъ изъ дезинфицированной ваты, пропитанный глицериномъ, по всей своей поверхности покрывается еще слоемъ 25% раствора таннина въ глицеринѣ и при примѣненіи ложкообразныхъ зеркалъ плотно прикладывается къ влагалищной части матки. Благодаря крѣпкому раствору таннина, тампонъ плотно пристаетъ къ стѣнкамъ влагалища, прекращая вполне путь стоку выдѣленій матки. Удаляя его черезъ сутки, мы находимъ на немъ въ формѣ комка слизи все, что выдѣлилось за этотъ промежутокъ времени изъ наружнаго отверстія матки. Этимъ способомъ, какъ мы уже сказали, дана полная возможность получать отдѣльно выдѣленія матки отъ таковыхъ же влагалища; но получить отдѣльно выдѣленія полости тѣла ея, не смѣшанныя съ таковыми же цервикальнаго канала, совершенно невозможно, и намъ приходится судить только по большей или меньшей разницѣ въ консистенціи о томъ, что принадлежитъ одному, и что принадлежитъ другому.

Чтобы добыть ни съ чѣмъ не смѣшанное выдѣленіе полости тѣла матки, поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Обнаживъ влагалищную часть ложкообразными зеркалами и низведя матку, мы производимъ тщательное удаленіе слизи изъ цервикальнаго канала помощью кусковъ ваты, накрученныхъ на конецъ маточ-

наго зонда, при чемъ, зная уже изъ предварительнаго изслѣдованія длину канала шейки, стараемся не заходить за внутреннее отверстіе. Очистивъ такимъ образомъ полость шейки и обсушивъ ея стѣнки, насколько возможно, ватую, мы вводимъ въ полость тѣла тупую ложку; повернувъ ее нѣсколько разъ вокругъ продольной оси и выведя обратно, мы получаемъ въ углубленіи ея въ некоторое количество выдѣленій, находившихся въ полости тѣла. Добытое этимъ путемъ выдѣленіе подвергается изслѣдованію подъ микроскопомъ, помощью котораго и опредѣляется примѣсъ клѣточныхъ элементовъ, ихъ характеръ и присутствіе микроорганизмовъ (гонококки).

Извергаемая изъ матки и отходящая съ кровью части слизистой оболочки при *endometritis dysmenorrhoeica exfoliativa* требуютъ весьма тщательнаго микроскопическаго изслѣдованія, при чемъ никакъ нельзя довольствоваться изслѣдованіемъ препаратовъ, полученныхъ путемъ расщепленія, а необходимо приготовленіе срѣзовъ помощью микротомъ. Благодаря такому изслѣдованію, легко получаютъ данныя, говоряція въ пользу имѣвшаго мѣста ранняго выкидыша, — присутствіе ворсинокъ chorion'a въ препаратахъ не оставляетъ въ этомъ ни малѣйшаго сомнѣнія; присутствіе же увеличенныхъ, такъ называемыхъ децидуальныхъ клѣтокъ не даетъ намъ еще права заключать объ имѣвшейся беременности, такъ какъ, какъ мы уже видѣли (см. стр. 504), и при хроническихъ эндометритахъ такое увеличеніе фиксированныхъ клѣтокъ слизистой оболочки встрѣчается не особенно рѣдко.

Итакъ, мы видимъ, что на основаніи анамнеза, жалобъ больныхъ, объективнаго изслѣдованія и, особенно, изслѣдованія пробныхъ частицъ слизистой оболочки діагнозъ воспаленія слизистой оболочки полости тѣла матки, вообще, можетъ быть поставленъ весьма точно; а смотря по преобладанію симптомовъ и характеру измѣненій слизистой оболочки, могутъ быть болѣе или менѣе рѣзко отдѣлены три формы его: *endometritis haemorrhagica*, *menorrhoeica* и *dysmenorrhoeica*.

**Теченіе и предсказаніе.** Теченіе хроническихъ эндометритовъ весьма длительное, и прогнозъ *quo ad valetudinem completam* долженъ быть весьма сдержаннымъ. Развивающаяся иногда высокая степень анеміи, вслѣдствіе сильныхъ и продолжительныхъ потерь крови, и возможность развитія подъ вліяніемъ ея весьма серьезныхъ, иногда угрожающихъ жизни заболѣваній еще болѣе ухудшаетъ предсказаніе. Надежда, возлагаемая на наступленіе климактерическихъ годовъ и остановку кровотеченій, обыкновенно остается тщетною: кровотечения не только продолжаются, но могутъ даже усиливаться. Переходъ воспалительныхъ измѣненій на подлежація ткани, что особенно часто наблюдается при *endometritis dysmenorrhoeica*, обуславливаетъ раз-

вигіе хроническаго метрита и периметрита, и предсказаніе въ этихъ случаяхъ находится уже въ зависимости и отъ этихъ страданій. Кромѣ всего этого никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду возможности болѣе легкаго развитія злокачественныхъ новообразований на почвѣ измѣненій слизистой оболочки, свойственныхъ хроническому эндометриту, особенно при *endometritis glandularis, fungosa et polyposa*. Такой переходъ доброкачественныхъ воспалительныхъ разращеній железъ и соединительной ткани въ злокачественныя новообразования (ракъ, саркома) наблюдается, судя по тѣмъ случаяевъ, которые намъ приходилось видѣть, особенно не рѣдко во время климактерическихъ годовъ женщины.

Своевременно поданная помощь значительно улучшаетъ предсказаніе; случаи полнаго выздоровленія послѣ долго тянувшихся эндометритовъ, при раціональномъ лѣченіи, представляютъ въ настоящее время заурадное явленіе.

**Лѣченіе.** При *endometritis corporis chronica*, какъ мы уже видѣли, развиваются расстройства въ общемъ состояніи здоровья большихъ, на столько серьезныя, что терапия наша, кромѣ мѣстнаго лѣченія воспаленной слизистой оболочки матки, должна быть направлена между прочимъ и на нихъ. Особеннаго вниманія съ этой стороны заслуживаетъ развивающаяся анемія. Желѣзо и хининъ давно уже пользуются вполне заслуженною репутациею въ этомъ отношеніи. Развивающіеся привычные запоры, столь вредно въ свою очередь отражающіеся на теченіи заболѣваній матки, заслуживаютъ нашего полнаго вниманія; легкія слабительныя (ревень, среднія соли), лѣченіе массажемъ и методически примѣняемые клистиры изъ комнатной воды приносятъ несомнѣнную пользу. Удовлетвореніе причиннаго показанія, устраненіе этиологическихъ моментовъ при хроническомъ эндометритѣ, къ сожалѣнію, возможно только рѣдко, въ исключительныхъ случаяхъ. Кромѣ того, больнымъ во время лѣченія предписывается относительный покой, чистое содержаніе половыхъ органовъ (подмыванія, влагалищныя инъекціи), общія ванны, или только полуванны и, смотря по состоянію матки, различные препараты спорыньи и *hydrastis canadensis*.

Мѣстное гинекологическое лѣченіе имѣетъ свою задачу или устранять возможность задержки въ полости тѣла матки ея выдѣленій, или вліять лѣкарственными веществами непосредственно на заболѣвшую слизистую оболочку, или же, наконецъ, удалять послѣднюю оперативнымъ путемъ.

Первое показаніе удовлетворяется расширеніемъ шейки матки и главнымъ образомъ внутренняго маточнаго отверстія и прополаскиваніями полости тѣла помощью внутриматочнаго катетера. Дѣйствительно, въ болѣе легкихъ случаяхъ хроническаго эндометрита бываетъ иногда достаточно расширенія матки помощью прессованной губки или палочки ламинариі, чтобы получить

исцѣленіе, вѣрнѣе — прекращеніе припадковъ хроническаго эндометрита, какъ тѣла, такъ и шейки. Большинство случаевъ, дававшихъ поводъ наблюдать такое благотворное дѣйствіе расширенія матки, не представляли никакого рѣзко выраженаго суженія orificii interni или externi, такъ что едва ли расширение, какъ таковое, было тому причиною. *Dolérís (de Brissay, l. c., стр. VIII)* совершенно справедливо объясняетъ дѣйствіе разбухающихъ веществъ тѣмъ, что они, будучи обеззаражены и пропитаны дезинфицирующимъ веществомъ (особенно іодоформомъ), приходя въ весьма тѣсное и повсемѣстное соприкосновеніе съ большою слизистой оболочкою, переносятъ дѣйствіе обеззараживающаго вещества непосредственно на нее и такимъ образомъ, слегка прижигая ее, обусловливаютъ наблюдаемый эффектъ выздоровленія. Совершенно то же приходится видѣть при расширеніяхъ полости матки по методу *Vulliet'a* («*Nouvelles Archives d'obst. et de gyn.*», 1886, стр. 33), при которомъ постепеннымъ введеніемъ все большаго и большаго числа, въ теченіе многихъ дней до двухъ недѣль и болѣе, небольшой величины (съ горошину) сухихъ тампоновъ изъ ваты, пропитанныхъ въ эвирномъ растворѣ іодоформа, получается рядомъ съ достигаемой цѣлью иногда также и излѣченіе эндометрита.

Дренажъ полости тѣла матки, помощью введенія полыхъ, стеклянныхъ или каучуковыхъ трубокъ, не имѣлъ успѣха, благодаря раздраженію слизистой оболочки, производимому лежащими въ полости тѣла твердыми трубками; единственнымъ исключеніемъ являются нѣкоторые случаи *endometritidis blenorrhoeicae (atrophicantis)*, въ которыхъ у старухъ, при существованіи значительнаго количества выдѣленій съ сильнымъ запахомъ, введеніе полыхъ трубочекъ въ полость матки съ цѣлью дренажа увѣнчивалось полнымъ успѣхомъ. (*Löhlein, «Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Berlin», 1886, стр. 427.*)

Прополаскиваніе матки помощью внутриматочнаго катетера, съ цѣлью удаленія накопившагося въ ней выдѣленія, производится такъ-же, какъ уже нами было описано (см. стр. 516), помощью растворовъ ас. carbol. (2—3°), или креолина (1%—2%), или суммы (1:1000); при примѣненіи этой послѣдней, во избѣжаніе порчи инструмента, необходимо употреблять простой, болѣе длинный стеклянный катетеръ, причемъ, конечно, слѣдуетъ обращать достоянное вниманіе на то, чтобы шейка матки была достаточно расширена и не препятствовала оттоку жидкости изъ матки. Не сомнѣнно, что нерѣдко встрѣчаются случаи болѣе легкихъ хроническихъ эндометритовъ, въ которыхъ подобное прополаскиваніе устраняетъ всѣ симптомы; но и здѣсь, какъ и при простомъ расширеніи матки, дѣйствуетъ не одно только удаленіе выдѣленія, но и составъ жидкости, которымъ производится про-

поласкиваніе, не говоря уже о томъ благодѣтельномъ дѣйствіи на теченіе эндометрита, которое оказываютъ сокращенія матки, обыкновенные спутники раздраженій нашими манипуляціями ея внутренней поверхности

Съ цѣлью воздѣйствія на слизистую оболочку тѣла матки при ея хроническомъ воспаленіи уже издавна примѣнялись разнообразнѣйшія прижигающія вещества. Изъ веществъ въ твердомъ видѣ особенною любовью въ свое время пользовалось азотнокислсе серебро, кусокъ палочки котораго вводили въ полость матки и, переламывая его какъ разъ у *orificium externum*, оставляли *in situ* до полного его растворенія. Такъ же точно примѣнялись и другія вещества, изъ порошка которыхъ съ прибавленіемъ *Gummi tragacanthae* или другихъ тому подобныхъ средствъ приготавливались палочки, вводимыя въ матку помощью особыхъ инструментовъ, состоявшихъ изъ полой трубки и свободно двигающагося въ ней поршня; лекарственная палочка вкладывается въ трубку, открытую съ двухъ концовъ; эта послѣдняя вводится въ матку, и лѣкарственное вещество поршнемъ проталкивается въ ея полость. Съ этою цѣлью употреблялись *tanninum*, *ferrum sesquichloratum*, *zincum oxyd. album* и др., *Schroeder (Lehrbuch, 1886, стр. 127)* даетъ слѣдующій рецептъ для прописыванія такихъ лѣкарственныхъ палочекъ: *Rp: Zinci oxydati albi (или Ferri sesquichlorati), Pulv. radiceis althaeae ãã 0,1, Glycerini q. s. ut f. bacillus.* Всѣ вещества, вводимыя въ твердомъ видѣ въ полость матки, не прижигаютъ равномерно слизистой оболочки; приходя въ соприкосновеніе съ выдѣленіями, они даютъ альбуминаты, обволакивающіе ихъ совершенно или только известную часть ихъ поверхности; кромѣ того весьма часто замѣчается, какъ подъ вліяніемъ сокращенія матки они выталкиваются изъ ея полости и растворяются уже во влагалищѣ.

Въ настоящее время этотъ способъ прижиганій почти всѣми уже совершенно оставленъ, и мы примѣняемъ для этой цѣли лекарственныя вещества въ растворенномъ, жидкомъ видѣ;—къ самымъ распространеннымъ относятся *liquor ferri sesquichlorati*, *tinct. jodi* и *solutio cupri sulfurici 10%*. Введеніе жидкихъ веществъ въ полость тѣла — внутриматочныя инъекціи производятся преимущественно маточнымъ шприцомъ *Braun'a* (рис. 243). Инструментъ этотъ, приготавлиющійся теперь такъ, что вмѣстимость его различна, позволяетъ весьма удобно и легко ввести въ полость тѣла матки желаемыя количества жидкости. При производствѣ впрыскиванія всегда желательно, чтобы шейка матки была на столько расширена, чтобы стокъ жидкости изъ полости былъ совершенно свободенъ. Въ противномъ случаѣ весьма легко развиваются коликообразныя боли, достигающія весьма высокой степени.

Опасность со стороны проникновенія прижигающей жидкости

въ Фаллопиеву трубу и далѣе въ брюшину существуетъ только въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ ненормально широкихъ маточныхъ отверстій трубъ. Если бы эта анамалія подозрѣвалась нами на основаніи предъидущихъ изслѣдованій, то количество вводимой въ полость тѣла матки жидкости должно быть минимально, а еще лучше вводить ее посредствомъ напѣтанной ею ваты. Для этой цѣли, смотря по составу жидкости, мы употребляемъ или простой металлической маточный зондъ или специально имѣющуюся для этой цѣли стеклянную маточную палочку (рис. 244). Тотъ или другой инструментъ обертывается на своемъ концѣ тонкимъ слоемъ ваты такъ плотно, чтобы послѣдняя при извлеченіи инструмента изъ матки слѣдовала вмѣстѣ съ нимъ; вата напитывается требующеюся жидкостью, и инструментъ вводится. Не смотря на быстроту проведенія инструмента черезъ каналъ шейки и ловкость, съ которой эта маленькая манипуляція производится при примѣненіи ложкообразныхъ зеркалъ и низведенной маткѣ, мы все таки никогда не можемъ съ точностью знать, сколько жидкости осталось на ватѣ, и сколько ея было выжато при прохожденіи цервикальнаго канала, а иногда даже является вопросъ, понала-ли, вообще, жидкость въ полость тѣла матки.

Это неудобство совершенно устраняется, если вмѣсто зонда или маточной палочки употребить спринцовку *Braun's*. Конецъ ея, снабженный выходными отверстиями, обертывается слоемъ ваты, совершенно также, какъ и конецъ маточной палочки. Въ такомъ видѣ, съ сухою ватою, конецъ трубки вводится въ полость тѣла матки, и затѣмъ уже, нажимая поршень спринцовки, мы выдавливаемъ нѣсколько капель жидкости, сначала смачивающей наверхнутую вату и затѣмъ только при посредствѣ ея приходящей въ соприкосновеніе со слизистой оболочкою. Возможность жидкости свободно разливаться и наполнять полость тѣла матки такимъ образомъ устраняется.

Вообще, производить внутриматочныя спринцованія изъ прижигающихъ жидкостей при недостаточно расширенной шейкѣ представляетъ манипуляцію, нерѣдко сопряженную съ невріят-

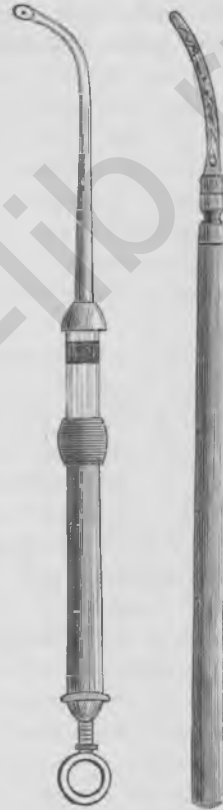


Рис. 243.

Рис. 244.



ными и даже опасными явлениями, такъ что начинающій лучше сдѣлаетъ, если лишній разъ произведетъ болѣе значительное предварительное расширеніе шейки, чѣмъ на первыхъ же порахъ будетъ неприятно пораженъ развивающимися болями и иногда обмороками послѣ этого простого, маленькаго рукодѣйствія.

Привести больную слизистую оболочку тѣла матки, а особенно полости шейки, въ соприкосновеніе съ извѣстною жидкостью представляется также весьма удобно выполнимымъ при способѣ, предложенномъ *Bandl*'емъ («*Arch. f. Gyn.*, *Vd. XXII*», 1884, *стр. 148*). При введенномъ обыкновенномъ зеркалѣ Фергюссона, только вдвое меньшемъ по длинѣ, пулевыми щипцами низводится

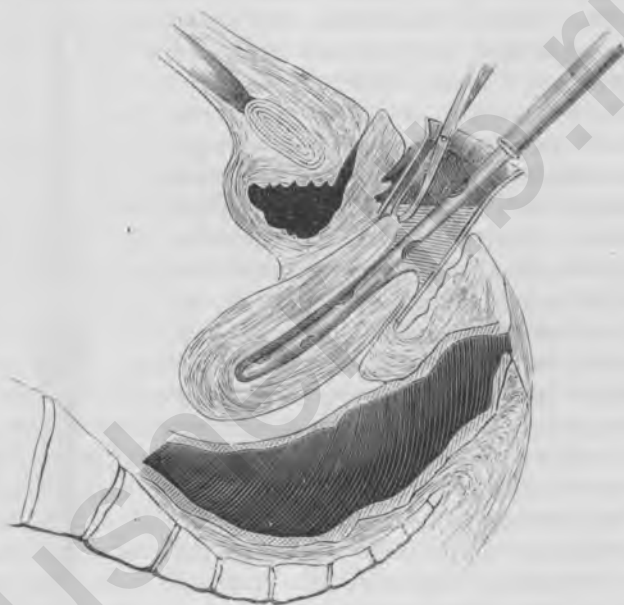


Рис. 245.

матка и фиксируется въ этомъ положеніи. Въ зеркало вливается требующаяся жидкость (*solutio cupri sulfurici 10<sup>0</sup>/o*), такъ чтобы вся влагалищная часть была ею покрыта, и *orificium externum* было бы достаточно глубоко подъ нею. Затѣмъ вводится въ матку металлическая трубка, открытая на своемъ концѣ и имѣющая кромѣ того много отверстій по бокамъ, на подобіе дренажныхъ трубокъ. Такъ какъ трубка вводится въ матку подъ слоемъ жидкости, то эта послѣдняя проникаетъ вмѣстѣ съ нею въ полость ея; производя движенія трубкой впередъ и назадъ, дается возможность къ передвиженію жидкости и болѣе полному соприкосновенію ея со слизистой оболочкой (рис. 245). Особенно

удовлетворительные результаты даетъ этотъ способъ при катар-рахъ цервикальной слизистой оболочки у больныхъ, лѣчащихся амбулаторно, когда примѣненіе ложкообразныхъ зеркалъ нѣсколько не удобно. —

Лѣченіе хроническихъ эндометритовъ полости тѣла прижиганіями слизистой оболочки даетъ достаточно удовлетворительные результаты въ извѣстномъ рядѣ случаевъ, но продолжительность излѣченія и стойкость его далеко не вполне достаточны; рецидивы наблюдаются весьма часто и притомъ наступаютъ довольно скоро.

Безспорно самымъ радикальнымъ методомъ лѣченія хроническаго воспаленія слизистой оболочки тѣла матки является удаленіе ея путемъ выскабливанія острою ложкою или «вычерпываніемъ» ея, какъ выражается проф. *Снегиревъ* («*Маточныя кровотеченія*», Москва, 1884, стр. 167.) Условія и техника операціи уже описана нами при удаленіи пробныхъ частицъ слизистой оболочки (см. стр. 517); теперь же мы укажемъ на то, что помощью острой ложки дѣйствительно возможно удаленіе всей слизистой оболочки на всемъ ея протяженіи, за исключеніемъ только въ глубину. Анатомія учитъ насъ, что слизистая оболочка тѣла матки не имѣетъ подслизистаго слоя, и что железы ея непосредственно переходятъ въ мышечныя стѣнки матки, располагаясь своими донышками между мышечными пучками весьма солидной толщины; это анатомическое распредѣленіе тканей позволяетъ намъ удалять выскабливаніемъ только большую часть толщи слизистой оболочки, меньшая же всегда остается *in situ* и служитъ впоследствии источникомъ для регенераціи новой слизистой оболочки, совершенно подобно тому, какъ это наблюдается послѣ отхожденія *deciduae verae* въ послѣродовомъ періодѣ. Возстановленіе слизистой оболочки послѣ операціи удаленія ея бываетъ на столько полно, и она представляетъ на столько нормальное строеніе, что забеременеваніе можетъ происходить весьма скоро послѣ операціи, беременность протекаетъ правильно, и роды наступаютъ въ срокъ (*Düvelius*, «*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*» Bd. X., 1884, стр. 175, и *Benicke*, *ibidem*, Bd. XI., 1885, стр. 411).

Для удаленія всей слизистой оболочки тѣла матки острою ложкою слѣдуетъ во время выскабливанія держаться извѣстнаго порядка; такъ мы начинаемъ обыкновенно при ягодично-спинномъ положеніи больной съ праваго угла матки и ведемъ ложку по передней поверхности до *orificium internum*, затѣмъ параллельно этой полосѣ отъ дна матки книзу удаляемъ слѣдующую полосу и такъ выскабливаемъ всю переднюю стѣнку; слизистую оболочку съ задней стѣнки начинаемъ соскабливать отъ лѣваго угла матки; пройдя въ этомъ порядкѣ, мы менѣе рискуемъ оставить несоскобленныя мѣста, чѣмъ если бы не было соблю-

даемо никакого порядка. Д-ръ *А. В. Мартыновъ* («*Врачъ*», 1886, № 10, стр. 191.), замѣтивъ, что массы, соскабливаемыя прежде всего, напр. съ передней стѣнки, ложились на заднюю и мѣшали очисткѣ ея, предлагаетъ начинать соскабливаніе съ задней стѣнки. Мы съ своей стороны до сихъ поръ не замѣчали неудобства и препятствія со стороны скопляющихся массъ, такъ какъ получающіеся при выскабливаніи лентообразные куски ткани выводятся тотчасъ же съ ложкою изъ полости тѣла матки.

Производя выскабливаніе слизистой оболочки полости матки и манипулируя въ этой полости острою ложкою, слѣдуетъ всегда имѣть въ виду возможность нарушить цѣлость стѣнки ея, а при особомъ насиліи даже войти въ полость брюшины; встрѣчаются на столько мягкія и легко рвущіяся стѣнки, что подобное поврежденіе происходитъ крайне легко. Производя выскабливаніе подъ хлороформомъ, при ослабленныхъ брюшныхъ стѣнкахъ, необходимо одною рукою снаружи контролировать движенія ложки въ полости матки. Когда наша ложка доходитъ до мышечнаго слоя, то при извѣстномъ навыкѣ мы ощущаемъ характерное сопротивленіе и какъ бы нѣкоторый трескъ—крепитацию, что и служитъ предостереженіемъ отъ болѣе глубокаго проникновенія ложкою.

Въ нѣкоторыхъ не особенно частыхъ случаяхъ, введя ложку въ полость матки, мы неожиданно убѣждаемся, что ложка свободно входитъ гораздо глубже (2,0—3,0 см.), чѣмъ это наблюдалось при предварительномъ введеніи зонда. Иногда это обстоятельство можетъ дать поводъ къ предположенію о состоявшемся прободеніи стѣнки матки. *Dolérís* («*Nouvelles archives d'obstétr. et de gynéc.*», 1887, стр. 132.) и *Geyl* («*Archiv f. Gynaekologie*», XXXI 1887, стр. 376) совершенно справедливо объясняютъ это явленіе развивающимся иногда параличемъ мускулатуры стѣнокъ матки, причемъ послѣднія дѣлаются настолько мягкими и дряблыми, что подъ вліяніемъ скопляющейся жидкости при одновременно существующемъ отрицательномъ внутрибрюшномъ давленіи (ягодично-спинное положеніе) полость матки представляется значительно растянутой, и движенія ложки въ ней крайне свободны.

Выскабливая слизистую оболочку въ порядкѣ, только что упомянутомъ, получаютъ обыкновенно лентообразные куски удаленной ткани, такъ что, принимая во вниманіе количество и размѣры ихъ, мы можемъ довольно точно судить о томъ, насколько полно удалена слизистая оболочка.—Въ большинствѣ случаевъ кровотеченія послѣ операци не наблюдается, и, промывъ полость матки черезъ маточный катетеръ, мы можемъ считать операцию законченной. При существованіи же болѣе значительнаго истеченія крови показуется внутриматочная инъекція

нѣсколькихъ капель чистаго или пополамъ съ водою liquoris ferri sesquichlorati; въ случаѣ противопоказанія къ инъекціи тоже можетъ быть достигнуто вытираніемъ полости матки ватою, навернутою на стеклянную палочку и пропитанною тѣмъ же oleum martis.

Предложенный *Dolériss'*омъ (*A. Brissay., l. c., стр. 108*) способъ нарушенія цѣлости слизистой оболочки матки (*écouvillonnage de l'uterus*) помощью инструмента, напоминающаго собою щетку для чистки внутренности бутылокъ (*écouvillon*) и состоящаго изъ металлическаго зонда, конецъ котораго на пространствѣ 8,0 — 12,0 см. снабженъ мелкими шинами, представляетъ нѣчто среднее между болѣе энергичными вытираніями полости матки ватою, навернутою на стеклянную палочку, и выскабливаніемъ слизистой оболочки острою ложкою.

Въ весьма многихъ случаяхъ однократнаго выскабливанія матки бываетъ вполнѣ достаточно, чтобы радикально излѣчить хроническій эндометритъ и зависѣвшія отъ него безплодіе и *abortus habitualis*; но все таки встрѣчаются случаи, въ которыхъ одной этой операціи не достаточно, и мы должны присоединять къ ней прижиганія въ послѣопераціонномъ періодѣ, въ теченіи того времени, пока происходитъ ростъ вновь образующейся слизистой оболочки. Весьма удовлетворительные результаты наблюдаются при инъекціяхъ въ полость матки *Tinct. jodi* черезъ каждые два-три дня въ теченіе нѣсколькихъ недѣль (6—12 впрыскиваній) (*J. Veit, «Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.»*, XIII, 1886, стр. 404).

Ясно выраженныя различныя клиническія формы хроническихъ эндометритовъ требуютъ также различныхъ видоизмѣненій методовъ мѣстнаго лѣченія. При *endometritis haemorrhagica* съ рѣзко выраженными разраженіями слизистой оболочки (*endometritis fungosa et polyposa*) показуется прямо приступить къ операціи удаленія всей слизистой оболочки. Мускулатура матки въ этихъ случаяхъ весьма мягка, расширеніе шейки производится бужеообразными расширителями относительно легко. Для выскабливанія лучше брать ложечку нѣсколько большей величины, такъ какъ инструментъ малаго размѣра можетъ иногда легко обходить разраженія, не удаляя ихъ. Случаи выздоровленія наблюдаются послѣ однократнаго удаленія слизистой оболочки безъ всякихъ послѣдовательныхъ прижигающихъ впрыскиваній въ полость матки, или же при инъекціи изъ *ol. martis*, непосредственно слѣдующей за операціей. Волѣ трудные случаи черезъ извѣстный промежутокъ времени все-таки могутъ давать рецидивъ. Удаляя слизистую оболочку при этомъ послѣднемъ, слѣдуетъ уже во всей точности примѣнять послѣдовательныя внутриматочныя инъекціи изъ *tinct. jodi* въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Повторяющіеся рецидивы и при этомъ лѣченіи должны обратить наше вниманіе

на болѣе тщательное повторное микроскопическое изслѣдованіе удаляемыхъ частицъ слизистой оболочки, такъ какъ эта упорность заболѣванія можетъ иногда дать намъ поводъ предположить злокачественный характеръ даже раньше, чѣмъ мы получимъ точныя гистологическія указанія на препаратахъ удаленныхъ частицъ.

При сильно выраженныхъ выдѣленіяхъ изъ полости матки (endometritis blenorragica), когда они являются послѣдствіемъ зараженія трипернымъ ядомъ и содержатъ гонококки, и когда уже острый періодъ гонорейнаго воспаленія прошелъ, показаны внутриматочныя прополаскиванія растворомъ *argenti nitrici* (1:20—1:200) или сулемы (1:1000), дѣлаемые помощью стекляннаго маточнаго катетера при достаточно расширенной шейкѣ матки. *Fritsch* предложилъ («*Frauenkrankheiten*», *red. Billroth u. Lücke, I, стр. 1044*) также весьма удовлетворительно дѣйствующее лѣченіе — тампонацію полости тѣла матки лентообразными кусками іодоформированной марли. Такой тампонъ остается въ маткѣ 24 часа и болѣе и примѣняется въ теченіе нѣсколькихъ дней. Тотъ же результатъ — соприкосновеніе поверхности слизистой оболочки съ іодоформомъ — достигается весьма хорошо при расширеніи полости матки ватными іодоформированными тампонами по методу *Vulliet* (см. стр. 521).

Endometritis blennorrhoeica не трипернаго происхожденія также не лѣчится выскабливаніемъ слизистой оболочки, такъ какъ при endometritis atrophicans острая ложка не соскабливаетъ почти ничего, особенно у старухъ. Прижиганія *acid. carbolicum* concentrato даютъ прекрасные результаты. Крѣпкая карболовая кислота вводится въ полость тѣла матки помощью стеклянной палочки, обмотанной ватой, послѣ предварительнаго расширенія шейки. — Въ случаяхъ задержки выдѣленийъ въ полости тѣла полное выздоровленіе наблюдалось послѣ введенія дренажныхъ, стеклянныхъ трубокъ въ матку (*Löhlein*) и систематически производимыхъ выполаскиваній ея.

Endometritis dysmenorrhoeica требуетъ удаленія слизистой оболочки съ послѣдовательными внутриматочными инъекціями *tinct. iodi*. Сильное раздраженіе внутренней поверхности матки при инъекціяхъ *tinct. iodi* вызываетъ сокращенія матки, которая при этой формѣ эндометрита въ большинствѣ случаевъ принимаетъ участіе въ процессѣ; сокращенія же, вызываемыя искусственно, благотворно дѣйствуютъ при метритахъ, такъ что, помимо дѣйствія *tinct. iodi*, какъ прижигающаго средства, мы имѣемъ въ немъ въ данномъ случаѣ средство, дающее также и болѣе здоровую почву, на которой происходитъ регенерація удаленной слизистой оболочки. Упорные случаи endometritidis dysmenorrhoeicae exfoliativae поддаются также иногда этому лѣченію; выздоровленіе стало наблюдаться чаще послѣ примѣненія

выскабливаній съ послѣдовательными внутриматочными инъекціями.

Но все-таки остаются еще случаи, не поддающіеся и этому лѣченію, такъ что при нихъ могутъ явиться показанія къ искусственному прекращенію менструаціи (кастрація), или даже и къ удаленію всей матки (*extirpatio uteri vaginalis*) (*A. Martin, «Path. u. Ther. der Frauenkr.»*, 1887, *стр.* 217).

**Endometritis tuberculosa.** Воспаленіе слизистой оболочки матки съ развитіемъ въ ней бугорчатыхъ образованій и свойственнымъ этимъ послѣднимъ творожистымъ перерожденіемъ встрѣчается относительно рѣдко. Въ громадномъ большинствѣ мы встрѣчаемъ это заболѣваніе, какъ явленіе вторичное, при общемъ туберкулозѣ, когда уже другіе органы представляются пораженными въ значительной степени. Обостреніе чахотки легкихъ, столь часто наблюдающееся въ послѣдородовомъ періодѣ, нерѣдко можетъ представляться осложненнымъ также развитіемъ *endometritidis tuberculosaе*, при чемъ развитіе бугорковъ преимущественно наблюдается начинающимся съ области мѣста прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. У женщинъ нерожавшихъ туберкулезный эндометритъ встрѣчается уже рѣже, и еще болѣе рѣдко приходится его наблюдать у молодыхъ дѣвушекъ вскорѣ послѣ наступленія половой зрѣлости, или въ еще болѣе ранніе годы жизни. Случаи первичнаго развитія бугорковъ на слизистой оболочкѣ матки до сихъ поръ еще достаточно не изучены и принадлежать къ относительно большимъ рѣдкостямъ. Возможность зараженія, вѣрнѣе, занесенія туберкулезныхъ бациллъ извнѣ черезъ влагалище можетъ быть допустимо для нѣкоторыхъ случаевъ. Такъ уже не разъ были находимы въ слизи, выдѣляющейся изъ полости матки, туберкулезныя бациллы у женщинъ, бывшихъ совершенно здоровыми и не представлявшихъ никакихъ наслѣдственныхъ предрасположеній, послѣ того какъ онѣ вступали въ половыя сношенія съ мужчинами, имѣвшими мѣстныя туберкулезныя пораженія моче-половыхъ органовъ (*epididymitis tuberculosa* и др.) (*Derville, «De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme»*, Paris, 1887).

На секціонномъ столѣ матка представляется нѣсколько увеличенной въ объемѣ, полость ея тѣла расширена и наполнена густою, клочковатою, творожистою массою, легко соскабливаемою ножомъ съ поверхности слизистой оболочки. Эта послѣдняя утолщена, въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ почти сплошь превращена въ желтоватую, безформенную массу, проникающую иногда до мышечнаго слоя и глубже въ существо стѣнокъ матки.

Превращеніе всей толщи ткани слизистой оболочки въ творожистую безформенную массу почти всегда ограничивается только полостью тѣла матки, представляя рѣзкую границу со здоровою слизистой оболочкою канала шейки въ области внутренняго маточнаго отверстія. Такое разлитое, повсемѣстное измѣненіе слизистой оболочки присуще, какъ уже сказано, случаямъ рѣзко выраженнымъ, представляющимъ аспе процесса; въ болѣе же свѣжихъ пораженіе ограничивается только отдѣльными участками, занимая по преимуществу заднюю стѣнку матки; въ уцѣлѣвшихъ мѣстахъ слизистой оболочки могутъ быть различны отдѣльныя просовидныя образованія еще свѣрыхъ бугорковъ. Распространеніе бугорковаго воспаленія слизистой оболочки наблюдается иногда идущимъ по лимфатическимъ сосудамъ стѣнокъ матки по направленію къ брюшинѣ и корню lig. latі; мѣстами на ихъ протяженіи встрѣчаются уже болѣе крупныя скопленія творожистой массы въ видѣ различной величины творожистыхъ абсцессовъ, заложенныхъ между мышечными пучками маточной стѣнки. Поверхность слизистой оболочки нерѣдко представляетъ различной величины, формы и глубины язвы, развивающіяся вслѣдствіе бугорковаго распада пораженныхъ тканей. Глубина подобныхъ язвъ уже наблюдалась на столько значительную, что болѣе часть толщи подлежащей стѣнки матки была разрушена. Полная перфорация стѣнки и излітіе творожистаго содержимаго въ полость брюшины была уже также описана въ литературѣ. Подобные случаи болѣе глубокихъ разрушеній, встрѣчаясь, правда, хотя и рѣдко, вполне оправдываютъ старый терминъ разбираемаго заболѣванія «*phtysis uteri*».

Микроскопическое изслѣдованіе слоевъ слизистой оболочки, превращенныхъ въ желтоватую творожистую массу, показываетъ полное уничтоженіе нормальнаго строенія ея: ни маточныя железы, ни кровеносные сосуды не различимы, вся масса, представляясь гомогенной, состоитъ изъ мортифицированныхъ небольшихъ клѣтокъ, не окрашивающихся болѣе реактивами и уже не имѣющихъ ядра, способнаго быть окрашеннымъ карминомъ; мѣжду этими клѣтками встрѣчаются тонкія волокна, располагающіяся во всѣхъ направленіяхъ. Подъ этимъ мортифицированнымъ слоемъ ткани, слизистая оболочка представляетъ рѣзко выраженную инфильтрацію живыми, индифферентными клѣтками съ разсѣянными между ними и отдѣленными другъ отъ друга извѣстнымъ пространствомъ, гигантскими клѣтками (*Cornil, «Tuberculose de la muqueuse du corps de l'uterus». Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1887, сmp. 70.*

Благодаря тому, что *endometritis tuberculosa* представляетъ обыкновенно заболѣваніе, только присоединяющееся къ общей бугорчаткѣ, припадки, ею вызываемые, отходятъ на столько на второй планъ, что не обращаютъ на себя достаточнаго вниманія.

~~Amenorrhoea~~, почти постоянный спутник чахотки легких, представляется одним из главных симптомов при бугорковом эндометритѣ. Въ весьма только рѣдкихъ случаяхъ болѣе значительныхъ разрушеній слизистой оболочки и стѣнки матки (phtysis uteri) могутъ быть наблюдаемы значительныя потери крови въ формѣ metrorrhag'ий, не представляющихъ никакой типичности во времени своего появления.

Истеченія изъ полости матки — маточныя бѣли — только рѣдко встрѣчаются въ чрезмѣрномъ количествѣ, обычно они незначительны, но весьма характерны: содержимое полости тѣла матки, смѣшиваясь со слизью цервикальнаго канала, обуславливаетъ при endometritis tuberculosa присутствіе въ бѣляхъ различной величины и формы обломковъ творожистой массы; изслѣдованіе такой слизи по методу *Erlich'a* показываетъ обыкновенно присутствіе бугорчатыхъ палочекъ *Koch'a*.

Распознаваніе бугорковаго эндометрита, если только на него обращено должное вниманіе, представляется не особенно труднымъ. Изслѣдованіе выдѣленій на бациллы тотчасъ же укажетъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Въ большинствѣ же случаевъ, благодаря рѣзко выраженной чахоткѣ легкихъ или бугорчаткѣ брюшины, со всѣми ихъ тяжелыми припадками, пораженія матки просматриваются, и мы встрѣчаемся съ ними только на секціонномъ столѣ.

Лѣченіе при endometritis tuberculosa можетъ быть только чисто припадочное; случаи свѣжихъ, первичныхъ пораженій слизистой оболочки на столько рѣдки и такъ еще мало изучены, что говорить о радикальномъ лѣченіи (удаленіе всей матки) по крайней мѣрѣ преждевременно. Появленіе кровотеченій изъ полости матки при phtysis uteri могутъ потребовать примѣненія методовъ внутриматочной терапіи (*Barnes*, «*Diseases of women*», 1873, стр. 810). Эродированныя мѣста на portio vaginalis, дающія выдѣленія съ относительно многочисленными бациллами, весьма скоро излѣчиваются послѣ повторныхъ прижиганій *tinct. iodi* (*Derville, l. c., стр. 60*).

## IV. Опухоли и новообразованія матки.

### 1) Железистыя опухоли матки. Adenoma uteri.

Железистыя опухоли матки извѣстны уже давно и описывались чаще всего подъ именемъ слизистыхъ полиповъ. Строеніе ихъ аналогично слизистой оболочкѣ матки, и присутствіе въ



нихъ железь было указано *H. Müller*’омъ въ 1854 году («*Verh. d. phys.-med. Gesellsch. in Würzburg*», IV, стр. 66). Онкологическая же классификація ихъ и отведеніе имъ мѣста среди аденомъ начинается лишь съ начала семидесятыхъ годовъ. Въ 1873 году въ бытность мою въ Эдинбургѣ, я изслѣдовалъ опухоль, удаленную *M. Duncan*’омъ изъ полости матки, и призналъ ее за adenoma polyposum haemorrhagicum («*Case of intrauterine polypus*», by *M. Duncan and K. Slawjansky*, «*Edinb. Med. Journ.*», August 1873, и «*Obst. Journ. of Gr. Brit. and Ireland.*», 1873, стр. 497). Съ этого времени мы находимъ уже въ литературѣ цѣлый рядъ изслѣдованій, установившихъ за аденомою матки полное право гражданства въ наукѣ (*Schröder*, «*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», 1877, I, стр. 191; *J. Veit*, *ibidem*, стр. 467; *Breisky*, «*Prag. med. Wochenschr.*», II. Jahrgang, 1877, стр. 78; *Winckel*, «*Die Pathologie d. weibl. Sexualorgane*», 1878, стр. 48; и новѣйшіе учебники по женскимъ болѣзнямъ *Schröder*’а, *Fritsch*’а и *Gusserow*’а въ *Billorth u. Lücke*’s «*Deutsche Chirurgie*»; въ нашей литературѣ: *Рейнг*, *Дусс*. 1876, стр. 39; *Ястребовъ*, «*Мед. Вѣстн.*», 1878, № 2; *В. Масловскій*, «*Врач. Вѣдомости*», 1881).

**Анатомія.** Новообразованіе железь встрѣчается въ слизистой оболочкѣ матки въ двухъ формахъ: или оно бываетъ разлитое (diffusum), распространяющееся на все протяженіе ея, или же только ограниченное, образующее мѣстную опухоль, обладающую болѣе или менѣе рѣзко выраженной ножкою (polyposum). — По мѣсту развитія железистыхъ опухолей въ маткѣ онѣ должны быть раздѣлены на аденомы шейки и аденомы тѣла матки.

Слизистая оболочка канала шейки матки, представляя разлитое новообразованіе железистыхъ полостей, приобретаетъ тотъ характерный видъ, который былъ уже описанъ нами подъ именемъ железистыхъ эрозій въ главѣ о воспаленіяхъ шейки (см. стр. 466), и поэтому мы перейдемъ непосредственно къ описанію ограниченныхъ, полиповыхъ формъ.

На всемъ протяженіи канала шейки и особенно около *osificium externum* нерѣдко приходится встрѣчаться съ мѣстными разраженіями слизистой оболочки, представляющимися въ видѣ маленькихъ полиповъ шарообразной или сплюсненной формы, рѣдко превышающихъ величину горошины; сидятъ они обыкновенно на относительно широкой ножкѣ и имѣютъ гладкую поверхность, окрашенную въ насыщенно-красный цвѣтъ. Микроскопическое изслѣдованіе ихъ предстаетъ рѣзко выраженную картину железистыхъ полостей въ видѣ трубокъ, составляющихъ главную основу всей опухоли; соединительная ткань между железами находится только въ незначительномъ количествѣ и представляется молодой, грануляціонною, содержащею много тонкостѣнныхъ сосудовъ. Поверхность полипа покрыта цилиндриче-

скимъ бокальчатымъ эпителиемъ, свойственнымъ слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала.

Иногда въ этихъ полипозныхъ аденомахъ наблюдаются мѣстныя расширения железъ и образованіе мелкихъ кистъ (*adenoma polyposum cysticum cervicis uteri*), величина которыхъ рѣзко отличается отъ величины кистовидныхъ полостей, происходящихъ изъ железъ не новообразованныхъ, а присущихъ слизистой оболочкѣ канала шейки, и извѣстныхъ подъ именемъ *ovula Nabothi*. Кистовидныя формы аденомъ, имѣющія источникомъ своего происхожденія уже существующій *ovulum Nabothi*, представляютъ полости кистъ гораздо большей величины. Полипозныя аденомы шейки содержатъ въ большинствѣ случаевъ только одну такую полость и развиваются вслѣдствіе того, что существующее кистовидное образованіе (*ovulum Nabothi*) мало-по-малу вытягиваетъ за собою подлежащую ткань слизистой оболочки въ формѣ ножки, которая въ свою очередь, постепенно истончаясь, достигаетъ весьма значительной длины, такъ что получаются полины, сидящія на чрезвычайно длинныхъ и тонкихъ ножкахъ. Проводя аналогію съ подобными же образованіями на кожѣ, мы имѣемъ передъ собою образованіе, издавна носящее названіе «*acrochordon*». Кистовидное образованіе, давшее поводъ къ развитію полипа и вытянувшее за собою длинную тонкую ножку, нерѣдко лопается, и тогда получается только одна длинная ножка, не имѣющая булавовиднаго расширенія на своемъ концѣ. Болѣе рѣдко встрѣчается, что вмѣсто одного *ovulum Nabothi* даютъ поводъ къ образованію *acrochordon'a* цѣлый конгломератъ ихъ; нѣкоторыя изъ числа кистъ, входящихъ въ этотъ конгломератъ, лопаются, и булавовидное расширеніе конца такого полипа можетъ представлять различную своеобразную форму. Подобной формы полипозныя кистовидныя аденомы въ шейкѣ матки могутъ встрѣчаться и во множественномъ числѣ (рис. 246). Микроскопическое строеніе такихъ *ovula Nabothi*, сидящихъ на длинныхъ ножкахъ, представляется совершенно аналогичнымъ уже описанному нами въ главѣ объ *endometritis cervicis* (см. стр. 468); содержимое ихъ можетъ претерпѣвать тѣ же, уже описанныя нами измѣненія; ножка ихъ состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, между волокнами которой изрѣдка встрѣчаются железистыя полости, иногда также кистовидно-расширенныя.



Рис. 246.

Развитіе кистъ изъ цервикальныхъ железъ можетъ, какъ извѣстно, происходить весьма глубоко въ ткани шейки, и онѣ

могутъ быть на столько многочисленны, что вся влагалищная часть представляется вслѣдствіе этого значительно увеличенною въ объемѣ. Развитие кистъ въ глубинѣ ткани одной изъ губъ *portionis vaginalis* и при томъ на довольно ограниченномъ мѣстѣ, въ формѣ конгломерата, даетъ поводъ къ мѣстному увеличенію ея объема; этотъ увеличенный участокъ, мало-по-малу растягивая подлежащую ткань, можетъ значительно удлиняться и принять форму полипа. Подобное полипозное удлиненіе одной изъ губъ влагалищной части наблюдается чаще всего происходящимъ на мѣстѣ перехода наружной ея поверхности во внутреннюю, вѣрнѣе — по краю ея, такъ что внутренняя поверхность такого полипа вполне аналогична поверхности цервикальнаго канала, а наружная имѣетъ всѣ особенности наружной поверхности влагалищной части. Въ составъ такого мѣстнаго полипознаго удлиненія одной изъ губъ *portionis vaginalis* входятъ всѣ ткани, присущія ей, такъ что, кромѣ кистовидно измѣненныхъ

железъ, мы находимъ еще много не измѣненныхъ железистыхъ полостей; промежуточная между ними ткань представляетъ строеніе старой волокнистой соединительной ткани; мѣстами, разсѣянными незначительными пучками, встрѣчаются гладкія мышечныя волокна, смѣщенные въ опухоль съ мѣста ея первоначальнаго развитія. Эта *fibro-adenoma polyposum cysticum labii portionis vaginalis* описывается обыкновенно подъ именемъ «фолликулярной гипертрофіи» одной изъ губъ влагалищной части. Величина



Рис. 247.

этой фибро-аденомы представляется весьма различною, и она можетъ достигать такихъ размѣровъ, что, выполняя все влагалище, выстоитъ изъ наружныхъ половыхъ органовъ. Поверхность ея, особенно обращенная къ просвѣту цервикальнаго канала, имѣетъ весьма характерный видъ: благодаря тому, что нѣкоторыя изъ кистовидныхъ образований лопаются, другія же сильно выстоятъ надъ поверхностью, получается изрытый видъ поверхности, пронизанный болѣе или менѣе значительными углубленіями и трещинами и давший поводъ *Oldham*'у описать эти полипы съ эпитетомъ канализированныхъ (*channelled polypus*) («*Guy's Hospital Report*», II), а *Virchow*'у («*Die krankh. Geschwülste*», Bd. III, стр. 143) весьма удачно сравнить ихъ съ гиперплазированной тонзиллою (*tonsillenförmiger Polyp*) (рис. 247). Вслѣдствіе неправильнаго роста увеличивающихся кистовидныхъ образований и постоянного прибавленія новыхъ кистъ форма этихъ полиповъ бываетъ весьма разнообразною; нерѣдко они представляются даже

вѣтвящимся, чему характерный примѣръ мы видимъ на рис. 248; мѣстами на поверхности этихъ полипозныхъ образований, особенно въ области лопнувшихъ кистъ, встрѣчаются разращенія соединительной ткани въ формѣ сосочковъ, придающихъ еще болѣе разнообразный видъ поверхности опухоли.

Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что поверхность полипа покрыта мѣстами различнаго рода эпителиемъ, или цилиндрическимъ, бокальчатымъ цервикальнаго канала, или многослойнымъ плоскимъ наружной поверхности влагалищной части, или же однослойнымъ плоскимъ, присутствующимъ внутренней поверхности нѣкоторыхъ лопнувшихъ кистовидныхъ образований. Кисты, входящія въ составъ полипа, какъ мы уже сказали, представляютъ все разнообразіе строенія отдѣльныхъ ovula Nabothi. Промежуточная ткань представляется соединительною тканью съ мѣстными инфильтраціями индифферентными клѣтками, и только изрѣдка встрѣчаются пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ.



Рис. 248. (Beigel.)

Мѣстные ограниченныя гиперплазіи железъ слизистой оболочки полости тѣла матки, дающія поводъ къ образованію незначительной величины опухолей, встрѣчаются относительно нерѣдко и находятся часто на вскрытіяхъ матокъ у старухъ. Больнею частью онѣ содержатъ въ себѣ также, какъ и въ шейкѣ, кистовидныя образования, происшедшія ретенціоннымъ путемъ изъ разросшихся маточныхъ железъ; но въ полости тѣла матки опухоли эти наблюдаются обыкновенно сидящими на широкихъ основаніяхъ, напоминающими собою образования, извѣстныя подъ именемъ моллюсковъ (molluscum) на кожѣ (рис. 249). Рядомъ съ этими моллюскообразными формами наблюдаются также и чисто полипозныя (adenoma polyposum corporis uteri, рис. 250),

сидяція на тонкихъ ножкахъ, обыкновенно не превышающія величины лѣсного орѣха и только рѣдко достигающія размѣ-

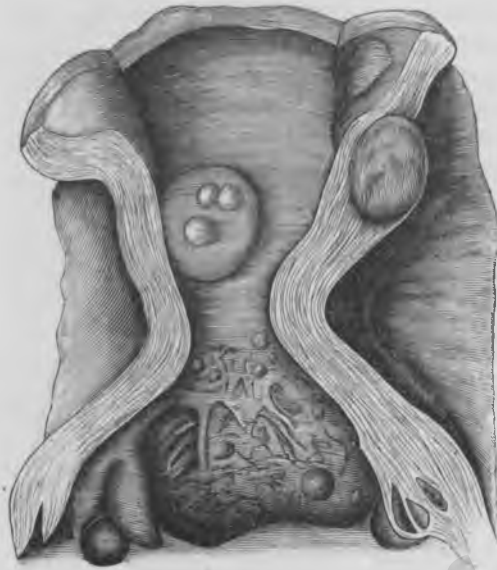


Рис. 249. (Virchow).

ровъ миндаля и болѣе. Эти маленькіе полипы иногда не содержатъ совершенно кисть и представляются насыщенно краснаго цвѣта, весьма легко кровоточащими при прикосновеніи; форма ихъ нерѣдко сплюснутая, и они какъ бы ущемлены въ полости тѣла матки. Присутствіе въ большемъ числѣ кистовидныхъ полостей въ ткани полипозныхъ аденомъ матки придаетъ имъ характеръ пузырчатыхъ образований, и они долго описывались подъ именемъ пузырчатыхъ полиповъ (Blasenpoly-

pen, polypi cystici, hydatidosi). Полипозныя аденомы въ полости тѣла могутъ встрѣчаться иногда во множественномъ числѣ и выполнять собою всю полость тѣла, при чемъ, благодаря происходящему иногда сращенію ихъ другъ съ другомъ, полость матки можетъ быть совершенно облитерирована, непроходима.



Рис. 250. (Шематическое изображение.) Adenoma polyposum cysticum corporis uteris.

Микроскопическое изслѣдованіе полипозныхъ аденомъ указываетъ на значительную гиперплазію маточныхъ железъ, сохранившихъ свое нормальное, типическое расположеніе; цилиндрической эпителий, ихъ выстилающій, ничѣмъ не отличается, какъ своею формою, такъ и расположеніемъ отъ эпителия нормальныхъ железъ слизистой оболочки тѣла. Межжелезистая ткань незначительно только уменьшена въ количествѣ; иногда же нормальна, или даже увеличена; характеръ ея тотъ же, что и въ слизистой оболочкѣ; въ смѣшанныхъ опухоляхъ она приобретаетъ иногда характеръ слизистой ткани (adenoma polyposum mucomatodes); кро-

веносные сосуды ея нерѣдко значительно увеличены въ числѣ и сильно растянуты (adenoma polyposum vasculosum); рѣже

встрѣчаются большей или меньшей величины экстрavasаты въ ткани (*adenoma purorosum haemorrhagicum*). —

Разлитая форма новообразованія железъ занимаетъ всю слизистую оболочку; послѣдняя утолщена, грубо складчата и выпоняетъ собою всю полость тѣла, иногда можетъ даже выпивчаться въ каналъ шейки, давая такимъ образомъ поводъ къ образованію полиповиднаго своего продолженія. Начальная степень развитія *adenomatis diffusi corporis uteri* была уже нами описана подъ именемъ *endometritis glandularis corporis* (см. стр. 501). При болѣе рѣзкомъ дифференцированіи новообразованія, железы все болѣе и болѣе начинаютъ играть главную роль, промежуточная соединительная ткань отходить далеко на задній планъ, и мѣстами остаются только слѣды ея въ видѣ весьма тонкихъ участковъ, помѣщающихся еще между железистыми трубками. Железы повсюду сохраняютъ свой нормальный типъ; эпителий, ихъ выстилающій, вездѣ однослойный цилиндрической, мѣстами снабженный рѣсничками (мерцательный); нигдѣ не встрѣчается атипическаго его расположенія: просвѣтъ железъ вездѣ рѣзко выраженъ, и нигдѣ онъ не выполненъ клѣтками разросшагося эпителия. — При такой гистологической картинѣ новообразованія мы имѣемъ передъ собою разлитую доброкачественную аденому; но, по видимому, иногда весьма скоро эта картина начинаетъ измѣняться: эпителий железистыхъ полостей начинаетъ пролиферировать, на свободной его поверхности, обращенной въ просвѣтъ железъ, наблюдается появленіе различной формы и величины возвышеній, состоящихъ изъ конгломератовъ полиморфныхъ клѣтокъ; или же просвѣтъ поперечно перерѣзанной железистой полости представляетъ только на извѣстномъ протяженіи однослойный цилиндрической эпителій, тогда какъ на другихъ мѣстахъ онъ уже многослойный, причемъ только самый глубокий его слой сохраняетъ еще характеръ цилиндрическихъ клѣтокъ, поверхностные же состоятъ изъ разнообразныхъ полиморфныхъ элементовъ. Мало-по-малу, вслѣдствіе этой пролиферациі эпителия, просвѣты железъ сужаются и наконецъ совершенно пропадаютъ: получаютъ солидныя эпителиальныя массы, скоро пролагающія себѣ путь черезъ мембрана propria бывшей железы въ подлежащую ткань и распространяющіяся дальше по лимфатическимъ сосудамъ (*В. Масловскій*, «*Edinburg medical Journ.*», *January, 1882*, и «*Еженед. клинич. газета*», 1881). Благодаря этимъ измѣненіямъ, мы видимъ, что типъ аденомы измѣняется, и передъ нами уже является картина раковаго новообразованія. Этотъ легкій и часто наблюдающійся переходъ аденомы въ злокачественное новообразование и обусловилъ особый видъ ея, описывавшійся подъ именемъ *adenoma destruens* или *adenoma malignum*, тогда какъ съ анатомической точки зрѣнія мы имѣемъ передъ собою *adeno-carcinom'u* (*Ziegler*, «*Pathol. Anatomie*»,

1884, стр. 1073), или еще вѣрнѣе — epithelioma cylindrocellulare carcinomatosum (*Klebs*).

На возможность перехода аденомы въ карциному мы въ настоящей главѣ можемъ только указать, какъ на одинъ изъ исходовъ разбираемаго нами новообразованія, такъ какъ сами по себѣ железистыя новообразованія по характеру своему представляются доброкачественными, что особенно рѣзко выражено для всѣхъ ограниченныхъ полипозныхъ формъ. — Къ исходамъ этихъ послѣднихъ мы можемъ отнести наблюдающееся иногда самопроизвольное ихъ отторженіе вслѣдствіе разрыва ихъ тонкой ножки; богатая кровеносными сосудами поверхность ихъ отличается особою кровоточивостью, количество теряемой крови при этомъ бываетъ различно и достигаетъ иногда весьма значительныхъ размѣровъ; литература представляетъ два наблюденія смертельныхъ кровотеченій (*Klob, R. Barnes*). Весьма рѣдко наблюдается омертвѣніе ихъ in toto или на извѣстныхъ участкахъ. Вліяніе общихъ инфекціонныхъ заболѣваній на существующія уже аденомы слизистой оболочки матки еще достаточно не изучено; существуетъ пока только одно весьма интересное наблюденіе (*Н. Ястребовъ, «Мед. Вѣстникъ», 1878, № 2*), указывающее на возможность регрессивныхъ измѣненій ихъ во время сыпного тифа, и именно ихъ эпителия, претерпѣвающаго измѣненія, свойственныя, вообще, эпителиямъ при различныхъ болѣзняхъ. Наблюденіе это произведено на трупѣ, такъ что конечный результатъ этихъ измѣненій и вліяніе ихъ на дальнѣйшую судьбу полипообразной опухоли остаются невыясненными.

**Этіологія.** Вседневныя клиническія наблюденія неоспоримо указываютъ намъ на тотъ фактъ, что развитіе аденомъ присоединяется къ долго и упорно существующимъ хроническимъ катаррамъ шейки и тѣла матки, такъ что этиологія этихъ послѣднихъ представляется весьма важною и для разбираемаго нами новообразованія. Зараженіе трипернымъ ядомъ, какъ исходная точка хроническихъ воспалительныхъ измѣненій слизистой оболочки матки, вмѣстѣ съ тѣмъ нерѣдко служитъ также однимъ изъ важныхъ этиологическихъ моментовъ въ развитіи полипозныхъ аденомъ. Измѣненія слизистой оболочки тѣла матки при ростѣ внутрислѣзочныхъ подслизистыхъ фиброміомъ служатъ весьма хорошей почвою для развитія adenomatis polyposi corporis uteri, и дѣйствительно, эти маленькіе полипы железистаго строенія только рѣдко отсутствуютъ у женщинъ, матка которыхъ служитъ мѣстомъ развитія тихо растущихъ мышечныхъ опухолей. Большое количество кистовидныхъ образований въ формѣ ovula Nabothi, встрѣчающихся почти какъ нормальное явленіе въ шейкѣ матки, обуславливаетъ ту частоту, съ которою полипозныя аденомы въ видѣ acrochordon'a встрѣчаются исходящими изъ перви-

кальнаго канала у женщинъ и дѣвушекъ въ различные періоды ихъ жизни. Аденомы полости тѣла матки встрѣчаются уже относительно гораздо рѣже, и то преимущественно болѣе въ пожиломъ возрастѣ и у старухъ, у которыхъ, какъ извѣстно, ретенціонныя кисты маточныхъ железъ представляютъ явленіе гораздо болѣе частое, чѣмъ въ болѣе раннемъ возрастѣ. *Adenoma diffusum corporis uteri* ведетъ свое начало также изъ существовавшихъ хроническихъ эндометритовъ и въ большей части случаевъ представляетъ переходъ въ злокачественное новообразование у женщинъ послѣ тридцатилѣтняго возраста, и особенно въ климактерическіе годы.

**Принадки.** Аденомы матки обуславливаютъ главнымъ образомъ кровотеченія, бѣли и боли. Кровотеченія, появляясь сначала въ формѣ усиленныхъ потерь крови во время менструаціи (*menorrhagia*), мало-по-малу появляются безъ всякаго порядка и нерѣдко, по видимому, безъ всякаго повода. Полипозныя аденомы, помѣщающіяся въ шейкѣ и болѣе или менѣе выстоящія изъ наружнаго отверстія, благодаря сильному развитію тонкостѣнныхъ сосудовъ на своей поверхности и вслѣдствіе этого крайне легкой ранимости, даютъ легко кровотеченія при всякой, даже весьма незначительной травмѣ: усиленное передвиженіе матки подъ вліяніемъ работы брюшнаго пресса или при прохожденіи твердыхъ фекальныхъ массъ черезъ полость малаго таза, *coitus* и т. п. легко вызываютъ потери крови. Кровотеченія эти впрочемъ обыкновенно бываютъ весьма незначительны и представляются въ видѣ кровяныхъ жилокъ, примѣшанныхъ къ выдѣляющейся слизи.

Бѣли при цервикальныхъ аденомахъ, благодаря присутствію въ то же время катарра слизистой оболочки, бываютъ весьма сильны, сохраняя свой густой, слизистый характеръ. При такъ называемой фолликулярной гипертрофіи одной изъ губъ влагалищной части иногда присоединяется воспаленіе слизистой оболочки влагалища, дающее или значительное количество слущивающагося эпителия, или же гнойное отдѣленіе. Язвенныя поверхности, образующіяся, какъ на стѣнкахъ влагалища, такъ и на поверхности опухолей, лежащихъ во влагалищѣ, даютъ поводъ къ сращеніямъ между опухолью и стѣнками ея, такъ что она съ теченіемъ времени можетъ представляться какъ бы исходящею не только съ *portio vaginalis*, но и изъ стѣнокъ влагалища. При аденомахъ слизистой оболочки тѣла матки потери большого количества выдѣленій не выступаютъ на первый планъ, и только съ переходомъ новообразованія въ адено-карциному появляется выдѣленіе громаднаго количества жидкости, окрашенной кровью и содержащей иногда примѣсъ гнойныхъ шариковъ.

Боли, кромѣ тупыхъ въ поясницѣ, свойственныхъ катаррамъ шейки съ многочисленнымъ развитіемъ *ovula Nabothi*, появляются



иногда только по временамъ въ формѣ такъ называемыхъ маточныхъ коликъ — спазмодическихъ болей, развивающихся при сокращеніяхъ матки. Подобныя болѣзненные сокращенія, наблюдаемыя при adenoma polyposum corporis изгоняютъ иногда опухоль въ полость цервикальнаго канала и даже въ полость влагалища; обыкновенно съ окончаніемъ родовъ такого полипа во влагалище боли прекращаются. Болѣзненные сокращенія бываютъ иногда на столько сильны, что вполнѣ напоминаютъ картину довольно трудныхъ случаевъ дисменореи и нерѣдко сопровождаются мучительною рвотою. Появляются они сначала довольно правильно черезъ извѣстные промежутки времени, продолжаются не долго, затѣмъ, учащаясь, достигаютъ своего аспе съ тѣмъ, чтобы потомъ совершенно исчезнуть. — Довольно характерныя тянущія боли и чувство напирания книзу наблюдаются въ случаяхъ болѣе значительной фолликулярной гипертрофіи одной изъ губъ влагалищной части; эти болевые ощущенія довольно хорошо могутъ быть сравнены съ таковыми же при опущеніяхъ матки и начальныхъ степеняхъ ея выпаденія.

Послѣдствіемъ присутствія полипозныхъ аденомъ въ маткѣ, а также и при разлитыхъ ея формахъ, наблюдается безплодіе. Причиною sterilitatis могутъ быть, конечно, сами полипозныя образованія, загораживающія въ томъ или другомъ направленіи дальнѣйшій путь къ проникновенію сперматозоидовъ; но едва ли еще не бѣльшую роль при этомъ играютъ существующіе хроническіе катарры, какъ шейки, такъ и тѣла матки. Извѣстенъ случай, когда присутствіе полипозной аденомы небольшихъ размѣровъ у orificium uterinum tubae задержало дальнѣйшее передвиженіе оплодотвореннаго яичка, и получилась graviditas extra-uterina tubaria. Происшедшая беременность въ маткѣ, на слизистой оболочкѣ которой находятся незначительной величины полипозныя аденомы, содержащія кисты, часто не доходитъ до конца, и преждевременное ея прерываніе наблюдается на второмъ и третьемъ мѣсяцѣ, при чемъ выкидышъ можетъ повторяться одинъ за другимъ нѣсколько разъ кряду, давая картину, извѣстную подъ именемъ abortus habitualis. Извергаемая decidua vera въ подобныхъ случаяхъ представляетъ на своей внутренней поверхности полипозныя разращенія (endometritis decidualis polyposa Virchow'a), иногда содержащія ретенціонныя кисты (В. Масловскій, «Centr. f. Gynäkol.», 1880, № 15, стр. 352).

Присутствіе небольшой величины аденомъ, какъ въ шейкѣ, такъ и въ полости далеко не всегда обуславливаетъ вышеприведенные припадки: не только интенсивность ихъ представляется индивидуально различною, но приходится наблюдать случаи, когда эти маленькія новообразованія распознаются случайно, или потому, что больная плохо слѣдила за своими кровотеченіями, или же потому, что встрѣчаются формы, особенно между кисто-

видными аденомами шейки, которыя не имѣютъ многочисленныхъ сосудовъ на своей поверхности и не причиняютъ большой большаго безпокойства, чѣмъ одиночныя ovula Nabothi.

Анемія, развивающаяся у больныхъ, теряющихъ большія количества крови при adenoma uteri, можетъ достигать высокой степени и, какъ уже было упомянуто выше, можетъ быть острой, дающей летальный исходъ. Общее состояніе здоровья больныхъ при полипозной аденомѣ сохраняется въ относительно удовлетворительномъ состояніи весьма долгое время, и только при разлитыхъ формахъ и переходѣ ихъ въ adeno-carcinom'у быстро начинается развиваться кахексія.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи стебельчатыя аденомы шейки, выходящія изъ orificium externum, большею частію ощущаются довольно легко, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ мягкость ихъ бываетъ на столько значительна, что одного осязанія бываетъ недостаточно для ихъ опредѣленія. При обнаженіи же влагалищной части зеркалами онѣ рѣзко бросаются въ глаза, благодаря своему насыщенному темно-красному цвѣту. Фолликулярная гипертрофія одной изъ губъ влагалищной части по своей относительной плотности прощупывается легко, при чемъ мѣсто ея отхожденія отъ матки и неровная тонзиллеподобная поверхность сразу указываютъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Гораздо труднѣе получить объективныя данныя при аденомахъ полости матки, недоступныхъ при обыкновенныхъ условіяхъ ни осязанію, ни зрѣнію. Сильныя кровотеченія, появляющіяся безъ всякаго порядка, отсутствіе болѣе значительнаго количества выдѣлений и болѣзненности слизистой оболочки тѣла матки при изслѣдованіи зондомъ, преимущественно у женщинъ пожилыхъ — должны уже навести на мысль о присутствіи аденомы.

При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи матка представляется только слегка увеличенною, мягкою и въ большинствѣ случаевъ не болѣзненною; сопутствующій хроническій метритъ съ своимъ увеличеннымъ объемомъ матки и болѣзненностью ея при давленіи еще болѣе затемняетъ результаты объективнаго изслѣдованія. Изслѣдованіе полости матки зондомъ весьма часто не даетъ никакихъ результатовъ, такъ какъ аденоматозныя образованія могутъ быть весьма мягки и не представлять почти никакого сопротивленія, могущаго быть опредѣлимымъ помощью зонда. Въ рѣдкихъ случаяхъ изслѣдованіе во время менструальнаго кровотеченія, особенно въ началѣ его, при нѣсколько болѣе величинѣ стебельчатыхъ аденомъ полости матки, начинающихъ уже рождаться въ нолость шейки, можетъ дать положительный результатъ, благодаря большому пріоткрытію наружнаго отверстія, большому опусканію полипознаго образованія и его большому объему: при подобныхъ условіяхъ верхушка нальца

может иногда осязать инородное мягкое тѣло въ каналѣ шейки.

Для постановки точнаго діагноза необходимо или изслѣдование полости матки пальцемъ послѣ предварительнаго расширения шейки, или же удаленіе пробныхъ частицъ острою ложкою. Если новообразование не велико, и намъ не приходится дифференцировать его отъ полипозныхъ подслизистыхъ фиброміомъ, то мы вполне довольствуемся послѣднимъ способомъ. Если же оказывается необходимымъ точно знать мѣсто его прикрѣпленія и его консистенцію, то матка должна быть расширена, и въ полость ея введенъ палецъ; этотъ методъ будетъ нами подробнѣе разобранъ при діагнозѣ полипозныхъ фиброміомъ. Удаленіе острою ложкою пробныхъ частицъ производится совершенно такъ же и съ соблюденіемъ тѣхъ же антисептическихъ предосторожностей, какъ мы это уже описали при распознаваніи *endometritis corporalis chronicae*. Изслѣдование удаленныхъ частицъ простымъ глазомъ укажетъ уже намъ ихъ полипозный характеръ, микроскопъ же — железистое строеніе чистой аденомы или слизистой опухоли, или же, наконецъ, переходъ аденомы въ ракъ (*adenocarcinoma*).

**Предсказаніе.** Аденомы шейки представляютъ весьма благоприятный прогнозъ; удаленіе ихъ радикально излѣчиваетъ болѣзнь, и если можно говорить о рецидивахъ, то только съ точки зрѣнія множественности развивающихся полипозныхъ аденомъ: по удаленіи одной, другая по незначительной величинѣ своей можетъ остаться незамѣченной и, разрастаясь далѣе, черезъ извѣстное время можетъ дать такъ называемый «рецидивъ». Уничтожая же оперативнымъ путемъ всю почву, на которой онѣ развиваются, возвратовъ болѣе не наблюдается.

*Adenoma diffusum colli uteri* или, какъ ее называютъ въ настоящее время, *erosio glandularis*, представляетъ также новообразование доброкачественное, и прогнозъ ея *quo ad valetudinem completam* при надлежащей терапіи также вполне благоприятенъ. Какъ исключительные случаи, могутъ наблюдаться переходы ея въ злокачественныя новообразованія — ракъ шейки.

Прогнозъ при *adenoma polyposum* тѣла матки уже нѣсколько не такъ благоприятенъ, какъ при томъ же новообразованіи въ шейкѣ. Рѣзко выраженная полипозность и ограниченность новообразованія, мягкая, неломкая ткань удаленныхъ частицъ, у женщинъ еще относительно молодыхъ, хорошо видимыя подъ микроскопомъ маточныя железы съ рѣзкимъ сохраненіемъ ихъ очертаній и просвѣтовъ, безъ слѣда измѣненія формы эпителия и его разрастанія — суть признаки вполне доброкачественной аденомы тѣла, дающей, не смотря на довольно рѣзко выраженную анемію, предсказаніе весьма благоприятное, даже *quo ad valetudinem completam*. Болѣе диффузное распространеніе новообразованія въ слизистой оболочкѣ съ

рѣзкимъ утолщеніемъ и крайней ломкостью ея ткани, пронизанной повсемѣстно экстравазатами, у женщинъ уже пожилого возраста и у старухъ должно придавать нашему прогнозу характеръ весьма сдержанный. Данныя же микроскопическаго изслѣдованія, указывающія на неправильное атипическое разрастаніе эпителия въ железахъ, хотя бы и сохраняющихъ еще свои контуры, и общее состояніе больныхъ, представляющихъ уже начало развитія кахексіи, дѣлаютъ наше предсказаніе неблагоприятнымъ, аналогичнымъ тому, которое свойственно злокачественнымъ новообразованіямъ матки.

**Лѣченіе.** Исключая общаго лѣченія, направленнаго противъ въ большей или меньшей степени развитой анеміи, наше мѣстное лѣченіе представляется исключительно оперативнымъ: новообразование должно быть удалено тѣмъ или другимъ способомъ. Мягкія, не содержащія кистъ полипозныя аденомы шейки, торчащія въ *orificium externum*, удаляются обыкновенно откручиваніемъ помощью обычнаго корнцанга или длиннаго пинцета *Péan*'а. Влагалищная часть обнажается ложкообразными зеркалами, поле операціи обеззараживается, и новообразование захватывается корнцангомъ ближе къ своей ножкѣ; производя съ извѣстною незначительною силою потягиваніе къ себѣ, мы откручиваемъ полипъ вращеніемъ инструмента вокругъ его продольной оси. Обыкновенно откручиваніе совершается легко, и послѣ него кровотеченія почти совершенно не бываетъ. При появленіи же и легкой доступности оставшихся частицъ ножки лучше всего остановить его прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ *Raquelin*'а, такъ какъ при этомъ разрушается до извѣстной степени и почва, на которой развилась аденома; при недоступности же кровоточащаго мѣста въ каналѣ шейки мы всегда довольствуемся введеніемъ въ него маленькихъ іодоформированныхъ ватныхъ тампоновъ (какъ при методѣ *Vulliet*), удерживаемыхъ *in situ* такимъ же, только большей величины влагалищнымъ тампономъ. Кровотеченіе при этомъ всегда останавливается и не требуетъ никакихъ другихъ мѣропріятій.

При болѣе плотныхъ, кисты содержащихъ, полипозныхъ образованіяхъ съ болѣе толстою ножкою они могутъ быть успѣшно удалены помощью ножницъ; кровотеченіе при этомъ останавливается также помощью внутри-цервикальныхъ тампоновъ.

*Adenoma polyposum* большей величины, выстоящая изъ *orificium externum*, съ ножкою, продолжающеюся далеко въ глубину полости матки, и внушающая иногда опасенія большого кровотеченія, можетъ быть удалена при примѣненіи лигатуры. Пулевыми щипцами захватывается опухоль и оттягивается насколько возможно книзу, ножка ея возможно выше прокалывается иглою, помощью которой проводится толстая шелковая лигатура; ножка

перевязывается такимъ образомъ въ два пучка, опухоль отрѣзается ножомъ или ножницами довольно близко къ лигатурѣ, поле операціи засыпается порошкомъ іодоформа. Оставленіе лигатуры и частицъ ножки, должствующихъ вполнѣ въ послѣдствіи отдѣлиться, представляется въ настоящее время при примѣненіи обеззараживающихъ веществъ настолько безвреднымъ и не дающимъ никакихъ неблагопріятныхъ осложненій, что можетъ считаться вполнѣ показаннымъ (*Martin, Winckel* и *Fritsch*); мы примѣняемъ далеко нерѣдко этотъ методъ и все болѣе и болѣе убѣждаемся въ безопасности и удобопримѣнимости его.

Весьма цѣлесообразнымъ оказывается сочетаніе лѣченія часто существующаго, значительно-выраженнаго катарра слизистой оболочки цервикальнаго канала и полипозныхъ аденомъ. Удаляя оперативнымъ путемъ, операціею *Schraeder'a* (см. стр. 486), всю заболѣвшую слизистую оболочку шейки, мы удаляемъ въ то же время и полипозныя образованія ея. При измѣненіяхъ, проникающихъ болѣе глубоко въ ткань влагалищной части, операція частичнаго удаленія ея съ областью развитія аденомъ вполнѣ показана.

Фоликулярная гипертрофія одной изъ губъ влагалищной части, благодаря своей доступности, должна быть удаляема ножомъ съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ. Операція эта производится совершенно такъ-же, какъ частичная ампутація той или другой губы *portionis vaginalis* (см. стр. 449), и представляетъ всѣ удобства и выгоды этой послѣдней. Примѣненіе экрзера и гальванокаустической петли для отнятія этой опухолевидной гипертрофіи можетъ считаться оставленнымъ, представляющимъ извѣстной степени анахронизмъ въ технику операцій, производимыхъ на удобосмѣщаемой влагалищной части матки.

Удаленіе новообразованной ткани аденомы въ полости матки, какъ при ея разлитой, такъ и полипозной формахъ, успѣшно и удобно производится соскабливаніемъ всей слизистой оболочки тѣла острою ложкою съ послѣдовательными внутриматочными впрыскиваніями *tincturae iodi*. Значительнаго расширенія шейки матки при этомъ не требуется. Техника операціи та же, что и при *abrasio mucosae* при хроническихъ эндометритахъ (см. стр. 514 и 525). При переходѣ аденомы въ злокачественную форму, если діагнозъ провѣренъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, должна быть произведена операція влагалищной экстирпаціи всей матки, техника которой будетъ нами разобрана въ главѣ о лѣченіи раковъ матки.

## 2) Фиброміомы матки. (*Fibromyoma uteri*.)

**Патологическая анатомія.** Фиброміомы матки должны быть разсматриваемы по своему строенію и исторіи развитія, какъ

мѣстныя гиперплярзіи мышечныхъ стѣнокъ матки, и представляють то же отношеніе къ общей разлитой гиперплярзіи ея, какое существуетъ между ограниченными опухолями жировой ткани (lipoma) и общимъ ожиреніемъ (polysarcia). По строенію своему онѣ совершенно напоминають строеніе мышечной стѣнки матки и состоятъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, соединительной ткани и большаго или меньшаго количества кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Смотря по преобладанію мышечной или соединительной ткани, онѣ представляются въ двухъ формахъ: или онѣ мягки, мясисты, красноватаго цвѣта и состоятъ преимущественно изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ («fleshy or red fibroids» англичанъ), или же онѣ плотны, въ разрѣзѣ почти сухожильны, бѣлаго цвѣта и съ рѣзко выраженнымъ преобладаніемъ старой волокнисто-соединительной ткани («white fibroids»); но какъ тѣ, такъ и другія состоятъ всегда изъ сочетанія двухъ тканей, причемъ одна изъ нихъ является только преобладающею, такъ что названіе ихъ «фиброміома» намъ кажется болѣе точнымъ, чѣмъ просто «міома» или «фиброма». Въ началѣ своего развитія, въ своемъ молодомъ возрастѣ опухоли эти почти всегда представляють рѣзко выраженный мышечный характеръ своего строенія, и соединительная ткань находится только въ незначительномъ количествѣ, какъ вещество, связующее между собою отдѣльные мышечные пучки. Съ теченіемъ времени, съ дальнѣйшимъ ростомъ опухоли и подѣ влияніемъ измѣненій, происходящихъ, вообще, въ маткѣ, онѣ измѣняются: соединительная ткань разрастается, мало-по-малу превращается въ старую, волокнистую и придаетъ опухоли болѣе соединительно-тканый характеръ; такое разращеніе соединительной ткани въ фиброміомахъ *Virchow* («Die krankhaften Geschwülste», III, стр. 156) признаетъ за результатъ разыгрывающихся въ нихъ хроническихъ воспалительныхъ процессовъ (metritis myomatosa).

Итакъ, обѣ формы фиброміомъ представляются только повтореніемъ, въ видѣ мѣстной гиперплярзіи, процессовъ, наблюдающихся въ маткѣ; для мягкихъ фиброміомъ подобную параллель мы видимъ въ физиологической гиперплярзіи всей матки при беременности, для плотныхъ же — въ измѣненіяхъ, свойственныхъ воспалительнымъ процессамъ маточныхъ стѣнокъ (metritis chronica).

Въ маткѣ фиброміомы развиваются преимущественно часто въ мѣстахъ, представляющихся болѣе богатыми мышечною тканью, такъ что въ тѣлѣ ея онѣ встрѣчаются несравненно чаще, чѣмъ въ шейкѣ. Подобно тому, какъ развиваются гладко-мышечныя опухоли въ другихъ органахъ, имѣющихъ въ своихъ стѣнкахъ гладкія мышцы (желудокъ, кишки, мочевоы пузырь), такъ и въ маткѣ мы различаемъ, со времени изслѣдованія *Bayle* (1813 г.), возможность ихъ роста главнымъ образомъ въ трехъ направленіяхъ:

или опухоль растетъ въ полость матки (*fibromyoma submucosum*), или на ея наружную поверхность въ полость брюшины (*fibromyoma subserosum*), или же, наконецъ, опухоль развивается, оставаясь заключенною въ стѣнкахъ матки (*fibromyoma intraparietale s. interstitiale*). *Virchow* (*ibidem* стр. 149) дѣлитъ фиброміомы по мѣсту развитія на внутримышечныя (*intramusculare*) и внѣмышечныя (*extramusculare*), относя къ первымъ всѣ внутривѣстничныя опухоли и ко вторымъ всѣ полипозно-развивающіяся фиброміомы, какъ полости матки, такъ и полости брюшины.

Фиброміомы матки имѣютъ характеръ множественныхъ опухолей; весьма рѣдко встрѣчается только одна опухоль, въ большинствѣ же случаевъ нѣсколько экземпляровъ ихъ наблюдаются одновременно, причѣмъ какъ внутримышечныя, такъ и внѣмышечныя встрѣчаются вмѣстѣ; количество ихъ иногда бываетъ громадно, часто встрѣчаются отъ 10 до 20 опухолей, но ихъ насчитывали даже до 40 и 50 въ одной маткѣ.

Фиброміомы принадлежатъ къ опухолямъ матки уже извѣстнымъ въ глубокой древности, хотя ихъ строеніе и развитіе выяснены только съ половины настоящаго столѣтія. *Jul. Vogel* (1843 г.) былъ первый, доказавшій присутствіе въ нихъ гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, а *Virchow* указалъ на несомнѣнную генетическую связь ихъ съ тканями матки. Въ началѣ своего развитія фиброміомы представляются, какъ мѣстныя утолщенія мышечныхъ пучковъ и пластинокъ, совершенно также, какъ это наблюдается при развитіи невромъ на протяженіи нервнаго ствола. За послѣднее время *J. Cordes* («*Ueber den Bau des Uterusmyomes, das Verhalten des Mutterbodens und die Entstehung und Entwicklung des Neoplasma*», *Diss., Berlin, 1880*) вполне подтвердилъ своими изслѣдованіями это воззрѣніе *Virchow*'а (l. c., стр. 154), найдя такія же мѣстныя утолщенія мышечныхъ пластинокъ (*Lamellen*) въ периферіи растущихъ внутривѣстничныхъ фиброміомъ матки. Этотъ путь развитія уже указываетъ на постоянную связь новообразованія съ мышечными пучками въ началѣ своего развитія, по крайней мѣрѣ, въ двѣ стороны; при дальнѣйшемъ своемъ ростѣ опухоль все болѣе и болѣе смѣщается въ своемъ ложѣ. Такое смѣщеніе происходитъ, во-первыхъ, вслѣдствіе увеличенія объема самой опухоли, и во-вторыхъ, вслѣдствіе подвижности окружающей ткани, такъ какъ мышечные пучки стѣнки матки, окружающіе опухоль, не находятся въ покоѣ, а постоянно представляютъ измѣненія своей формы и длины, благодаря присущимъ имъ сокращеніямъ, какъ всякой гладкой мышцѣ, какому бы органу послѣдняя ни принадлежала. Результатомъ такой смѣщаемости бываетъ то, что связь опухоли съ подлежащею мышечною тканью все болѣе и болѣе нарушается, и при опухоляхъ, растущихъ въ полость матки или брюшины, она весьма скоро представляется совершенно на-

рушенной, такъ что фиброміомы при этомъ пріобрѣтаютъ рѣзко выраженный характеръ внѣмышечнаго расположенія. При опухляхъ внутрѣстѣнныхъ связь съ окружающими мышцами сохраняется сравнительно болѣе долгое время, и только мало-помалу, въ теченіе большого промежутка времени опухоль обособляется на столько значительно, что представляется лежащею въ стѣнкѣ матки, какъ бы въ капсулѣ, соединяясь съ нею весьма рыхлою, съ широкими петлями, соединительною тканью; послѣдняя весьма удобно и легко разрывается, такъ что такая опухоль можетъ быть очень легко вылучена. Обособляемость фиброміомы отъ подлежащей ткани развивается въ болѣе рѣзкой формѣ и скорѣе при появленіи оплотненія опухоли, вслѣдствіе преобладающаго развитія въ ней соединительной ткани. Мягкія фиброміомы удерживаютъ свою связь съ мышечными пучками стѣнки матки гораздо болѣе долгое время, и нерѣдко наблюдаются случаи мѣстнаго сплошнаго перехода ихъ въ стѣнку, такъ что граница между послѣднею и новообразованіемъ не можетъ быть точно опредѣлена.

Благодаря нарушенію непосредственной связи съ подлежащею тканью, фиброміомы дѣлаются все болѣе и болѣе бѣдны кровеносными сосудами, такъ что при плотныхъ, индурированныхъ опухляхъ сосудовъ въ ткани ихъ почти нѣтъ, и поверхность разрѣза ихъ представляется бѣлой, блестящей, похожей на сухожиліе и дающей характерный трескъ при разрѣзѣ ножомъ; напротивъ того, опухоли мягкія, мѣстами незамѣтно переходящія въ окружающую ткань, содержатъ много, иногда довольно крупныхъ сосудовъ, и мѣсто ихъ непосредственной связи съ тканями стѣнки матки (при полипозныхъ формахъ — ихъ ножка) представляетъ нерѣдко весьма крупныя артеріальныя стволы, направляющіеся въ новообразованіе. Въ нѣкоторыхъ фиброміомахъ, при затрудненномъ оттоктѣ питающихъ ее жидкостей, могутъ быть наблюдаемы видимыя уже простымъ глазомъ различной формы и величины щелевидныя полости или съ совершенно спавшимися стѣнками, или же растянутыя скопившеюся серозною, легкою свертывающеюся жидкостью; микроскопъ показываетъ, что стѣнки ихъ выстланы эндотелиемъ, и что онѣ должны быть отнесены къ разряду полостей лимфатической системы.

Присутствіе нервовъ въ фиброміомахъ, вообще, можетъ считаться доказаннымъ; нѣкоторые изслѣдователи видѣли даже окончанія ихъ въ формѣ колбовидныхъ расширеній, или же мельчайшія ихъ развѣтвленія проникали въ клѣтки гладкихъ мышцъ и доходили до ихъ зернышка, подобно тому, какъ это наблюдается относительно окончанія нервовъ въ мышцахъ стѣнки здоровой матки.

Смотря по мѣсту своего развитія — внутримышечному или внѣмышечному, фиброміомы тѣла матки представляютъ многія



особенности, какъ съ патологической, такъ и съ клинической стороны, вслѣдствіе чего всего нагляднѣе — разбирать ихъ, дѣля на вышесказанныя уже три категоріи: внутривѣсточныя, подслизистыя и подбрюшинныя.

**Внутривѣсточныя фибромиомы** (*fibromyoma intraparietale s. interstitiale*) представляются всегда помѣщающимися въ толщѣ стѣнокъ матки, обуславливая своимъ присутствіемъ мѣстное припуханіе этой послѣдней. При значительномъ объемѣ опухоли всегда можно доказать присутствіе слоя мышечной ткани стѣнки, какъ съ наружной, такъ и съ внутренней стороны ея: новообра-



Рис. 251. (*Gusserow*).

зованіе помѣщается какъ бы въ капсулѣ (рис. 251). Соединеніе съ этой капсулой или весьма рыхло, и опухоль легко вылуцается, или же мѣстами сохраняется еще непосредственный переходъ ткани опухоли въ ткань маточныхъ стѣнокъ; эта связь при разбираемой нами формѣ сохраняется гораздо болѣе долгое время, чѣмъ при внѣмышечныхъ фибромиомахъ, благодаря чему внутривѣсточныя опухоли чаще содержатъ большее количество сосудовъ, и тѣмъ, быть можетъ, объясняется ихъ относительно большая величина.

Внутривѣсточныя фибромиомы небольшой величины обыкновенно множественны и представляются какъ бы вкрапленными въ стѣнки матки безъ всякаго порядка. Большія опухоли обыкновенно одиночны и достигаютъ громадныхъ размѣровъ; наблюда-

лись случаи, въ которыхъ онѣ достигали до 71—82 и 100 фунтовъ. Самая большая опухоль этого рода, на сколько намъ извѣстно, была удалена путемъ чревосѣченія д-мъ *Кузнецкимъ* въ Нижне-Тагильскѣ («*Дневникъ Казанскаго Общества Врачей*», 1881 г., № № 16, 17, 18); она вѣсила 108 фунтовъ нашего торговаго вѣса и принадлежала къ впутристѣночнымъ кистовиднымъ фиброміомамъ (*fibromyoma cystoides*, по опредѣленію проф. *Любимова*). Одиночность опухолей большого размѣра достаточно объясняется тѣмъ сдавленіемъ окружающей ткани, которое онѣ обуславливають, и которое препятствуетъ развитію другихъ опухолей по сосѣдству.

При изслѣдованіи поперечнаго разрѣза внутристѣночныхъ фиброміомъ, особенно нѣсколько большей величины, только рѣдко мы видимъ, что опухоль состоитъ изъ одной сплошной массы, обыкновенно же она представляетъ конгломератъ различной величины узловъ, или соединенныхъ между собою рыхлою соединительною тканью, или же мѣстами непосредственно переходящихъ другъ въ друга.

Внутристѣночныя фиброміомы чаще всего развиваются въ толщѣ задней стѣнки матки, представляющей и въ нормальномъ состояніи нѣсколько толще передней (*Virchow, l. c., стр. 176*). Затѣмъ онѣ чаще встрѣчаются въ днѣ матки и уже послѣ этого только въ передней и боковыхъ стѣнкахъ. Форма опухоли обыкновенно круглая, шарообразная рѣже продолговато-овальная, нѣсколько уплощенная въ одномъ изъ своихъ діаметровъ.

Смотря по тому, въ какой глубинѣ стѣнки развивается фиброміома, измѣненія формы ея могутъ быть различны. Опухоль, помѣщаясь близко къ поверхности, все равно — наружной или внутренней, и отдѣляясь отъ нея только относительно тонкимъ слоемъ ткани (капсулы), весьма скоро начинаетъ рѣзко проминировать надъ нею въ формѣ болѣе или менѣе значительной величины узла. Такой узелъ или бугоръ имѣетъ широкое основаніе и возвышается надъ поверхностью, приподнимая надъ собою слой мышечной ткани стѣнки. Капсула опухоли въ этотъ періодъ развитія уже представляется состоящею изъ стѣнокъ неравномѣрной толщины, одной — обращенной къ поверхности роста опухоли, иногда весьма тонкой, и другой — противоположной, толстой, равной почти всей толщинѣ стѣнки матки. Въ дальнѣйшемъ теченіи опухоль все болѣе и болѣе выступаетъ надъ поверхностью и вытягиваетъ себѣ уже болѣе замѣтную ножку, представляющуюся въ началѣ еще только въ видѣ незначительнаго перехвата между опухолью и маткою; слой маточной ткани, покрывающій опухоль, т. е. наружный отрѣзокъ ея капсулы, еще существуетъ, и опухоль, не смотря на то, что имѣетъ уже ножку, особенно рѣзко выраженную при потягиваніи за опухоль, остается все еще внутристѣночною,

интерстиціальною фиброміомою. Съ дальнѣйшимъ развитіемъ и увеличеніемъ опухоли ножка дѣлается болѣе выраженной, болѣе тонкою; переходящій черезъ нее на наружную поверхность опухоли слой маточной ткани (капсулы опухоли), постепенно растягиваясь, истончается и, наконецъ, совершенно атрофируется, — опухоль дѣлается свободною, лежащею или подъ брюшиною, или подъ слизистою оболочкою матки, и ножка ея состоитъ изъ одной изъ этихъ оболочекъ, имѣя въ толщѣ своей только рыхлую соединительную ткань, соединявшую ее съ другою половиною капсулы, или же, если опухоль представляла на этомъ мѣстѣ непосредственный переходъ въ ткань матки, то и мышечную ткань мѣста этого соединенія.

Фиброміомы, принявшія такимъ образомъ форму полиповъ и сдѣлавшіяся внѣмышечными, давно уже извѣстны подъ именемъ — *fibroma polyposum subserosum* или *submucosum*, смотря по тому, помѣщается ли опухоль на наружной или на внутренней поверхности стѣнки матки. При требующемся нерѣдко оперативномъ вмѣшательствѣ, мы встрѣчаемся съ подобною опухолью иногда еще въ періодъ существованія относительно толстой ножки и полной капсулы, такъ что опухоль не утратила характера внутривѣночной, хотя и приняла уже форму полипа; такія опухоли, въ отличіе отъ полипозныхъ формъ, сдѣлавшихся уже совершенно внѣмышечными, мы называемъ *fibroma intraparietale polyposum* и, смотря потому, на которой изъ поверхностей стѣнки матки онѣ помѣщаются, прибавляемъ *submucosum* или *subserosum*. Подобное обособленіе этихъ опухолей въ отдѣльную группу вполне оправдывается не только съ чисто анатомической точки зрѣнія, но представляется весьма важнымъ при техникѣ нашихъ оперативныхъ пособій.

Подъ вліяніемъ роста фиброміомъ, матка, кромѣ увеличенія, зависящаго отъ присутствія опухоли, нерѣдко представляетъ гиперплазію элементовъ своихъ стѣнокъ: эти послѣднія утолщаются и напоминаютъ измѣненія, свойственныя беременности; *Cordes* (l. c.) напелъ, что строеніе ихъ дѣлается рѣзко слоистымъ, и мышечные пучки, располагаясь пластинками, соединяющимися другъ съ другомъ поперечными, болѣе тонкими пластинками, вполне напоминаютъ расположеніе мускулатуры беременной матки, какъ это въ свое время было описано *C. Ruge* («*Zeitschrift für Geb. u. Gyn.*», V., 1880, стр. 149). Иногда вкругъ опухоли, по всей периферіи ея или только на извѣстномъ участкѣ, стѣнка матки представляется содержащей много кровеносныхъ сосудовъ, принимающихъ характеръ и расположеніе кавернозныхъ полостей, напоминающихъ собою отчасти строеніе мѣста прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. Вслѣдствіе изъязвленія капсулы со стороны полости матки и нарушенія пѣлости одной изъ такихъ полостей (рис. 252) уже наблюдалось смер-

тельное кровоточеніе. Кромѣ указанныхъ измѣненій въ маткѣ, наблюдаются подобныя же и въ яичникахъ; *В. А. Поповъ* (*Къ ученію о желтомъ тѣлѣ*, дисс. изъ нашей клиники, 1881, стр. 59) описалъ развитіе истиннаго желтаго тѣла въ одномъ изъ яичниковъ, какъ результатъ усиленнаго роста тканей подѣ влияніемъ усиленнаго притока питательнаго матеріала, вызываемаго растущею фиброиомою матки. Измѣненія, свойственныя беременности, наблюдаются при большихъ фиброиомахъ нерѣдко также въ видѣ пигментаций *lineae albae* и околососковыхъ кружковъ.



Рис. 252. (*M. Duncan*).

Въ зависимости отъ возраста и общаго состоянія больныхъ, а также и отъ мѣстныхъ патологическихъ условій, матка можетъ представляться атрофированною, стѣнки ея истончаются, объемъ уменьшается; внутривѣночныя фиброиомы при этомъ также оплотнѣваютъ, фиброзно перерождаются и иногда импрегнируются солями извести — «омѣляются».

Присутствіе опухоли въ стѣнкахъ матки нерѣдко обуславливаетъ ея неправильныя положенія — перегибы впередъ, назадъ или въ одну изъ сторонъ. Смѣщеніе матки въ сторону особенно

рѣзко бываетъ выражено при внутривѣночныхъ фиброміомахъ, растущихъ по направленію одной изъ широкихъ маточныхъ связокъ. Конфигурація матки представляетъ иногда самыя причудливыя формы; растущая опухоль, увеличивая чрезмѣрно протяженіе извѣстныхъ участковъ стѣнки, даетъ поводъ къ значительнымъ перемѣщеніямъ мѣста прикрѣпленія трубъ: эти послѣднія смѣщаются иногда на значительныя пространства, такъ что обѣ трубы могутъ оказаться расположенными на одной и той же сторонѣ всей громадно-увеличенной матки. При болѣе значительной величинѣ опухоли тѣло матки, смѣщаясь кверху, можетъ весьма сильно растягивать шейку, что встрѣчается особенно рѣзко выраженнымъ, какъ мы увидимъ ниже, при подбрюшинныхъ фиброміомахъ. Внутривѣночныя фиброміомы, увеличиваясь въ объемѣ, своимъ внутреннимъ сегментомъ выпячиваются въ полость матки и производятъ значительныя неправильности этой послѣдней: она представляется сдавленной, стѣнки прилежать такъ плотно и тѣсно другъ къ другу, что иногда является мысль объ атрезіи; протяженіе полости, вообще, увеличено, какъ въ длину, такъ и въ ширину, ходъ ея нерѣдко извилистый, мѣстами она представляется перегнутой почти подъ прямымъ угломъ, проведеніе зонда иногда совершенно невозможно. Наибольшая фиброміома, развивающаяся въ толщѣ стѣнокъ дна матки, можетъ вдаваться въ полость ея на столько равномѣрно, какъ разъ по срединной линіи, что придаетъ ей форму, весьма напоминающую таковую при *uterus bicornis*. Опухоли болѣе значительныхъ размѣровъ, вдаваясь въ полость матки и выполняя ее, не смотря на то, что сидятъ на широкомъ основаніи, могутъ подъ вліяніемъ сокращеній стѣнки матки мало-по-малу расширять каналъ шейки и выполнять его; наружное отверстіе также начинаетъ расширяться, и часть опухоли можетъ такимъ образомъ родиться во влагалище. Развиваясь же болѣе по направленію къ наружной поверхности матки, внутривѣночныя міомы могутъ занимать всю полость крестцовой впадины и, обходя шейку, распространяться въ завлагалищной клѣтчаткѣ (*fibroma intraparietale retrouterinum et retrovaginales*).

Слизистая оболочка полости тѣла матки представляется обыкновенно болѣе или менѣе интенсивно воспаленною, какъ на участкѣ, соответствующемъ мѣсту развитія опухоли, такъ и на всемъ своемъ протяженіи. *Wyder* нашель («*Arch. f. Gynaek.*» XXIX, 1887, стр. 34), что измѣненія ея сводятся или къ *endometritis glandularis*, или же къ *endom. interstitialis*, и при томъ такъ, что, если опухоль сидитъ глубоко въ стѣнкѣ матки, и слизистая оболочка отдѣлена отъ нея толстымъ слоемъ мышечной ткани, развивается первая форма въ области, соответствующей мѣстонахожденію опухоли; если же фиброміома отдѣлена только тонкимъ слоемъ ткани отъ полости матки, то раз-

вивается вторая форма эндометрита, при чемъ измѣненія, присушія интерстиціальному воспаленію, слизистой оболочки, на этомъ мѣстѣ настолько значительны, что железы почти отсутствуютъ, на остальномъ же протяженіи наблюдается *endometritis glandularis*. — Рядомъ съ воспалительными измѣненіями слизистой оболочки тѣла матки нерѣдко наблюдается развитіе въ ней кистовидныхъ образований и опухолей въ формѣ железистыхъ моллюсковъ (*adenoma cysticum polyposum*.)

Съ теченіемъ времени, въ дальнѣйшей жизни внутривѣночныхъ фиброміомъ матки, нерѣдко наблюдается развитіе процессовъ, ведущихъ или къ самопроизвольному отдѣленію опухоли, или къ уменьшенію ея объема, или же къ увеличенію его независимо отъ роста мышечной ткани.

Произвольное отдѣленіе опухоли происходитъ вслѣдъ за развитіемъ нагноенія въ рыхлой соединительной ткани, соединяющей ее съ капсулою, съ нарушеніемъ цѣлости этой послѣдней. Подъ вліяніемъ усиленной мышечной работы матки во время родовъ, при заключающихся въ стѣнкахъ ея незначительной величины фиброміомахъ, происходитъ значительное смѣщеніе капсулы относительно заключенной въ ней опухоли; эти смѣщенія могутъ быть на

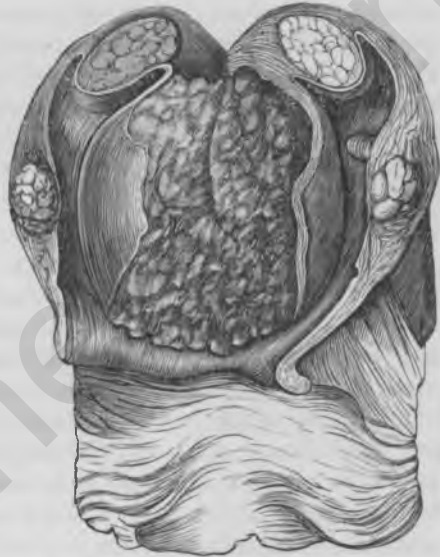


Рис. 253. (Gusserow).

столько рѣзки, что происходятъ разрывы въ рыхлой соединительной ткани, лежащей между опухолью и капсулою, сопровождающіеся болѣе или менѣе значительнымъ кровотеченіемъ. Подобныя нарушенія цѣлости ткани, окружающей фиброміому, при извѣстныхъ условіяхъ послѣродового періода переходятъ въ нагноеніе, нарушающее въ свою очередь цѣлость не особенно толстой капсулы, и гной прокладываетъ себѣ такимъ образомъ путь наружу. Намъ пришлось изслѣдовать случай на секціонномъ столѣ, въ которомъ, подъ вліяніемъ сказанныхъ условій, вскрытіе капсулы произошло въ полость брюшины и обусловило смертельный перитонитъ на шестой день послѣ родовъ. — Несравненно чаще нагноеніе подъ капсулою наблюдается при внутривѣночныхъ фиброміомахъ, лежащихъ ближе къ полости матки и болѣе или менѣе вдающихся въ нее; при

значительномъ нарушеніи цѣлости капсулы, разрушенной нагноеніемъ и мѣстными омертвѣніями, опухоль можетъ оказаться лежащею почти свободно въ полости матки (рис. 253), такъ что иногда бываетъ совершенно достаточно развивающихся сокращеній стѣнокъ ея, чтобы такая опухоль, находящаяся уже въ состояніи некроза, была извергнута наружу, и произошло самопроизвольное излѣченіе. Производящими причинами такого обособляющаго нагноенія нерѣдко являются травматическія поврежденія капсулы, причиняемыя неосторожно производимыми манипуляціями при изслѣдованіи полости матки. — Рядомъ съ нагноеніемъ соединительной ткани, связывающей опухоль съ ея капсулою, и некрозомъ самой опухоли, наблюдается иногда развитіе тромбовъ въ кровеносныхъ сосудахъ: венозные стволы, достигающіе иногда значительнаго развитія въ стѣнкахъ матки, прилегающихъ къ фиброміомѣ, представляются затромбированными. Образование тромба можетъ идти дальше, и весьма крупныя вены въ *ligamentum latum* представляются закупоренными на значительномъ протяженіи. Результатомъ этого процесса при фиброміомахъ наступаетъ иногда вдругъ летальный исходъ, вслѣдствіе эмболии *arteriae pulmonalis*.

Мышечная часть внутривѣстныхъ фиброміомъ можетъ подвергаться жировому перерожденію подъ вліяніемъ условій, ведущихъ свое начало изъ послѣродового періода или зависящихъ отъ различнаго рода нарушеній питанія. Жировое перерожденіе мышечныхъ элементовъ бываетъ иногда настолько распространеннымъ во всей опухоли, что по окончаніи всасыванія продуктовъ этого перерожденія опухоль значительно уменьшается въ объемѣ и при томъ на столько, что существуютъ наблюденія, въ которыхъ якобы опухоль исчезала безслѣдно, благодаря, какъ это въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно приводится, тому или другому лѣкарственному или водяному лѣченію. Уже *Virchow* (*l. c. стр. 184.*) вполне справедливо замѣтилъ, что до тѣхъ поръ, пока точно (анатомическимъ путемъ) не будетъ доказано такое безслѣдное исчезновеніе опухоли, оно должно оставаться сомнительнымъ, такъ какъ, вполне допуская возможность исчезновенія мышцъ путемъ жирового перерожденія, мы будемъ еще всегда имѣть довольно значительное количество соединительной ткани, долженствующей остаться и образующей все-таки опухоль, хотя и весьма незначительной величины сравнительно съ существовавшей фиброміомой. — Въ большинствѣ случаевъ жировое перерожденіе мышечныхъ элементовъ опухоли связано съ индурацией, оплотнѣніемъ ея вслѣдствіе развитія старой, волокнистой соединительной ткани, придающей поверхности разрѣза опухоли характеръ сухожильный, десмоидный. Такое развитіе оплотнѣнія опухоли наблюдается, или какъ результатъ разыгрывающихся въ ней воспалительныхъ процессовъ

(metritis myomatosa), или же оно идетъ рука объ руку съ измѣненіями въ стѣнкахъ матки подѣ вліаніемъ старости. Старческое увяданіе матки съ атрофіею ея стѣнокъ сопровождается обыкновенно и оплотнѣніемъ фиброміомъ, заключенныхъ въ ея стѣнкахъ, и значительнымъ уменьшеніемъ ихъ объема.

Кѣ регрессивнымъ процессамъ, встрѣчающимся относительно нерѣдко во внутривѣночныхъ фиброміомахъ, относится омѣлѣніе ихъ. Оно наблюдается чаще въ опухоляхъ небольшой величины, находящихся во множественномъ числѣ въ стѣнкахъ матки, но отъ него не избавлены и опухоли большой величины, особенно у старухъ, у которыхъ вслѣдъ за развивающеюся индурациею опухоли нерѣдко происходитъ отложеніе солей извести въ оплотнѣвшую фиброміому значительной величины; какъ исключенія, подобныя-же случаи наблюдаются и въ болѣе молодые годы. Отложеніе солей извести (фосфорно-кислой, угле-кислой и сѣрно-кислой) происходитъ въ соединительно-тканной части опухоли и притомъ на всемъ протяженіи послѣдней; гораздо рѣже наблюдается омѣлѣніе только периферическихъ слоевъ ея въ видѣ капсулы. Такія опухоли, имѣющія видъ камней (calculi uterini), насквозь пронизанныя омѣлѣвшими частями, послѣ мацерации на поверхности распила имѣютъ видъ коралловыхъ массъ; рѣже отложеніе извести равномернo, такъ что поверхность можетъ быть отшлифована. Омѣлѣвшія фиброміомы, представляя изъ себя вполне законченный процессъ, могутъ оставаться заключенными въ стѣнкахъ матки долгіе годы — до смерти больной и могутъ быть находимы при вскрытіи, какъ случайное явленіе; иногда же при измѣненіяхъ ихъ капсулы, ея узуряхъ, или при нагноеніи, развивающемся вокругъ нихъ, онѣ могутъ произвольно отдѣляться и извергаться наружу, или per vias naturales въ полость матки и затѣмъ во влагалище, или же нагноеніе прокладываетъ себѣ путь черезъ наружную часть стѣнки матки, плотно сросшейся съ переднею брюшною стѣнкою или со сводами влагалища, такъ что камнеобразная опухоль можетъ быть извергнута наружу черезъ брюшныя стѣнки или прямо во влагалище черезъ узру его сводовъ.

Эти произвольно извергающіяся омѣлѣвшія опухоли, извѣстныя подѣ именемъ «lapides in utero nati», давно уже описывались, какъ curiosa naturae, и вошли даже въ народныя религіозныя преданія; но онѣ далеко не всегда представляютъ омѣлѣвшія фиброміомы: при болѣе подробномъ изслѣдованіи извергнутого наружу per vaginam камня приходится убѣждаться иногда, что мѣстомъ его образованія была полость влагалища или полость мочевого пузыря. Отложеніе солей извести на инородныя тѣла во влагалищѣ можетъ быть иногда весьма обильно, какъ на это указываетъ омѣлѣніе долго лежащихъ въ немъ пессаріевъ; весьма вѣроятно, что случай *Brugnatelli*, цитируемый *Virchow*'омъ (l. c.



стр. 188), относится къ этой же категоріи, такъ какъ найденная имъ въ центрѣ камня *tibia* цыпленка легче могла попасть сюда, чѣмъ въ мочевой пузырь. Отхожденіе *per vaginam* камней, образовавшихся въ мочевомъ пузырьѣ, представляется не рѣдкимъ явленіемъ у больныхъ, имѣющихъ влагалищно-пузырную фистулу и перенесшихъ операцію *colpocleisis*.

Кромѣ приведенныхъ плотныхъ формъ фибромомъ приходится также наблюдать развивающимися внутривѣчно и мягкія формы ихъ. Какъ мы уже видѣли, мягкость эта зависитъ отъ преобладанія мышечной ткани въ фибромомахъ, обладающихъ въ то же время большимъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ и нерѣдко представляющихъ довольно обширную непосредственную связь съ подлежащею тканью маточной стѣнки. — Кромѣ только что сказанной особенности строенія опухоли, она можетъ представляться весьма мягкой на ощупь, благодаря извѣстнаго рода процессамъ, имѣющимъ свое мѣсто въ межмышечной соединительной ткани ея. Такъ, напримѣръ, развивающійся отекъ опухоли при мѣстныхъ разстройствахъ кровообращенія, дающій рѣзко выраженное пропитываніе жидкостью соединительной ткани, обуславливаетъ даже такъ называемую ложную флюктуацію; такія опухоли на ощупь представляютъ ясно выраженное зыбленіе, и только при разрѣзѣ ихъ можно убѣдиться, что онѣ не содержатъ свободной жидкости. Совершенно подобное же измѣненіе консистенціи опухоли наблюдается при измѣненіи типа межмышечной ткани — превращеніи ея изъ волокнистой въ слизистую. Появленіе слизистой ткани въ опухоли и разращенія ея, достигающія значительной интенсивности (*myoma mucosum*), обуславливаютъ нерѣдко весьма быстрый ростъ опухоли, такъ что послѣдняя, сохраняя въ теченіе долгаго времени весьма незначительную величину, можетъ начать вдругъ усиленно расти, такъ что объемъ ея въ теченіе относительно короткаго времени достигаетъ громадныхъ размѣровъ.

Кровеносные и лимфатическіе сосуды, входящіе, какъ постоянная составная часть, въ строеніе фибромомы, представляютъ иногда также значительныя отклоненія отъ нормы. Кровеносные сосуды, въ обыкновенныхъ случаяхъ встрѣчающіеся только въ весьма незначительномъ количествѣ, проливаются иногда опухолью во всѣхъ направленіяхъ и представляются значительно расширенными, такъ что мѣстами получается кавернозный характеръ строенія опухоли, причемъ кавернозные полости могутъ достигать до величины горошины (*fibromyoma telangiectodes s. cavernosum*). Фибромомы, представляющія подобное строеніе, особенно способны мѣнять по временамъ свой объемъ и консистенцію; уменьшеніе ихъ объема, обусловленное сокращеніемъ ихъ мышечныхъ элементовъ и уменьшеніемъ вслѣдствіе этого кавернозныхъ полостей, бываетъ иногда поразительно велико въ

сравненіи съ ихъ объемомъ при разслабленіи мышцъ и переполненіи опухоли кровью.

Лимфатическіе сосуды, представляющіеся въ фибромиомахъ въ видѣ щелевидныхъ пространствъ, подобныхъ тѣмъ, которыя наблюдаются въ стѣнкахъ матки (*de Sinety, «Traité de gynécologie», 1884, стр. 460*), иногда растягиваются застаивающеюся въ нихъ лимфою до такой степени, что поверхность разрѣза опухоли представляется испещренной многочисленными, неправильной формы, перерѣзанными полостями. Эти полости въ опухоляхъ извѣстны уже давно и были описаны *Cruveilhier* подъ именемъ *géodes* и поставлены въ зависимость отъ мѣстныхъ размягченій ткани фибромиомы (рис. 254). При болѣе значительномъ развитіи полости эти, сливаясь другъ съ другомъ и все болѣе и болѣе растягиваясь, достигаютъ колоссальныхъ размѣровъ, — получаютъ въ опухоли большія кистовидныя полости (*fibromyoma cysticum*, рис.

255). Анатомическое изслѣдованіе такихъ большихъ кистовидныхъ полостей показываетъ, что отдѣльной стѣнки онѣ не имѣютъ и представляютъ, слѣдовательно, каверны, а не кисты; внутренняя поверхность ихъ гладка, блестяща и снабжена многочисленными, болѣе или менѣе сильно выступающими трабекулами, состоящими изъ пучковъ ткани опухоли. Такая трабекулярность ихъ стѣнокъ напоминаетъ со-



Рис. 254 (*Cruveilhier*).

бою внутреннюю поверхность желудочковъ сердца. — Долгое время существовало ученіе, что внутренняя поверхность ихъ представляетъ прямо обнаженную, ничѣмъ не покрытую подлежащую волокнисто-мышечную ткань; болѣе тщательныя изслѣдованія (*Leopold, «Arch. f. Gyn.»*, VII, 1875, стр. 531; *Рейнъ, Дисс. СПб. 1876*; *de Sinety, l. c.*, стр. 489) указываютъ, что въ большинствѣ случаевъ эти полости выстланы слоємъ эндотелія. Изслѣдованія эти дѣлаютъ вполнѣ вѣроятною возможность отнести эти кистовидныя полости къ группѣ расширеній лимфатическихъ сосудовъ (*fibromyoma lymphangiectodes*), расширеній, встрѣчающихся, какъ показываютъ наблюденія во время лапаротомій, весьма часто и около матки при развитіи въ ней фибромиомъ. Такія расширенія лимфатическихъ сосудовъ намъ

приходилось наблюдать нерѣдко sub laparotomya достигающими толщины пальца и болѣе. — Содержимое кистъ, имѣющихъ подобное строеніе, представляется или въ видѣ прозрачной, безцвѣтной, серозной жидкости, легко произвольно створаживающейся при сохраненіи ея въ открытомъ сосудѣ и имѣющей всѣ свойства лимфы, или же оно бываетъ болѣе или менѣе сильно окрашено въ красный цвѣтъ, вслѣдствіе примѣси извѣстнаго количества крови.

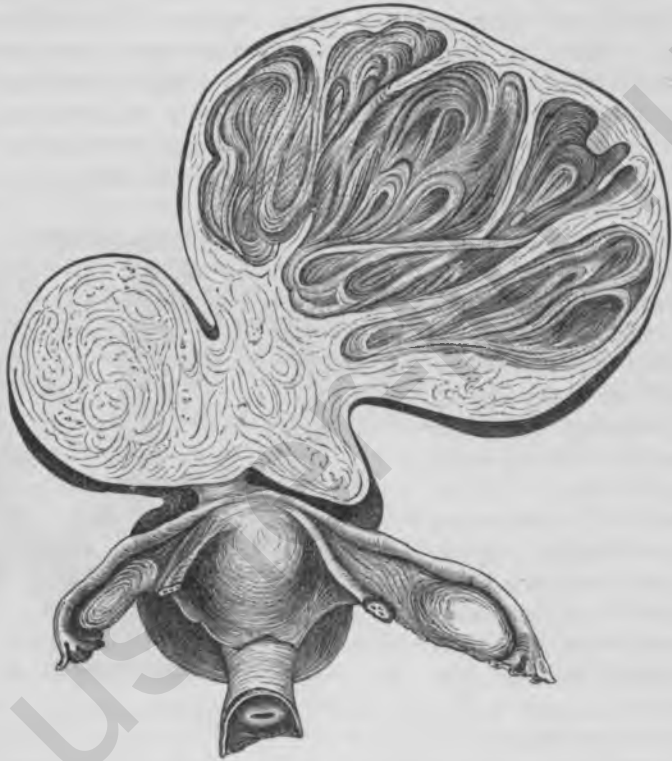


Рис. 255. (C. Schræder).

Далеко не во всѣхъ случаяхъ кистовидныя полости въ fibroma cysticum представляютъ только что сказанное строеніе; существуютъ вполне достовѣрныя наблюденія, въ которыхъ внутренняя поверхность ихъ была выстлана или плоскимъ мостовиднымъ эпителиемъ (*de Sinéty*), или же цилиндрическимъ (*Lebec*, «*Etude sur les tumeurs fibrokystiques de l'utérus*», Paris, 1880, стр. 14), причѣмъ въ послѣднемъ случаѣ она представляла также дендритическія разращенія, покрытыя тѣмъ же цилиндрическимъ эпителиемъ. Подобное строеніе заставляеть насъ высказать предположеніе, что между кистами фиброміомъ матки

могутъ встрѣчаться также болѣе сложныя новообразованія, приближающіяся уже къ кистомамъ. Случаи кистъ въ fibromyoma polyposum submucosum, приводимые Schröder'омъ (1. с., стр. 272), и выстланныя мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, суть, по всей вѣроятности, ретенціонныя кисты маточныхъ железъ, такъ или иначе помѣщавшихся въ болѣе глубокихъ частяхъ полипозной опухоли.

Кромѣ приведенныхъ формъ развитія кистовидныхъ полостей, въ фиброміомахъ матки встрѣчаются еще полости, происшедшія подобно тому, какъ это наблюдается и въ другихъ органахъ, путемъ размягченія тканей, входящихъ въ составъ опухоли. Мѣстныя апоплексіи («haemato-cystisches Myom» Virchow'a) и гнѣзда жирового перерожденія могутъ, конечно, обусловить образованіе полости, содержащей въ себѣ продукты регрессивнаго метаморфоза тканей, но эти полости никогда не достигаютъ той величины и не представляютъ того самостоятельнаго роста, который наблюдается при вышеприведенныхъ формахъ fibromyoma cysticum.

Внутривѣночная фиброміома матки представляетъ иногда послѣ известнаго промежутка времени, втеченіи котораго ростъ ея былъ медленный, вдругъ значительное ускореніе послѣдняго, причемъ консистенція ея дѣлается мягче; эти измѣненія наблюдаются происходящими подъ вліяніемъ перехода фиброміомы въ саркому. Такая метаплазія фиброміомы въ саркому представляетъ явленіе далеко не рѣдкое и будетъ нами подробнѣе разобрана въ одной изъ слѣдующихъ главъ; теперь же мы укажемъ только, что рядомъ съ разрастаніемъ саркоматозныхъ элементовъ можетъ также развиваться значительное количество слизистой ткани и мѣстами образовываться кистовидныя полости, такъ что получаются довольно сложныя опухоли, какъ шухо-sarcoma fusocellulare uteri и cysto-sarcoma uterinum, достигающія иногда колоссальныхъ размѣровъ.

Переходъ фиброміомы въ ракъ до сихъ поръ съ достовѣрностью еще не наблюдался. Развитіе же рака въ фиброміомѣ вторично, путемъ распространенія новообразованія съ сосѣднихъ частей, представляется явленіемъ не особенно рѣдкимъ. Buhl, C. Ruge и Boetticher («Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Fibromyom und Carcinom am Uterus», Diss., Berlin, 1884) наблюдали переходъ adeno-sarcinom'ы слизистой оболочки полости матки на фиброміомы, какъ подслизистыя, такъ и внутриматочныя.

Фиброміомы тѣла матки и ракъ шейки встрѣчаются одновременно и независимо другъ отъ друга весьма нерѣдко. Нѣсколько рѣже встрѣчаются ракъ полости тѣла и фиброміомы стѣнокъ.

Подслизистыя фиброміомы матки (fibromyoma submucosum uteri) могутъ выростать изъ различной глубины стѣнки матки

и, вдаваясь въ полость матки, вытягивать за собою ножку, такъ что онѣ принимаютъ внѣшній видъ полиповъ. Опухоль, развивающаяся изъ самыхъ поверхностныхъ слоевъ (внутренней поверхности) мускулатуры матки, непосредственно соприкасающихся со слизистой оболочкою и посылающихъ отдѣльные пучки мышць въ эту послѣднюю между концами ея трубчатыхъ желѣзъ, представляются уже съ самаго начала подслизистыми, такъ сказать, въ моментъ своего возникновенія. Маленькая опухоль, величиною въ конопляное зерно, изслѣдованная и описанная *В. Масловскимъ* изъ нашей клиники («*Врачебныя Вѣдомости*», 1881, — «*Къ ученію о слизистыхъ полипахъ полости матки*») служить тому хорошимъ примѣромъ. Мышечныя волокна, разрастаясь прямо въ межжелезистую ткань слизистой оболочки, вытѣсняють ея железы, и только въ самомъ поверхностномъ слое ея, представляющемся какъ бы истонченною слизистой оболочкою, могутъ быть найдены железы, далеко раздвинутыя другъ отъ друга разросшимися мышечными элементами. Съ дальнѣйшимъ ростомъ такой опухоли основаніе ея вытягивается въ ножку, состоящую преимущественно изъ мышечныхъ волоконъ и содержащую въ себѣ значительной величины сосуды, питающіе опухоль; слизистая оболочка на ножкѣ выражена хорошо, на периферіи же опухоли она почти отсутствуетъ, и только мѣстами, какъ мы уже сказали, встрѣчаются железистыя образованія.

Совершенно иначе представляются полипозныя фибромиомы, ведущія свое начало изъ болѣе глубокихъ слоевъ мускулатуры стѣнки матки. Эти опухоли въ началѣ своего развитія всегда бывають внутривѣстными и только, благодаря росту по направленію въ полость матки, отодвигая передъ собою внутренній слой ея мускулатуры, служащій капсулою опухоли, онѣ превращаются мало-по-малу въ полипозныя образованія. Въ извѣстный періодъ роста, какъ мы уже упоминали объ этомъ выше (см. стр. 549), онѣ, не смотря на то, что приобрѣли уже характеръ полипа (т. е. представляютъ опухоль, сидящую хотя и на широкой ножкѣ, но все-таки имѣющей меньшей объемъ, чѣмъ большой діаметръ самой опухоли), помѣщаются еще во вполнѣ сохранившейся и рѣзко выраженной капсулѣ (рис. 256), слѣдовательно, онѣ лежатъ въ стѣнкѣ матки, внутренній слой которой образовалъ только грыжеподобное выпячиваніе, заключающее въ себѣ фибромиому. Подобныя опухоли мы выдѣляемъ въ особую группу и называемъ *fibroma intraparietale polyposum submucosum*. Въ случаяхъ, когда капсула тонка, вслѣдствіе того, что опухоль начала развиваться сравнительно не глубоко въ стѣнкѣ матки, при дальнѣйшемъ ростѣ фибромиомы слой мышць (капсула), отдѣляющій еѣ отъ полости матки, выпячиваясь, мало-по-малу атрофируется, и опухоль

представляется непосредственно покрытою слизистой оболочкой; при формировании ножки слой тонкой капсулы, входящий в ее состав, также исчезает, и опухоль остается в соединении с тканью стѣнокъ, кромѣ покрывающей ее слизистой оболочки, только благодаря присутствию или рыхлой соединительной ткани, соединяющей опухоль с болѣе глубокимъ отрѣзкомъ капсулы, или же — мышечной ткани, если опухоль представляла на этомъ мѣстѣ непосредственный переходъ своего существа в ткань стѣнки матки.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ, при известномъ количествѣ времени существованія полипа, ножка значительно вытягивается (рис. 257) и въ первомъ случаѣ содержит только незначительной величины сосуды, исключительно принадлежащія слизистой оболочкѣ, во второмъ же — сосуды болѣе значительны, и иногда встрѣчаются артеріальные стволы солиднаго размѣра. Фибромиомы, принимающія наружный видъ полипа (*fibromyoma submucosum polyposum*), давно уже описывались подъ именемъ *фиброзныхъ* полиповъ полости матки въ отличіе ихъ отъ мягкихъ *слизистыхъ* полипозныхъ образований (*adenoma polyposum uteri*).

Подслизистая полипозная фибромиома встрѣчается обыкновенно одиночно въ полости матки, но весьма часто и совмѣстно съ другими видами, какъ-то — внутрѣстѣнными и подбрюшинными. Мѣстомъ ихъ развитія служитъ чаще всего дно матки,



Рис. 256.



Рис. 257. (Gusserow.)

затѣмъ — задняя ея стѣнка, рѣже — передняя, а боковыя — крайне рѣдко. Опухоль имѣетъ обыкновенно шарообразную или удлинненную форму, напоминающую грушу или яйцо; подъ вліяніемъ сильнаго сдавленія полости матки совмѣстно растущей внутрѣстѣнною фиброіомою, полипозная опухоль также сдавливается и дѣлается плоскою; при сжатіи и ущемленіи во внутреннемъ звѣзѣ маткѣ при происходящихъ родахъ полипознаго образованія получается форма ея, похожая на песочные часы; родившаяся уже во влагалище часть ея можетъ значительно припучать, и тогда получается грибовидная форма полипа. Свойства ножки, на которой сидитъ полипозная фиброіома, представляются различными и были уже нами разобраны выше; чаще всего ножка относительно не тонка, содержитъ мышечную ткань и достаточное количество кровеносныхъ сосудовъ, иногда болѣе крупныя артеріи.

*Fibromyoma submucosum polyposum* принадлежитъ по преимуществу къ мягкимъ (мышечнымъ) формамъ опухолей, такъ что *Virchow* считаетъ ее даже за чистую міому гладкихъ мышечныхъ волоконъ, и только относительно рѣдко въ такихъ опухоляхъ развивается настолько значительное количество волокнистой соединительной ткани, что онѣ оплотнѣваютъ. Точно также омѣлѣніе этихъ опухолей должно быть отнесено къ большимъ рѣдкостямъ. Поверхность разрѣза полипозной подслизистой фиброіомы нерѣдко указываетъ на то, что она состоитъ изъ цѣлага конгломерата болѣе мелкихъ узловъ (рис. 256), связанныхъ между собою въ большую опухоль рыхлою соединительною тканью; эта особенность наблюдается особенно часто при *fibromyoma intraparietale polyposum* и можетъ указывать на внутрѣстѣнное происхождение полипознаго образованія.

Кромѣ того, что матка представляется увеличенной, вслѣдствіе присутствія въ ея полости извѣстной величины полипозной фиброіомы, стѣнки ея также гиперплазируются и утолщаются. Уже *Cruveilhier* всегда находилъ гипертрофію маточныхъ стѣнокъ при фиброзныхъ полипахъ (*polipe fibreux*), не смотря даже на относительно небольшую величину послѣднихъ. Измѣненія въ стѣнкахъ совершенно аналогичны гиперплазіямъ, происходящимъ во время беременности, такъ что сравненіе «*grossesse fibreuse*» (*Guyon*) вполне оправдывается. Какъ при внутрѣстѣнныхъ фиброіомахъ, такъ и при подслизистыхъ могутъ быть наблюдаемы и другіе признаки, свойственные беременности (см. стр. 550).

Подъ вліяніемъ сокращеній матки подслизистыя стебельчатая фиброіома весьма часто могутъ быть изгоняемы изъ полости матки, причѣмъ измѣненія въ конфигураціи шейки и ея канала представляютъ полную аналогію съ таковыми же, наблюдаемыми при выкидышахъ. При рожденіи полипознаго образова-

нія во влагалище, или же потягиваніи за него sub operatione, нерѣдко наблюдается частичный выворотъ матки (*inversio uteri incompleta*); особенно часто такое смѣщеніе стѣнокъ матки происходитъ при *fibroma intraparietale polyposum*. Въ рѣдкихъ относительно случаяхъ, какъ мы уже видѣли выше (см. стр. 394), бываетъ иногда достаточно присутствія опухоли весьма незначительной величины, чтобы обусловить полный выворотъ матки (*inversio uteri totalis*) даже у женщины, не бывшей никогда беременной. Подъ именемъ *inversio uteri*, мы понимаемъ болѣе или менѣе равномерное смѣщеніе всѣхъ слоевъ мышечной стѣнки матки и не называемъ выворотомъ, хотя бы и частичнымъ, какъ это дѣлаетъ *Kehrer* (см. стр. 395), смѣщенія однихъ только внутреннихъ слоевъ растущей внутривѣточной опухолью, капсулу которой они составляютъ.

Слизистая оболочка полости тѣла матки, покрывающая стельчатая подслизистая фиброміома, представляется обыкновенно значительно измѣненной. При опухоляхъ, имѣющихъ капсулу, она утолщена, рыхла, въ состояніи хроническаго интерстиціального эндометрита, при долгомъ существованіи котораго она истончается, железы ея мѣстами переходятъ въ ретенціонныя кисты, мѣстами же при изслѣдованіи простымъ глазомъ отверстія ихъ представляются сильно растянутыми, такъ что слизистая оболочка пріобрѣтаетъ сѣтчатый видъ (*Klob*). Опухоли, не имѣющія капсулы и растущія непосредственно въ слизистую оболочку, уже при весьма незначительной своей величинѣ, обладаютъ только слѣдами слизистой оболочки; цилиндрической эпителий, покрывающій ея поверхность, непосредственно прилегаетъ къ разросшейся мышечной ткани опухоли, такъ что слизистая оболочка, въ смыслѣ отдѣльной оболочки, имѣющей извѣстную, видимую простымъ глазомъ толщину, не существуетъ. При опухоляхъ, родившихся во влагалище и долго тамъ находившихся, или, еще скорѣе, при родившихся наружу, поверхностный эпителий мѣняетъ свой характеръ и превращается относительно скоро въ однослойный плоскій.

При извѣстныхъ травматическихъ вліяніяхъ и при ущемленіи полипозныхъ образований въ шейкѣ матки, а иногда и безъ болѣе точно опредѣлимыхъ причинъ, наблюдается развитіе воспалительныхъ процессовъ въ толщѣ этихъ опухолей. Опухоль припухаетъ, въ разрѣзѣ отечна, окрашена въ болѣе или менѣе темно-красный цвѣтъ, мѣстами видны различной величины экстравазаты въ ея ткани; иногда она находится въ состояніи гангренознаго расмягченія. Въ кровеносныхъ сосудахъ, какъ и при внутривѣточныхъ фиброміомахъ, могутъ развиваться тромбы. Поверхность полипознаго образованія представляетъ иногда болѣе или менѣе значительной величины изъязвленія, дающія обильныя гнойныя отдѣленія. Послѣ неумѣлаго, форсированнаго



изслѣдованія маточнымъ зондомъ въ опухоли были уже не разъ находимы ложные ходы, произведенные этимъ инструментомъ. Нарушенія цѣлости имѣютъ иногда настолько своеобразный видъ, что на ощупь, при внутреннемъ изслѣдованіи родившагося во влагалище полипа, могутъ быть приняты за наружное маточное отверстіе.

Благодаря мѣстнымъ воспалительнымъ процессамъ наружной поверхности опухоли и внутренней поверхности матки или и влагалища, если полипъ помѣщается въ немъ, могутъ происходить болѣе или менѣе обширныя сращенія ихъ между собою, такъ что опухоль въ такихъ случаяхъ можетъ представляться имѣющею не одну, а двѣ или даже нѣсколько ножекъ. Развивающаяся гангрена или ихорозное размягченіе полипозной фиброиомы можетъ обусловить иногда, правда весьма рѣдко, полное отторженіе ея и такимъ образомъ самопроизвольное излѣченіе.

Въ подслизистой стебельчатой фиброиомѣ можетъ быть также наблюдаемо развитіе кистовидныхъ полостей, носящихъ на себѣ характеръ ретенціонныхъ образованій. *Гейнцге (Reinz, 1. с. стр. 415)* нашель въ одной такой кистѣ покрывающей ея стѣнки эндотелій, такъ что характеръ лимфактази можетъ считаться доказаннымъ и для этихъ опухолей. *С. Ruge и Diesterweg (Schroeder, 1. с. стр. 272)* находили мерцательный цилиндрической эпителий, а *Babesin* (цит. у *Diesterweg'a. «Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.»*, IX, 1883, стр. 191) — цилиндрической, выстилающей стѣнки кистъ. Присутствіе цилиндрическаго эпителия въ этихъ случаяхъ еще не говоритъ противъ ретенціоннаго ихъ характера, такъ какъ, какъ мы уже видѣли (см. стр. 559), при развитіи фиброиомъ непосредственно подъ слизистой оболочкою и въ толщѣ ея, дана полная возможность, чтобы нѣкоторыя изъ маточныхъ железъ оказались заключенными въ толщѣ новообразованія и тамъ превратились въ кистовидную полость, высланную свойственнымъ имъ мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Кромѣ подобныхъ кистовидныхъ полостей, лежащихъ болѣе или менѣе глубоко въ существѣ опухоли, гораздо чаще приходится наблюдать присутствіе ихъ въ периферическомъ слоѣ, въ толщѣ слизистой оболочки, гдѣ онѣ развиваются, какъ уже упомянуто выше, тѣмъ же путемъ, какъ это наблюдается при хроническихъ эндометритахъ.

Превращеніе полипозной фиброиомы въ саркому, какъ это имѣетъ мѣсто относительно внутрискѣлочныхъ опухолей, было уже описано съ полной достовѣрностью. Развитіе рака въ стебельчатыхъ фиброиомахъ полости матки наблюдается только какъ явленіе вторичное, при переходѣ *adeno-sarcom'ы* со слизистой оболочки въ толщу опухоли, или вслѣдствіе перехода доброкачественной *аденомы* слизистой оболочки, покрывающей полипозное образованіе и вросшей въ его ткань, въ злокачественную форму — *adeno-sarcom'у*.

**Подбрюшинныя фибромомы** (*fibroma subserosum*) встрѣчаются въ видѣ различной величины и формы опухолей, сидящихъ подъ брюшиннымъ покровомъ матки, причемъ точно такъ-же, какъ мы это видѣли при подслизистыхъ формахъ фибромомъ, смотря потому, изъ какой глубины стѣнки матки опухоль начинается развиваться, она можетъ имѣть или тонкую ножку (*fibroma polyposum subserosum*), или же относительно довольно толстую (*fibroma intraparietale polyposum subserosum*). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ опухоль ясно представляетъ слой мышечной ткани, окружающей ее на подобіе капсулы и отдѣляющей ее такимъ образомъ отъ брюшиннаго покрова. Опухоли, развивающіяся изъ самыхъ поверхностныхъ наружныхъ слоевъ мышцъ матки, весьма скоро вытягиваютъ и подлежащую ткань въ ножку, которая, смотря по количеству существовавшей непосредственной связи мышцъ опухоли съ мышцами матки, представляется состоящею кромѣ покрывающей ея брюшины или изъ рыхлой соединительной ткани, или же болѣе мясистой и состоитъ изъ пучка гладкихъ мышечныхъ волоконъ; во второмъ случаѣ она всегда толще и содержитъ большое количество сосудовъ, питающихъ опухоль, которая, въ свою очередь, представляется также болѣе величина, чѣмъ при тонкой и почти бессосудистой ножкѣ. Опухоли въ этомъ послѣднемъ случаѣ всегда весьма небольшихъ размѣровъ, достигаютъ едва величины грецкаго орѣха.

Самыми большими по размѣрамъ бывають опухоли, начинающія развиваться глубоко въ ткани стѣнки матки и, увеличиваясь по направленію къ наружи, отодвигающія передъ собою наружную часть своей капсулы, пока, наконецъ, благодаря своему большому размѣру, онѣ представляются сидящими на маткѣ, хотя и на широкомъ относительно основаніи, но все-таки имѣющими форму полипа (*fibroma intraparietale polyposum subserosum*). Эти опухоли гораздо болѣе долгое время остаются въ болѣе тѣсной связи съ подлежащими тканями, чѣмъ чисто полипозныя формы, чѣмъ и объясняется ихъ болѣе большой ростъ и величина.

При атрофіи, начинающей развиваться современемъ въ ихъ широкой и мясистой ножкѣ, можетъ образоваться вслѣдствіе мѣстнаго истонченія потеря вещества на ограниченномъ пространствѣ, и ножка сдѣлается двойною, какъ это я наблюдалъ разъ *sub laparotomy*.

Форма полипозныхъ подбрюшинныхъ фибромомъ большею частью шарообразная; при неравномѣрномъ развитіи отдѣльныхъ узловъ, входящихъ въ ея составъ, она представляется болѣе или менѣе грубо бугристою и неправильной формы, а при опухоляхъ болѣе величина или ущемляющихся въ тазу она можетъ быть въ различной степени плоскою, благодаря сдавливанію ея въ томъ или другомъ размѣрѣ совмѣстно растущими внутриматочными фибромомами, прижимающими ее къ органамъ, смѣщеніе которыхъ далѣе уже дѣлается невозможнымъ.

Подбрюшинныя фиброміомы встрѣчаются чаще всего развивающимися изъ дна матки. Начиная развиваться съ ея боковыхъ краевъ, онѣ врастаютъ въ ткань широкой связки между листками брюшины и представляются такимъ образомъ интралигаментарными. — Относительно рѣдко онѣ бывають одиночными, большею частью множественными (рис. 258) и весьма часто одновременно съ внутривъстѣночными или подслизистыми. Консистенція подсерозныхъ фиброміомъ обыкновенно весьма плотная, и онѣ относятся къ группѣ плотныхъ фиброміомъ, вообще, но при существованіи еще достаточной связи съ подлежащими тканями, какъ это наблюдается при внутривъстѣночныхъ полипозныхъ подбрюшинныхъ опухоляхъ, онѣ могутъ быть мягки, мясисти и содержать значительное количество и иногда весьма большихъ размѣровъ кровеносныхъ сосудовъ, преимущественно венъ. При плотной формѣ и небольшой величинѣ наблюдается часто отложеніе въ ткани ихъ известковыхъ солей — ихъ омѣлѣніе.



Рис. 258. (Virchow)

Благодаря полипозной формѣ и болѣе или менѣе длинной ножкѣ фиброміома subserosa весьма легко смѣщается и подвижна въ брюшной полости, такъ что при известной величинѣ она легко помѣщается въ excavatio recto-uterina, гдѣ и можетъ ущемиться, представляясь уже совершенно неподвижной. Подвижность же опухоли, вообще, сохраняется на долгое время при ея короткой ножкѣ и известной величинѣ, препятствующихъ ей смѣщаться въ Дугласово пространство. — При своемъ ростѣ въ полость брюшины опухоль все болѣе и болѣе растягиваетъ свою ножку, удлинняя и истончая ее. При существованіи уже болѣе длинной ножки наблюдались случаи перекручиванія ея съ послѣдовательнымъ быстрымъ омертвѣніемъ опухоли. Въ другихъ случаяхъ цѣлостность ножки, постепенно растягивающейся и истончающейся, можетъ быть совершенно нарушена, такъ что связь опухоли съ маткою совершенно нарушается, и опухоль дѣлается свободнымъ тѣломъ брюшины; такая совершенно свободная, подвижная, уже омѣлѣвшая опухоль величиною въ лѣсной орѣхъ была найдена проф. Turner'омъ въ Эдинбургѣ, помѣщающаюся въ Дугласовомъ пространствѣ на трупѣ одной женщины.

Подъ вліяніемъ процессовъ, происходящихъ въ существѣ подсерозной фиброміомы, или часто — травматическихъ условий, ея

наружная, покрытая брюшиною поверхность относительно легко дает поводъ къ образованію ложно-перепончатыхъ сращеній съ окружающими частями и органами брюшной полости. Сращенія эти иногда весьма богаты сосудами, чѣмъ отличаются особенно сращенія съ сальникомъ, такъ что мало-по-малу развивается непосредственная связь между сосудами опухоли и сосудами приращеннаго органа; новообразованіе, получая болѣе усиленный притокъ питательнаго матеріала, продолжаетъ усиленно расти, не смотря на то, что ножка его весьма тонка и почти безсосудиста. Такія окруженныя сращеніями, подсерозныя фиброміомы представляютъ иногда въ существѣ своемъ различнаго рода воспалительные процессы; наблюдались уже случаи нагноенія со вскрытіемъ въ брюшину или прямую кишку.

При существованіи болѣе толстой, неподатливой ножки, при своемъ ростѣ въ полость брюшины, кверху, подсерозная фиброміома увлекаетъ за собою матку, такъ что, кромѣ извѣстной степени elevationis uteri, наблюдаются вторичныя измѣненія въ ней. Ея шейка нерѣдко представляется значительно вытянутой, при чемъ она можетъ быть истончена на столько, что напоминаетъ по своему объему и виду уретру; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ наблюдалось почти полное нарушеніе ея цѣлости на ограниченномъ мѣстѣ. Случаи torsionis uteri нерѣдки, и иногда они такъ сильно выражены, что растянутая шейка матки представляется такъ-же перекрученной, какъ это наблюдается при перекручиваніи ножки кисты яичника. Мочевой пузырь, соединенный съ шейкою матки претерпѣваетъ иногда также значительныя смѣщенія и растяженіе въ длину. Достигая большой величины, fibroma polyposum subserosum можетъ иногда помѣщаться въ epigastrium или hypochondrium dextrum или sinistrum. Помѣщаясь въ hypochondrium dextrum, будучи туда смѣщена совместно существующею большою внутрисѣбною фиброміомою и имѣя болѣе плоскую форму, представляющую иногда большое сходство съ печенью, она можетъ быть при жизни принимаема за таковую. Возможность подобной ошибки уже извѣстна со временъ Cruvelhier'a, изслѣдовавшаго и описавшаго подобный случай («*Traité d'anatomie pathol. générale*», T. III, стр. 667). Присутствіе болѣе длинной ножки и удобосмѣщаемость фиброміомъ давали уже поводъ къ смѣшенію ихъ съ кистами яичника. Virchow (l. c., стр. 161) приводитъ случай отчасти омѣлѣвшей подсерозной фиброміомы, принятой сначала за lithoraedion. Значительная величина или ущемленіе въ тазу подсерозныхъ фиброміомъ, производя извѣстной степени сдавленія прямой кишки, сосудовъ и нервовъ тазовой полости, служитъ иногда исходною точкою упорныхъ скопленій кала, отековъ нижнихъ конечностей и различнаго рода болей.

**Фиброміомы шейки матки,** встрѣчаясь гораздо рѣже (отъ 5

до 10% всѣхъ случаевъ), чѣмъ таковыя тѣла матки, могутъ быть также раздѣлены на три формы, смотря по мѣсту своего нахожденія въ толщѣ стѣнки. Развивающіяся въ глубинѣ, въ толщѣ стѣнки шейки, внутривѣстничныя фиброміомы обладаютъ также рѣзко выраженной капсулою, и соединеніе ихъ съ нею болѣе рыхло, чѣмъ мы видѣли въ тѣлѣ матки, такъ что вылушеніе ихъ можетъ быть произведено еще болѣе легко. — Опухоли достигаютъ значительной величины до кулака взрослога человѣка и болѣе. Увеличиваясь въ объемѣ, утолщая и удлинняя такимъ образомъ стѣнку шейки, въ которой онѣ развиваются, онѣ даютъ поводъ къ значительнымъ смѣщеніямъ, нерѣдко крайне затрудняющимъ точное распознаваніе на живыхъ. Вся шейка матки представляется сильно вытянутою, достигаетъ въ длину 10,0 cm. и болѣе. Губа влагалищной части, принадлежащая стѣнкѣ, въ которой развивается фиброміома, значительно увеличивается и вдается во влагалище, иногда сильно растягивая его, другая губа, напротивъ того, совершенно сглаживается, такъ что переходъ слизистой оболочки канала шейки въ таковую-же влагалища опредѣляется только при внимательномъ изслѣдова-

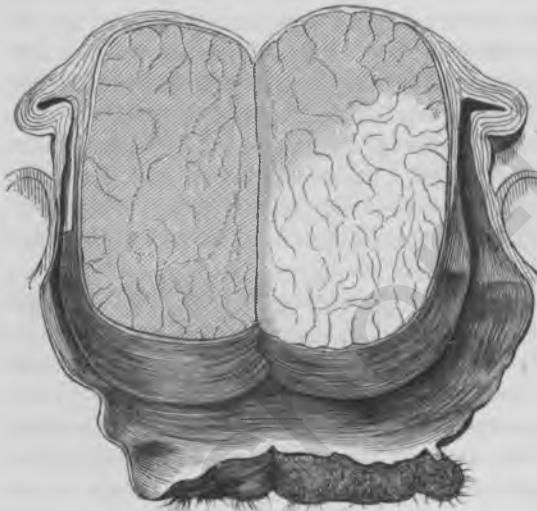


Рис. 259. (Virchow.)

ніи. Orif. externum значительно измѣняетъ свою форму: оно представляется въ видѣ поперечной щели различной величины, непосредственно располагающейся на протяженіи опухоли, вдающейся во влагалище. Благодаря тому, что его трудно бываетъ найти сразу, вслѣдствіи его смѣщенія, уже не разъ внутривѣстничная фиброміома шейки была признаваема на живыхъ за *inversio uteri*. Тѣло матки, не увеличенное въ объемѣ, представляется только смѣщеннымъ кверху и сидитъ на опухоли въ видѣ придатка (рис. 253).

Опухоли, развивающіяся нѣсколько ближе къ внутренней поверхности стѣнки шейки матки и имѣющія рѣзко выраженную капсулу, достигая извѣстнаго объема, сильно выпячиваются въ каналъ шейки и черезъ растянутый *orificium exter-*

пим во влагалище, при этомъ онѣ вытягиваютъ за собою ножку, въ составъ которой, кромѣ покрывающей ее слизистой оболочки. входитъ капсула опухоли (т. е. внутренніе слои стѣнки шейки): получается форма, названная нами при разборѣ подобныхъ же опухолей тѣла матки *fibromyoma intraparietale polyposum submucosum*. При дальнѣйшемъ ростѣ и увеличеніи опухоли въ объемѣ капсула по всей периферіи ея мало-по-малу истончается и можетъ пропадать безслѣдно, оставаясь только на гораздо болѣе долгое время въ ножкѣ и частяхъ опухоли, къ ней прилегающихъ, такъ что подобныя фиброміомы, не смотря на свою полипозную форму, легко могутъ быть вылуцаемы послѣ того, какъ сдѣланъ надрѣзъ капсулы въ ножкѣ. Полипозныя формы внутристѣночной фиброміомы задней стѣнки канала шейки, достигая извѣстной величины и опускаясь во влагалище и будучи искусственно вытянуты черезъ наружные половые органы, весьма легко влекутъ за собою *inversio uteri partialis*, такъ что образующаяся при этомъ ножка содержитъ значительный участокъ брюшины Дугласова пространства. Подобную *inversio uteri partialis* въ области шейки мнѣ пришлось однажды изслѣдовать на трупѣ; частичный выворотъ былъ обусловленъ фиброміомою задней стѣнки шейки величиною въ кулакъ взрослога человѣка, помѣщавшейся во влагалищѣ; опухоль имѣла рѣзко выраженную капсулу на всемъ своемъ протяженіи.

*Fibromyoma submucosum* въ формѣ полипа, сидящаго на тонкой ножкѣ въ каналѣ шейки, встрѣчается весьма рѣдко, и чаще опухоль развивается въ поверхностныхъ слояхъ стѣнокъ влагалищной части и вытягиваетъ за собою въ формѣ ножки одну изъ губъ ея. При этомъ опухоль растетъ по направленію во влагалище и, достигая извѣстныхъ размѣровъ, легко смѣщается наружу, вызывая при этомъ значительное опущеніе или и выпаденіе матки. *Orificium externum* при этой формѣ также иногда можетъ быть найдено только съ большимъ трудомъ, будучи расположено на вытянутой въ толстую ножку губѣ въ видѣ незначительной величины поперечнаго отверстія, имѣющаго только съ одной стороны рѣзко выраженный какъ бы перепончатый край, принадлежащій также до извѣстной степени растянутой губѣ, противоположной той, на которой развилась опухоль.

Фиброміомы, растущія изъ наружныхъ слоевъ задней стѣнки шейки матки, представляются обыкновенно сидящими на широкомъ основаніи и покрытыми брюшиною Дугласова пространства (*fibromyoma subserosum cervicis*). Эти опухоли могутъ достигать весьма значительныхъ размѣровъ и, разрастаясь въ подбрюшинной клѣтчаткѣ и между влагалищемъ и прямою кишкою, выполняютъ въ большей или меньшей степени полость малаго таза. Онѣ представляются какъ бы вколоченными въ тазъ и не могутъ быть смѣщаемы, чѣмъ и отличаются отъ вколачивающихся подсероз-

ныхъ фиброміомъ тѣла матки, могущихъ быть выведенными болѣе или менѣе изъ Дугласова пространства. *Fibromyoma subserosum cervicis* или *fibromyoma retro-cervicale*, разрастаясь кверху, производитъ сильное растяженіе всей шейки и смѣщаетъ матку *in toto* кверху, растягивая при этомъ значительно влагалище. *Orificium externum* помѣщается высоко, надъ *symphysis ossium pubis* (рис. 260). Подобный случай былъ въ свое время описанъ изъ нашей клиники д-ромъ В. Масловскимъ («*Медицинскій Вѣстникъ*», 1883).

Фиброміомы шейки встрѣчаются одинаково часто въ видѣ плотныхъ, богатыхъ соединительной тканью опухолей, какъ и мягкихъ съ преобладаніемъ гладкихъ мышечныхъ элементовъ. — Не смотря на относительно часто встрѣчающееся ихъ оплотнѣніе (*induratio*), вслѣдствіе развитія плотной волокнистой соединительной ткани, отложеніе солей извести — ихъ омѣлнѣніе — встрѣчается только весьма рѣдко.

Случаи *fibromyoma lymphangiectodes et telangiectodes* были также наблюдаемы при опухоляхъ шейки матки. *Грамматикати* описалъ изъ нашей клиники весьма поучительный случай кавернозной фиброміомы съ переходомъ въ гангрену, вслѣдствіе ущемленія толстой ножки опухоли въ наружномъ зѣвѣ матки послѣ ея рожденія во влагалище («*Протоколы Общества русскихъ врачей въ Спб.*», 1880 г., 25-го сентября).

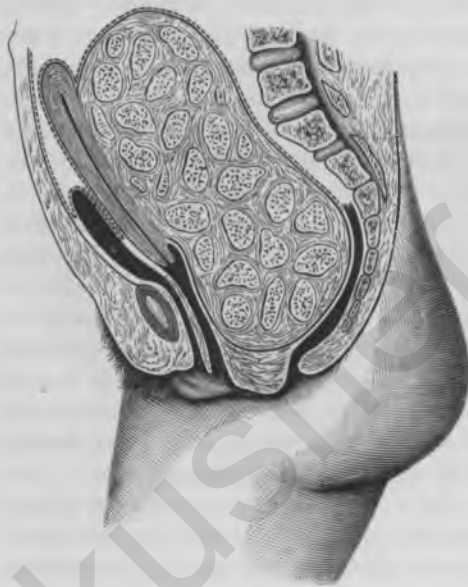


Рис. 260.

**Этіологія.** *Fibromyoma uteri* представляетъ одно изъ самыхъ частыхъ заболѣваній, свойственныхъ маткѣ женщины, находящейся въ періодѣ полного развитія половой дѣятельности.

Начало развитія новообразованія, не вызывая обыкновенно никакихъ симптомовъ, остается не извѣстнымъ, и больныя, обладающія уже въ достаточной степени развитыми фиброміомами, обращаются за врачебною помощію чаще между 30 и 50 годами своей жизни. Вообще, у женщинъ послѣ тридцатилѣтняго возраста фиброміомы были находимы весьма часто, отъ 20 до 40%.

всѣхъ случаевъ. Американскіе врачи утверждаютъ, что у негритянокъ и мулатокъ онѣ встрѣчаются еще чаще.

До сихъ поръ ни клиническимъ, ни анатомическимъ путемъ развитіе фиброміомы въ періодѣ жизни до наступленія половой зрѣлости еще не было найдено, такъ что дана полная возможность допустить, что онѣ никогда не бываютъ врожденными и развиваются только на почвѣ органа, уже начавшаго функционировать, что для матки, какъ мы уже видѣли наступаетъ съ появленіемъ менструаціи.

Выясненіе этиологическаго момента для cadaго даннаго случая развитія фиброміомы представляется еще совершенно не возможнымъ, такъ что мы должны довольствоваться пока общими положеніями. — Патологическая анатомія учитъ насъ, что фиброміомы суть не что иное, какъ мѣстная гиперплазія тканей стѣнки матки, происходящая по типу гиперплазій, свойственныхъ физиологическимъ процессамъ, разыгрывающимся время отъ времени въ маткѣ (беременность), и отличающаяся отъ нихъ только своимъ гнѣзднымъ характеромъ; поэтому уже *Virchow* совершенно опредѣленно высказался за ирритативный характеръ начала ихъ развитія. Подъ вліяніемъ извѣстной силы раздраженія, дѣйствующаго на извѣстную часть маточной стѣнки, представляющей къ тому же еще извѣстное предрасположеніе вслѣдствія того или другаго своего измѣненія, можетъ быть данъ толчекъ къ мѣстной гиперплазіи ткани, выражающейся анатомически въ утолщеніяхъ мышечныхъ пучковъ данной мѣстности. Ограниченныя измѣненія слизистой оболочки матки въ формѣ нерѣдко встрѣчающихся моллюско-образныхъ опухолей часто сопровождаются и измѣненіями стѣнки матки въ формѣ развитія фиброміомъ. — Къ предрасполагающимъ моментамъ со стороны стѣнки матки слѣдуетъ отнести измѣненія ея, свойственныя недостаточноту развитію (*uterus infantilis*) у хлоротическихъ, и нѣкоторые другіе пороки развитія, встрѣчающіяся врожденно и объясняющіе намъ иногда наблюдаемое развитіе фиброміомъ у нѣсколькихъ сестеръ, дѣтей одной и той-же матери.

Къ предрасполагающимъ моментамъ должны быть отнесены также болѣзненные состоянія стѣнокъ матки, извѣсныя подъ именемъ *subinvolutio uteri* послѣ выкидышей и родовъ, равно какъ и обусловливаемые въ нихъ нарушенія правильнаго кровообращенія подъ вліяніемъ существующихъ по сосѣдству патологическихъ процессовъ, какъ, напр., растущихъ опухолей яичниковъ и новообразованій шейки матки. Часто встрѣчающіяся фиброміомы матки при ея выпаденіи могутъ по этиологіи своего происхожденія также быть отнесены къ этой группѣ.

Множественность, наблюдающаяся всегда въ началѣ развитія фиброміомъ, дала поводъ *Cordes'у* (l. c., стр. 27) высказать предположеніе о возможности инфекціоннаго процесса, лежащаго



въ основѣ раздраженія, вызвавшего развитіе опухолей. Наблюдатели болѣе отдаленной эпохи давно уже считали воспалительные процессы ихъ исходною точкою, такъ *Galenus* (цитиров. у *Virchow'a l. c.*, стр. 147), называя фибромиомы *sclerom'*ами говорить: «*scleroma uteri est tumor subdurus in aliqua uteri parte exortus, qui plerumque ex diuturnis inflammationibus nascitur*». — За послѣднее время *Olshausen* («*Centralblatt f. Gyn.*», 1886, стр. 487) высказывается за то, что продолжительные приливы къ маткѣ (*anhaltende Kongestivzustände des Uterus*) могутъ быть первичнымъ явленіемъ и давать поводъ къ развитію фибромиомы.

Предположеніе, что недостатокъ функціи матки и полового аппарата, вообще, предрасполагають къ развитію мѣстныхъ гиперплазій въ формѣ развитія фибромиомъ, не оправдывается существующими фактами. Бесплодіе и воздержаніе отъ *coitus'a* не могутъ считаться въ числѣ предрасполагающихъ причинъ, такъ какъ гораздо болѣе половины больныхъ, имѣющихъ фибромиомы, суть женщины уже рожавшія или выкидышавшія, и  $\frac{3}{4}$  изъ нихъ суть женщины замужнія, а въ остальной четверти отнюдь не всѣ представляются, какъ *puellae intactae*. Бесплодіе, какъ мы увидимъ ниже, есть слѣдствіе присутствія опухоли, а не причина, предрасполагающая къ развитію фибромиомы, и только невозможность въ большей части случаевъ опредѣлять при жизни начало развитія заболѣванія отчасти оправдываетъ существовавшее предположеніе.

**Припадки, теченіе и исходы.** Фибромиомы матки при извѣстной своей величинѣ и извѣстномъ мѣстѣ развитія иногда весьма долгое время могутъ существовать, не вызывая никакихъ болѣзненныхъ припадковъ и, не смотря на довольно значительную величину — до размѣровъ головки ребенка, могутъ быть находимы, какъ явленіе случайное, при гинекологическомъ изслѣдованіи больныхъ или на вскрытіяхъ. Въ большей части случаевъ ихъ внутри- или внѣмышечное мѣстонахожденіе въ маткѣ обуславливаетъ тѣ или другіе припадки, но никогда не приходится наблюдать извѣстнаго комплекса симптомовъ, который указывалъ бы хотя съ большею или меньшею вѣроятностью на ихъ внутривѣбный, подбрюшинный или подслизистый характеръ. По однимъ только симптомамъ никогда нельзя даже и приблизительно точно опредѣлить ихъ мѣстонахожденіе, тѣмъ болѣе, что, какъ мы уже видѣли, фибромиомы рѣдко бываютъ одиночны, и почти всегда встрѣчаются комбинаціи одного болѣе рѣзко развитого вида съ другимъ. На основаніи этого намъ кажется болѣе удобнымъ разбирать припадки фибромиомъ, каждый отдѣльно, и не соединять ихъ въ группы, якобы свойственныя тому или другому мѣстонахожденію опухоли.

Фибромиомы, развиваясь въ маткѣ, обуславливають различнаго рода болевья ощущенія и нарушаютъ функціи, какъ ея

самой, такъ и сосѣднихъ органовъ. Функциональныя разстройства матки рѣзко выражены въ нарушеніи типа менструаціи, бесплодіи и, если забеременѣваніе еще возможно, и матка представляется беременною, — то въ неправильномъ теченіи беременности (выкидыши), родовъ и послѣродового періода.

Самыми частыми припадками представляются кровотечения и боли. Кровотеченія при развитіи фиброміомъ въ маткѣ наблюдаются, какъ самый частый и рѣзко-выраженный симптомъ; они развиваются обыкновенно исподволь, мало-по-малу и никогда не являются сразу, вдругъ въ большомъ количествѣ, какъ это бываетъ, напримѣръ, при изъязвляющихся злокачественныхъ новообразованіяхъ шейки матки. Въ началѣ болѣзни, когда присутствіе опухоли еще почти не опредѣлимо, наблюдается мало-помалу развитіе усиленной потери крови при менструальныхъ кровотеченияхъ (*menstruatio profusa*); затѣмъ регулы начинаютъ появляться ранѣе обычнаго срока и продолжаются болѣе долгое время; потеря крови въ это время весьма значительна, но типъ періодичности кровотеченій еще сохраненъ (*menorrhagia*). Съ дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни періодичность пропадаетъ, больныя почти постоянно кровоточатъ, причемъ незначительныя потери крови смѣняются весьма сильными кровотечениями, появляющимися безъ всякаго порядка (*metrorrhagia*). Количество теряемой крови бываетъ громадно, почти невѣроятно: развивается картина общаго хроническаго малокровія (*anaemia*), со всѣми ему свойственными измѣненіями и припадками. Но какъ только, подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ причинъ, кровотеченіе приостанавливается, больныя быстро поправляются, все-таки съ тѣмъ, чтобы при вновь появившейся болѣе значительной потерѣ крови, снова вернулись всѣ прежніе припадки; эти временныя улучшенія и быстро наступающія ухудшенія общаго состоянія больныхъ представляются весьма характернымъ явленіемъ въ теченіи фиброміомъ матки. Кровотеченія, убивавшія больную, наблюдались только весьма рѣдко въ случаяхъ, представлявшихъ значительныя особенности со стороны строенія опухоли и окружающей ткани.

Обыкновенно мѣстомъ кровотеченія служить не сама опухоль и не слизистая оболочка, ее покрывающая, а слизистая оболочка полости матки, выстилающая стѣнки ея, не занятая фиброміомою. Подъ вліяніемъ усиленнаго притока питательнаго матеріала, вызываемаго ростомъ новообразованія, и явленій венозныхъ застоевъ, слизистая оболочка полости матки при фиброміомахъ, гдѣ бы онѣ не развились, представляетъ измѣненія, свойственныя въ общихъ чертахъ гиперпластическимъ эндометритамъ (*endometritis fungosa*) (*Wyder, «Archiv, f. Gyn.», 1887, XXIX, стр. 38*), отличающимся, какъ мы уже видѣли (см. стр. 509), особою способностью давать сильныя кровотечения. Только стебель-

чатая фиброміомы, развивающіяся подъ брюшиною и не достигшія еще особенно большихъ размѣровъ, не обусловливаютъ измѣненій слизистой оболочки матки и не даютъ кровотеченій; но и при нихъ, при извѣстномъ нарушеніи кровообращенія и развитіи венозныхъ застоевъ, обусловливаемыхъ ихъ величиною, наступаютъ потери крови изъ слизистой оболочки полости матки. Чѣмъ ближе къ внутренней поверхности стѣнки матки развивается внутривѣшная фиброміома, тѣмъ рѣзче измѣненія слизистой оболочки, и тѣмъ интенсивнѣе кровотечения.

Какъ мы уже сказали, кровотечения не изъ сосудовъ измѣненной слизистой оболочки полости тѣла матки при фиброміомахъ наблюдаются только весьма рѣдко, какъ явленія исключительныя. Изъязвленія капсулы подслизистой опухоли, сидящей на широкомъ основаніи или имѣющей уже болѣе или менѣе выраженную ножку (*fibroma intraparietale polyposum submucosum*), могутъ дать поводъ къ узурѣ большихъ кавернозныхъ венозныхъ сосудовъ, развивающихся иногда въ значительномъ числѣ въ капсулѣ (см. стр. 550 и рис. 252) и обусловить весьма сильное кровотеченіе, могущее быстро повести къ летальному исходу. Такое же нарушеніе цѣлости сосудовъ наблюдается иногда и при самопроизвольномъ вылученіи опухоли; но при этомъ кровотеченіе, хотя и можетъ представляться весьма значительнымъ, никогда еще не достигало степени смертельнаго. Точно такъ-же и кровотечения изъ сосудовъ существа самой опухоли, имѣющія иногда мѣсто, благодаря изъязвленіямъ, проникающимъ на большую глубину, никогда почти не достигаютъ большихъ размѣровъ, такъ какъ только въ исключительныхъ случаяхъ ткань фиброміомы содержитъ большое число болѣе значительной величины кровеносныхъ сосудовъ.

*Fibroma polyposum submucosum* представляетъ большую частію свою поверхность покрытою истонченною слизистой оболочкою, содержащею только весьма малое количество кровеносныхъ сосудовъ небольшихъ размѣровъ, такъ что кровотечения и при этой формѣ имѣютъ мѣстомъ своего развитія измѣненную, воспалительно-утолщенную слизистую оболочку остальной, не занятой ножкою опухоли части полости тѣла. При рѣзко-выраженныхъ застояхъ въ болѣе крупныхъ венозныхъ стволахъ матки и окололежащихъ органовъ наблюдаются иногда ихъ варикозныя расширенія, способныя въ свою очередь при извѣстныхъ условіяхъ дать разрывъ своей стѣнки и колоссальное кровотеченіе; извѣстенъ случай такого кровотечения изъ мочевого пузыря при фиброміомѣ матки, источникомъ котораго была найдена на вскрытіи лопнувшая варикозно-расширенная вена слизистой оболочки пузыря.

Не всегда, но довольно часто, въ промежуткахъ времени между кровотечениями, изъ матки наблюдается появленіе болѣе

или менѣе значительныхъ бѣлей. Выдѣленія изъ полости матки бывають иногда весьма обильны и представляются въ видѣ серозно-гноной жидкости, въ большей или меньшей степени окрашенной кровью. Особенно такое обильное выдѣленіе наблюдается при подслизистыхъ полипозныхъ фиброміомахъ (*myomes hydrogêiques, Trelat*); иногда вслѣдствіе временной непроходимости того или другого мѣста просвѣта полости матки они задерживаются и извергаются затѣмъ вдругъ въ значительномъ количествѣ («*hydroorrhée intermittente*» французовъ). *Fibromyoma colli uteri*, осложняясь почти всегда рѣзко выраженнымъ катарромъ слизистой оболочки канала шейки, сопровождается также усиленными выдѣленіями, имѣющими характеръ болѣе или менѣе густой слизи или слизистаго гноя (*mucopus*).

Къ числу самыхъ частыхъ, сопровождающихъ развитіе фиброміомъ матки симптомовъ относятся различнаго характера и мѣстоприсхожденія болевья ощущенія. Небольшой величины опухоль, разрастаясь въ толщѣ стѣнки матки, насильственно растягивая ее, при извѣстныхъ условіяхъ со стороны состоянія тканей ея, вызываетъ различной интенсивности боли, существующія болѣе или менѣе постоянно и усиливающіяся весьма значительно во время регуль (*dysmenorrhoea*). Съ увеличеніемъ объема опухоли и превращеніемъ ея въ подсерозную, эти боли иногда совершенно исчезаютъ; но за то съ постепеннымъ ростомъ опухоли въ видѣ подбрюшиннаго полипознаго новообразованія нерѣдко присоединяются мѣстные воспалительные процессы брюшины, покрывающей ее и близлежащія органы, и, какъ слѣдствіе ихъ, развиваются характерныя, часто обостряющіяся периметритическія боли. При существованіи болѣе обширной опухоли въ нижней части живота травмы обыденной жизни получаютъ еще большее значеніе, и мѣстные воспалительные процессы брюшины или постоянно поддерживаются, или же непосредственно обуславливаются ими. Присутствіе фиброміомъ въ стѣнкахъ матки весьма часто осложняется развитіемъ хроническаго воспаления этихъ послѣднихъ (*metritis chronica*), которое въ свою очередь служитъ источникомъ свойственныхъ ему болевыхъ ощущеній.

*Fibromyoma interstitiale polyposum submucosum* и чистыя подслизистыя фиброміомы, помѣщаясь въ полости матки, какъ мы уже видѣли, весьма скоро вызываютъ сокращенія матки и мало-по-малу начинаютъ изгоняться изъ полости ея; эти періодическія сокращенія мускулатуры матки, находящейся нерѣдко въ стояніи хроническаго воспаления, даютъ ощущеніе спазмодическихъ болей (*colica uterina*), особенно рѣзко усиливающихся во время менструацій, при чемъ опухоль, находящаяся въ періодѣ своего медленнаго изгнанія изъ полости матки, во время менструальнаго кровотеченія представляется болѣе доступной и болѣе

или менѣе выстоять изъ наружнаго отверстія матки; съ прекращеніемъ же менструальнаго прилива и уменьшеніемъ интенсивности маточныхъ сокращеній, она снова уходитъ болѣе глубоко назадъ въ полость тѣла матки («tumeurs à apparitions intermittentes» французовъ). Такимъ образомъ, съ каждымъ разомъ все болѣе и болѣе опухоль прокладываетъ себѣ путь черезъ шейку матки и, наконецъ, родится во влагалище, сокращенія матки утихаютъ, и боли, такъ сильно мучившія больную, сразу пропадаютъ. Такая *dysmenorrhoea spasmodica* наблюдается по временамъ иногда и при чистыхъ формахъ внутримѣсячныхъ фиброміомъ, въ случаяхъ, когда полость матки представляетъ мѣстные перегибы своего просвѣта, вслѣдствіе неправильнаго роста опухоли: кровь и выдѣленія полости матки задерживаются выше мѣста перегиба и, достигая извѣстнаго количества, вызываютъ интенсивныя сокращенія матки, преодолѣвающія, наконецъ, препятствіе и изгоняющія наружу все жидкое содержимое полости. Схваткообразныя боли при этомъ достигаютъ иногда весьма высокой степени интенсивности и представляются характерными по внезапному своему прекращенію, наблюдающемуся вслѣдъ за каждымъ приступомъ и связанному съ истеченіемъ изъ влагалища большого или меньшаго количества кровянистыхъ выдѣленій. Интенсивность болей во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ *dysmenorrhoeae spasmodicae* бываетъ крайне различна и въ болѣе легкихъ ограничивается только появленіемъ характерныхъ болей въ поясницѣ, напоминающихъ больнымъ, уже имѣвшимъ дѣтей, родовыя боли перваго періода родовъ.

Кромѣ того фиброміомы матки, гдѣ бы онѣ не развились, достигая большой величины, обуславливаютъ рядъ болѣзненныхъ ощущеній, свойственныхъ, вообще, всѣмъ большимъ опухолямъ полости живота. Ощущеніе тяжести и полноты въ животѣ, боли въ крестцѣ, напираніе на низъ и мѣстныя периметритическія боли суть обычныя явленія при опухоляхъ, достигающихъ величины головы взрослого человѣка. При извѣстныхъ степеняхъ ущемленія опухоли въ полости малаго таза, вслѣдствіе давленія на нервные стволы и кровеносные сосуды развиваются различнаго рода невралгіи, парезы и отеки нижнихъ конечностей. Подсерозныя фиброміомы болѣе значительной величины, обуславливая иногда неправимыя выпаденія матки и влагалища, равно какъ подслизистыя, причиняя выворотъ матки, даютъ картину болѣзни, свойственную этимъ неправильнымъ положеніямъ, кромѣ припадковъ, присущихъ самому новообразованію. Смѣщенія матки и ущемленіе заматочныхъ, завлагалищныхъ и интралигаментарныхъ опухолей, наступающее подъ вліяніемъ роста ихъ въ большей или меньшей степени, раньше всего даютъ себя знать болевыми ощущеніями въ нижней части живота и полости таза.

Фиброміомы матки при постепенномъ своемъ ростѣ, причиняя

то или другое отклоненіе въ нормальномъ положеніи матки, или, смотря по своему положенію, непосредственно сами, производятъ извѣстное давленіе на сосѣдніе органы, обуславливая тѣмъ тѣ или другіе припадки. Усиленная *anteflexio uteri* подѣ влияніемъ начинающей рости или достигшей уже большей величины фиброміомы въ днѣ матки, производя давленіе на мочевой пузырь, вызываетъ нестерпимые и частые позывы къ мочеиспусканію, или же, напротивъ того, сдавливая его шейку и мочеиспускательный каналъ, вызываетъ задержку мочи съ послѣдовательнымъ катарромъ мочевого пузыря. Ухудшеніе этихъ припадковъ во время менструальныхъ увеличеній опухоли представляетъ нерѣдкое явленіе. Задержка мочи при фиброміомѣ матки наблюдается также, какъ результатъ недостаточности сократительной способности *detrusoris vesicae*, развивающейся подѣ влияніемъ отека мышечныхъ стѣнокъ пузыря, переходящаго на нихъ съ опухоли (*Winckel l. c., стр. 465*). Опухоли средней величины, обуславливая *retroflexio-versio* матки, вызываютъ задержку мочи совершенно тѣмъ же путемъ, какъ это наблюдается при *retroflexio uteri gravidi*. Только что поименованныя расстройства мочеиспусканія съ развитіемъ болѣзни все болѣе и болѣе усиливаются, достигая своего аспе и дѣлаясь постоянными при состоявшемся ущемленіи опухоли въ полости малаго таза. При извѣстномъ положеніи фиброміомы матки въ тазу, оба мочеточника или одинъ изъ нихъ могутъ оказаться болѣе или менѣе значительно сдавленными: развитіе гидронефроза, *morbi Brigthii* и камней лоханокъ уже наблюдались, какъ послѣдовательныя заболѣванія, равно какъ извѣстны и смертельные случаи вслѣдствіе развивающейся этимъ путемъ уреміи. Частыя, иногда ничѣмъ не устранимыя рвоты больныхъ, имѣющихъ фиброміому матки, нерѣдко имѣютъ уремическое происхожденіе.

Давленіе опухоли на прямую кишку обуславливаетъ обыкновенно развитіе привычныхъ запоровъ и варикознаго расширенія геморроидальныхъ сосудовъ съ присутщими имъ припадками. При развивающемся вдругъ ущемленіи опухоли одна изъ петель тонкихъ кишекъ можетъ оказаться прижатою до полного уничтоженія ея просвѣта, — развивается картина заворота кишекъ (*ileus*); въ подобномъ случаѣ, бывшемъ въ нашей клиникѣ, ручное вправленіе опухоли сразу прекратило всѣ грозные припадки. Причиною непроходимости кишекъ при фиброміомахъ матки служатъ чаще развивающіяся тяжеобразныя ложныя перепонки брюшины и обуславливаемая ими возможность перегиба и перекручиванія кишечныхъ петель.

Результатомъ долго продолжающагося, равномернаго давленія фиброміомою матки на сосѣдніе органы появляется иногда мѣстная атрофія тканей этихъ послѣднихъ до полного ихъ исчезновенія, дающая въ свою очередь тѣ или другіе припадки. Такъ, напри-

мѣръ, при наступленіи сказаннымъ путемъ продыравленія задней стѣнки мочевого пузыря можетъ появиться произвольное истечение мочи; извѣстны впрочемъ случаи такого, какъ бы, вростанія опухоли въ мочевой пузырь, не вызывавшіе никакихъ особенно рѣзко выдающихся припадковъ. Передняя стѣнка прямой кишки и задняя влагалища при завлагалищныхъ фиброміомахъ могутъ оказаться также мѣстно-атрофированными до образованія отверстія. — Колоссальныхъ размѣровъ фиброміомы, выполняя, на сколько это возможно, вполнѣ брюшную полость, обуславливаютъ развитіе иногда въ высокой степени отвислага живота (*venter prorepens*), при чемъ извѣстны случаи, гдѣ опухоль большею своею частью помѣщалась въ грыжевомъ мѣшкѣ, образовавшемся вслѣдствіе расхожденія бѣлой линіи. Наружные покровы такой грыжи представляются весьма истонченными, мало-по-малу изъязвляются и продыравливаются, такъ что подсерозная фиброміома матки въ этихъ случаяхъ обнажается и лежитъ однимъ своимъ сегментомъ непосредственно снаружи. Мы уже видѣли, что подъ вліяніемъ давленія опухоли на крупные венозные стволы развиваются отеки нижнихъ конечностей; рядомъ съ этимъ наблюдается также развитіе варикозныхъ расширеній ихъ венъ и появленіе время отъ времени, особенно при менструаціи, различной величины экстравазатовъ въ кожь бедра и голей. При существованіи рѣзко выраженной анеміи крупные вены нижнихъ конечностей относительно нерѣдко у больныхъ, имѣющихъ значительной величины фиброміому, служатъ мѣстомъ развитія тромбоза съ послѣдовательною *phlegmasia alba dolens* (*Bastard. «De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus», Thèse de Paris, 1882*).

Появленіе болѣе или менѣе значительнаго количества свободной серозной жидкости въ полости брюшины при фиброміомахъ матки представляется относительно не частымъ явленіемъ и стоитъ обыкновенно въ связи или съ процессами, разыгрывающимися въ существѣ самой опухоли, или съ извѣстною степенью общей анеміи, или же оно зависитъ отъ хроническихъ воспалительныхъ измѣненій брюшины.

Существовавшее ученіе, что безплодіе (*sterilitas*) предрасполагаетъ къ развитію фиброміомъ матки, какъ уже сказано, мало-по-малу было опровергнуто накоплавшимися фактами. Число женщинъ, рожавшихъ одинъ разъ, весьма значительно между больными, имѣющими фиброміомы въ маткѣ, число же многородящихъ представляется значительно меньшимъ относительно средняго числа многородящихъ, вообще, такъ что дѣлается болѣе, чѣмъ вѣроятнымъ, что присутствіе фиброміомы затрудняетъ дальнѣйшія забеременѣванія. Анатомія вполнѣ подтверждаетъ это положеніе, указывая намъ на измѣненія, сопровождающія въ большинствѣ случаевъ развитіе фиброміомъ: обусловленные развитіемъ опу-

холи, неправильныя положенія матки, перегибы просвѣта ея полости, заболѣванія слизистой ея оболочки, хроническіе воспалительные процессы околоматочной брюшины съ послѣдовательными измѣненіями трубъ и яичниковъ—представляютъ комплексъ патологическихъ состояній, препятствующихъ, смотря по своему развитію, въ большей или меньшей степени забеременѣванію и обусловливающихъ бесплодіе (*impotentia concipiendi*). При извѣстныхъ условіяхъ, когда измѣненія, препятствующія забеременѣванію, не выражены достаточно рѣзко, какъ, напримѣръ, это часто наблюдается при подсерозныхъ фиброміомахъ, беременность наступаетъ относительно легко, имѣетъ нормальное теченіе и кончается въ срокъ. Весьма рѣдко присутствіе фиброміомы даетъ поводъ къ развитію оплодотвореннаго яйца не въ маткѣ: случаи внѣматочной беременности наблюдались, какъ большія исключенія.

Какъ мы уже видѣли, наступившая беременность можетъ имѣть нормальное теченіе, не смотря на присутствіе даже весьма многочисленныхъ внутривѣстныхъ фиброміомъ, но весьма часто все-таки нормальное теченіе ея прерывается, и наступаетъ выкидышъ, и тѣмъ легче, чѣмъ ближе къ нижнему отрѣзку матки помѣщается опухоль. Причиной выкидыша большею частію являются измѣненія слизистой оболочки (*endometritis decidualis*—кровоотеченія) и неправильныя положенія матки (*retroflexio uteri gravidi*).

Смотря по мѣсту своего развитія, фиброміома можетъ представить то или другое препятствіе во время родового акта. Включенныя ретроцервикальныя опухоли могутъ обусловливать абсолютное суженіе таза, такъ что роды дѣлаются невозможными (рис. 261). Подвижныя подбрюшинныя опухоли, помѣщающіяся въ Дугласовомъ пространствѣ, могутъ быть произвольно или искусственно вправляемы, равно какъ и внутривѣстныя фиброміомы шейки могутъ быть искусственно устраняемы вылущеніемъ, и такимъ образомъ уничтожается производимое ими суженіе родового канала и невозможность родовъ. Со стороны плода, при незначительныхъ степеняхъ суженія, наблюдается иногда по истеченіи водъ усиленная конфигурація головки, въ формѣ ея уплощенія, связаннаго иногда съ произвольными переломами костей черепа или разрывомъ малаго родничка. Но далеко не всегда сокращенія мышцъ матки бываютъ на столько энергичны, и нерѣдко при фиброміомахъ наблюдается извѣстная степень атоніи ихъ: роды затягиваются, благодаря недостаточной силѣ и неправильности родовой дѣятельности мышечныхъ стѣнокъ матки. Кромѣ того на теченіе родового акта вліяетъ также преобладаніе ягодичныхъ и поперечныхъ положеній, какъ это, вообще, свойственно случаямъ суженія таза, зависящаго отъ той или другой причины. Подслизистыя полипозныя формы фиброміомъ,



смотря по величинѣ своей ножки и мѣсту ея прикрѣпленія, могутъ иногда родиться передъ подлежащею частью и дать поводъ къ ошибкѣ: извѣстенъ случай наложенія щипцовъ на такую опухоль, принятую за головку плода. Тонкая ножка родившейся такимъ образомъ опухоли разрывается иногда произвольно, большею же частью искусственно перерѣзается, и роды вслѣдъ за этимъ кончаются силами природы.



Рис. 261.

Вслѣдствіе атоніи мускулатуры матки при фиброміомахъ наблюдаются нерѣдко различной интенсивности кровотеченія, какъ тотчасъ по окончаніи родовъ, такъ и въ первые дни послѣродового періода. Особенно угрожающими они бываютъ въ случаяхъ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста на самой опухоли. Травма родовой дѣятельности матки можетъ вызывать надрывы ткани опухолей

и ихъ капсулы; рѣдкій и весьма поучительный случай приводитъ *Gusserow* («*Die Neubildungen des Uterus*», 1886, стр. 153), въ которомъ, благодаря многочисленнымъ надрывамъ брюшиннаго покрова и подлежащей ткани богатой сосудами подбрюшинной фиброміомы, развилось смертельное кровотеченіе въ полость брюшины. Перитониты чисто травматическаго характера, развивающіеся послѣ родовъ, наблюдаются только весьма рѣдко: большую часть они септического происхожденія и ведутъ свое начало



Рис. 262. Величина живота при фиброміомѣ оперированной Д-ромъ Кузнецкимъ (см. стр. 549).

отъ различныхъ измѣненій въ существѣ опухоли (пагноеніе, гангрена), или же стоятъ въ связи съ оперативнымъ вмѣшательствомъ во время родовъ. *Ruptura uteri spontanea sub partu* при фиброміомахъ матки представляетъ весьма рѣдкое, исключительное осложненіе. —

Ростъ фиброміомъ обычно весьма медленный; опухоли развиваются только въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ до болѣе или менѣе значительной величины; объемъ ихъ, впрочемъ, можетъ дости-

гать иногда колоссальныхъ размѣровъ (рис. 262). Въ большинствѣ случаевъ уже во время каждаго менструальнаго прилива замѣчается временное увеличеніе объема опухоли. Чѣмъ фибромиома содержитъ больше мышечной ткани, и чѣмъ болѣе сохранена ея непосредственная связь съ мускулатурою стѣнки матки, тѣмъ это менструальное увеличеніе болѣе выражено. То же самое и при тѣхъ же условіяхъ наблюдается *sub graviditate*: фибромиомы подѣ влияніемъ беременности принимаютъ весьма дѣятельное участіе въ общемъ ростѣ матки, онѣ значительно увеличиваются съ тѣмъ, чтобы въ послѣродовомъ періодѣ вмѣстѣ съ обратнымъ развитіемъ матки вновь принять размѣры, присущіе имъ до наступленія беременности. Мнѣ самому приходилось не разъ убѣждаться, на сколько могутъ снова уменьшаться фибромиомы въ послѣродовомъ періодѣ, такъ что, не зная о присутствіи фибромиомы до забеременѣванія и видя ее только во время родовъ, слѣдуетъ быть весьма осторожнымъ при изслѣдованіи по окончаніи послѣродового періода, чтобы не высказаться о полномъ исчезновеніи бывшей опухоли. Повторное изслѣдованіе только можетъ до извѣстной степени предупредить ошибку. Быстрый ростъ опухоли, увеличивавшейся ранѣе, повидимому, медленно, помимо беременности можетъ быть обусловленъ, какъ мы уже видѣли, измѣненіями, имѣющими мѣсто въ соединительно-тканной ея части: отекъ, лимфангіектазія превращеніе ея въ слизистую ткань и переходъ въ саркому вызываютъ обыкновенно относительно скорое и значительное увеличеніе ея объема.

Остановка роста фибромиомы и исчезновеніе вызываемыхъ ею симптомовъ наблюдается обыкновенно съ наступленіемъ менопаузы; прекращеніе менструальныхъ приливовъ и кровотеченій однако въ этихъ случаяхъ затягивается нерѣдко на долго, такъ что, вмѣсто обычныхъ 46 или 47 лѣтъ, они прекращаются только къ 50 годамъ и позже. Остановка роста и уменьшеніе объема опухоли можетъ произойти также гораздо ранѣе наступленія менопаузы, подѣ влияніемъ тѣхъ или другихъ процессовъ, имѣвшихъ мѣсто въ существѣ фибромиомы или ея ножкѣ. Стебельчатая подбрюшинная опухоль могутъ представлять остановку своего развитія при извѣстныхъ атрофическихъ процессахъ, разыгрывающихся въ ножкѣ, при чемъ приводящіе сосуды въ ней заустѣваютъ, и опухоль, лишаясь питанія, весьма часто подвергается омѣлѣнію; такимъ образомъ измѣненныя фибромиомы могутъ находиться въ полости брюшины въ теченіе многихъ лѣтъ, не давая никакихъ симптомовъ, симулируя иногда *lithoraedion* внѣматочной беременности. Хроническое воспаленіе внутривѣстныхъ фибромиомъ (*metritis mucinosa Virchow'a*) съ значительнымъ развитіемъ старой волокнистой соединительной ткани обуславливаетъ иногда весьма рѣзкое уменьшеніе въ объемѣ опухоли и ведетъ также къ по-

слѣдovательному отложенію солей извести въ ея ткани; и эти опухоли, если онѣ не представляются болѣе значительной величины, находятся въ маткѣ въ теченіе многихъ лѣтъ, не давая никакихъ болѣзненныхъ припадковъ.

Полное исчезновеніе опухоли, не сопровождавшееся никакими болѣзненными припадками, наблюдалось уже не разъ; исключая всевозможныя ошибки неточнаго опредѣленія характера ея (парапериметритическія опухоли, hydrosalpinx и т. п.), остается еще достаточное число наблюдений, не подлежащихъ сомнѣнію. Весьма вѣроятно, что въ этихъ случаяхъ происходитъ жировое перерожденіе мышечной части опухоли съ послѣдовательнымъ всасываніемъ продуктовъ распада. Опухоль спадается, остающаяся соединительная ткань сморщивается, и мы имѣемъ передъ собою рубецъ въ стѣнкѣ матки на мѣстѣ бывшей фибромиомы; при изслѣдованіи больныхъ подобный слѣдъ бывшей опухоли не поддается опредѣленію, что и служитъ поводомъ къ предположенію о полномъ, такъ сказать, безслѣдномъ исчезновеніи новообразованія.

Произвольное удаленіе фибромиомы даетъ обыкновенно извѣстные и иногда весьма бурные симптомы. Разрывъ ножки стебельчатой подслизистой опухоли или разрывъ капсулы внутривѣтвистой полипозной подслизистой фибромиомы съ послѣдовательнымъ произвольнымъ вылученіемъ послѣдней, сопровождаясь сильною потужною дѣятельностью матки съ характерными, ей свойственными болями, обуславливаетъ изверженіе опухоли *per vias naturales* наружу. Нагноеніе, начинающееся подъ капсулою внутривѣтвистыхъ фибромиомъ и ведущее свое начало обычно отъ родового акта, равно какъ и гангрена опухоли съ ихорознымъ ея распаденіемъ, наступающая нерѣдко послѣ различнаго рода травмъ (инструментальное изслѣдованіе, попытка къ операціи и т. п.), обуславливаютъ, какъ мы уже видѣли, также произвольное удаленіе опухоли; но процессы эти сопровождаются всегда весьма бурными и опасными припадками; опухоль обыкновенно припухаетъ, представляется напряженною и болѣзненною при изслѣдованіи; появляются ихорозныя, клочковатыя выдѣленія съ сильнымъ, отвратительнымъ запахомъ; больныя лихорадятъ при этомъ болѣе или менѣе значительно. Смотра по мѣсту нахожденія опухоли и мѣсту распространенія процесса, брюшина, покрывающая матку, можетъ быть вовлечена въ процессъ, и больная погибаетъ отъ *peritonitis septica*, или же развивается заболѣваніе болѣе крупныхъ венозныхъ стволовъ съ образованіемъ въ нихъ тромбовъ и послѣдовательной картиной пѣміи. Въ большей же части случаевъ процессъ ограничивается только райономъ самой опухоли, и она распадающимися кусками извергается наружу или черезъ влагалище, или же, что наблюдается относительно весьма рѣдко, черезъ брюшныя стѣнки, разрушен-

ныя нагноеніемъ, распространившимся съ опухоли. Случаи гангренознаго разрушенія опухоли, наступившаго произвольно не подѣ влияніемъ причинъ, дѣйствующихъ извнѣ, при чемъ новообразованіе разрушается безъ доступа воздуха, отличаются своимъ весьма благопріятнымъ теченіемъ; процессъ произвольнаго удаленія опухоли омертвѣвшими кусками сохраняетъ характеръ рѣзко ограниченнаго мѣстнаго заболѣванія; общихъ припадковъ совершенно не наблюдается.

Произвольно отдѣлившіяся, благодаря тому или другому процессу, фиброміомы матки, извергнутыя въ ея полость и затѣмъ далѣе наружу, оставляютъ на бывшемъ своемъ мѣстонахожденіи большее или меньшее количество вновь развивающейся рубцовой соединительной ткапи, весьма вѣроятно, покрывающей со стороны полости матки слизистою оболочкою ея, при чемъ строеніе этой послѣдней подходитъ весьма близко къ нормальной, за исключеніемъ присутствія железъ, которыя на мѣстѣ рубцовъ матки, покрывающихся слизистой оболочкой, обыкновенно отсутствуютъ (*П. Захаровъ, «Къ вопросу о заживленіи ранъ матки», Дисс. СПб. 1871.*). Клиническія наблюденія подтверждаютъ до извѣстной степени это предположеніе, такъ какъ въ маткѣ, перенесшей произвольное выдѣленіе фиброміомы и имѣвшей разрушенную и вновь зажившую часть поверхности своей полости, возможно забеременѣваніе, кончающееся однако выкидышемъ (*А. Bidder. «Gynaekologische Mittheilungen von E. u. A. Bidder», Berlin, 1884, стр. 64.*

Фиброміомы матки по характеру самого новообразованія относятся къ опухолямъ доброкачественнымъ; метастазовъ и рецидивовъ онѣ не даютъ никогда. За рецидивы у постели больной считаютъ иногда »возвратъ« опухоли и ея разращеніе, какъ бы вновь, послѣ бывшей операціи; случаи эти относятся или къ неполнымъ удаленіямъ фиброміомы при ея формѣ въ видѣ песочныхъ часовъ, или же представляютъ увеличеніе въ объемѣ уже существовавшихъ опухолей, не замѣченныхъ и не удаленныхъ во время операціи; рецидивовъ же въ патолого-анатомическомъ смыслѣ, какъ это наблюдается напр. при ракахъ, никогда не бываетъ.

Присутствіе фиброміомъ въ маткѣ и ихъ измѣненія могутъ обусловить летальный исходъ больной. Таковой наблюдается нерѣдко, какъ мы уже видѣли, при ихорозномъ распаденіи опухоли и зависитъ отъ развившейся септицеміи или піеміи; болѣе рѣдко же и при исключительныхъ условіяхъ сами кровотеченія могутъ быть смертельны; или же подѣ влияніемъ высокой степени піеміи, развившійся тромбозъ венъ даетъ поводъ къ эмболіи легочной артеріи, или же наступаетъ параличъ сердца при его жировомъ перерожденіи. Смерть отъ уреміи и травматическаго, не септического перитонита, вызваннаго присутствіемъ

опухоли, относится къ весьма рѣдкимъ исходамъ заболѣванія.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** Постановка діагноза фиброміомы матки требуетъ примѣненія гинекологическаго изслѣдованія и при томъ не только ручного, но и весьма часто — инструментальнаго. Въ болѣе трудныхъ случаяхъ изслѣдованіе подъ хлороформомъ и съ помощью рукъ ассистентовъ представляется необходимымъ. Большою частью при характерно выраженной опухоли діагнозъ относительно довольно легокъ, но при извѣстныхъ осложненіяхъ онъ можетъ быть не только весьма труднымъ, но даже и почти невозможнымъ. Ошибки въ распознаваніи еще и до сихъ поръ представляютъ далеко не рѣдкое явленіе, какъ объ этомъ свидѣтельствуетъ текущая литература.

Результаты обыкновеннаго изслѣдованія при фиброміомахъ весьма различны, смотря по мѣсту развитія опухоли въ маткѣ. При внутривѣстныхъ фиброміомахъ, не превышающихъ величины лѣснаго орѣха, если онѣ помѣщаются въ серединѣ толщи стѣнокъ матки, эта послѣдняя представляется только весьма незначительно увеличенной, почти нормальнаго объема, и только при изслѣдованіи маточнымъ зондомъ иногда можно доказать, что одна изъ ея стѣнокъ на извѣстномъ пространствѣ болѣе толста и на ощупь болѣе плотна, чѣмъ остальные. Обыкновенно опухоли этой величины встрѣчаются, какъ явленія случайныя, на вскрытіяхъ и только рѣдко диагностируются на живыхъ. Уже гораздо чаще приходится опредѣлять опухоли, достигающія величины грецкаго орѣха и больше, или же и болѣе мелкія, если онѣ только множественны.

При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи замѣчается рѣзкая бугристость — или въ видѣ нѣсколькихъ бугровъ незначительной величины, или одного большого. При опухоли, величиною въ кулакъ взрослога человѣка, развившейся въ одной изъ стѣнокъ тѣла матки, послѣднее можетъ представляться равномерно увеличеннымъ, переходящимъ въ нормальной величины и подвижности шейку, такъ что является возможность признать такую матку или беременною, или же находящеюся въ состояніи хроническаго воспаленія (*metritis chronica*). Уже признаки объективнаго изслѣдованія (шарообразность относительно плотнаго тѣла матки и отсутствіе характерной разрыхленности влагалищной части) заставляютъ насъ еще точнѣе отнести къ даннымъ анамнеза и субъективныхъ жалобъ больной, что обыкновенно съ достаточною точностью выяснить возможность забеременѣванія въ данномъ случаѣ. Если бы случай оставлялъ сомнѣніе еще далѣе, то постановка окончательнаго діагноза должна быть отсрочена до повторнаго изслѣдованія черезъ извѣстный промежутокъ времени, — приемъ, такъ часто игнорирующійся въ обыденной жизни, и неисполненіе котораго даетъ нерѣдко не только ошибки

въ распознаваніи, но и весьма плачевныя послѣдствія, какъ результатъ примѣненія тѣхъ или другихъ методовъ изслѣдованія, противопоказанныхъ при беременной маткѣ. *Metritis chronica* рѣдко обуславливаетъ равномерное, шарообразное увеличеніе матки, обыкновенно послѣдняя представляется болѣе или менѣе сплюсненною спереди назадъ и при томъ болѣзненною при давленіи, чего при фиброміомахъ не наблюдается, развѣ только при осложненіи ихъ хроническимъ воспаленіемъ. Въ подобныхъ случаяхъ, при соблюденіи правилъ антисептики, можетъ быть произведено изслѣдованіе маточнымъ зондомъ, которое въ маткѣ хронически воспаленной укажетъ намъ только увеличеніе полости при нормальной формѣ и положеніи, тогда какъ при внутривѣстничной фиброміомѣ полость матки смѣщена выстоящею частью опухоли, заложеною въ одной изъ ея стѣнокъ, зондъ входитъ эксцентрично, значительно отклоняясь въ одну изъ сторонъ; полость не только удлинена, но и расширена, причемъ нормальная ея конфигурація можетъ быть значительно измѣнена.

Для дифференціального распознаванія въ большей части случаевъ еще весьма характерна неправильная форма увеличеннаго тѣла матки: оно только рѣдко правильно шарообразно, обыкновенно же присутствіе внутривѣстничной фиброміомы значительно мѣняетъ конфигурацію матки, углы ея рѣдко находятся на одной и той-же высотѣ, что особенно рѣзко замѣтно при изслѣдованіи въ случаяхъ, когда могутъ быть хорошо прощупаны круглыя маточныя связки, присутствіе которыхъ, хорошо иногда опредѣлимое при ощупываніи живота, въ свою очередь весьма важно при дифференціальномъ распознаваніи внутривѣстничныхъ фиброміомъ болѣе значительной величины отъ внѣматочныхъ опухолей нижней части брюшной полости.

Фиброміомы, развивающіяся въ стѣнкѣ матки въ нижнемъ отрѣзкѣ ея тѣла, обуславливаютъ иногда смѣщеніе шейки кзади или кпереди, смотря по тому, помѣщается ли опухоль въ передней или задней стѣнкѣ; при внутреннемъ изслѣдованіи въ подобныхъ случаяхъ тѣло матки можетъ представляться какъ бы самостоятельную опухолью, лежащую кпереди и оттѣсняющею всю матку кзади, такъ что влагалищная часть помѣщается далеко кзади и кверху. Опредѣленіе непосредственнаго перехода шейки въ опухоль, т. е. въ увеличенную матку представляется въ данномъ случаѣ необходимымъ, мы достигаемъ этого двумя путями, — во-первыхъ, захватывая влагалищную часть пулевыми щипцами, мы смѣщаемъ ее на сколько возможно книзу и въ то же время, изслѣдуя черезъ влагалище или прямую кишку, наблюдаемъ, — переходитъ ли она въ опухоль и составляетъ-ли съ нею одно цѣлое, или же она принадлежитъ маткѣ, помѣщающейся за опухолью; во-вторыхъ, во время оттягиванія шейки книзу, мы вводимъ маточный зондъ, такъ какъ при этомъ перемѣщеніи онъ

проникаетъ въ полость матки болѣе легко, и убѣждаемся такимъ образомъ въ мѣстонахожденіи опухоли. При значительныхъ измѣненіяхъ полости матки подъ вліяніемъ внутривѣстныхъ фиброміомъ, просвѣтъ ея представляется на столько извилистымъ и иногда перегнутымъ, что металлическій зондъ, не можетъ быть проведенъ достаточно глубоко; въ подобныхъ случаяхъ примѣненіе эластическаго буза бываетъ вполне умѣстно и даетъ весьма удовлетворительные результаты.

Чѣмъ болѣе внутривѣстная фиброміома переходитъ въ подслизистую, тѣмъ контуры увеличенной матки по своей правильности болѣе приближаются къ нормальнымъ. При *fibroma intraparietale polyposum submucosum* и чистыхъ фиброміоматозныхъ полипахъ полости матки, увеличеніе тѣла совершенно равномерно и по формѣ вполне напоминаетъ беременную матку; но какъ только опухоль начинаетъ увеличиваться и достигаетъ величины, превышающей объемъ полости тѣла матки, шейка начинаетъ принимать участіе въ образованіи вмѣстилища для опухоли, и весьма скоро вся расширенная полость шейки сливается безъ рѣзкой границы съ полостью тѣла, такъ что опухоль помѣщается болѣею своею частью въ расширенной полости канала шейки (*intra-cervicale*), напоминая вполне плодное яйцо въ извѣстномъ періодѣ выкидыша, родившееся въ полость шейки и задержанное тамъ на время неуступчивымъ наружнымъ отверстіемъ матки. *Fibroma polyposum submucosum* въ подобномъ періодѣ своего изгнанія изъ полости матки обуславливаетъ измѣненіе конфигураціи всей матки, напоминающее собою форму матки при *haemotometra* вслѣдствіе заращенія *orificii externi*. Болѣе тщательное изслѣдованіе укажетъ всегда на присутствіе наружнаго отверстія, а введеніе зонда между стѣнками матки и опухолью — на характеръ содержимаго.

Въ періодъ времени, пока опухоль изгоняется сокращеніями матки изъ ея полости во влагалище, производя изслѣдованіе нѣсколько разъ, мы убѣждаемся, что расширеніе канала шейки происходитъ мало-по-малу и при томъ такъ, что во время болѣе значительныхъ сокращеній матки, совпадающихъ со временемъ менструаціи, просвѣтъ канала значительно расширенъ, и затѣмъ, съ уменьшеніемъ интенсивности и частоты ихъ во время внутрименструальнаго періода, онъ снова сужается. Результатомъ этихъ разнообразныхъ состояній расширенія канала шейки наблюдается болѣе или меньшая доступность опухоли для изслѣдующаго пальца, такъ при одномъ изслѣдованіи опухоль осязается хорошо, и представляется лежащею въ наружномъ отверстіи, тогда какъ при другомъ она снова недоступна, и *orific. externum* совершенно закрыто («*tumeurs à apparitions intermittentes*»). Эта особенность полипозныхъ фиброміомъ полости тѣла матки весьма важна, и ею иногда необходимо пользоваться при вопросахъ



дифференціального распознаванія, для чего изслѣдованіе больной *sub menstruatione* никогда не должно быть опускаемо.

Задержанное въ полости матки плодное яйцо первыхъ мѣсяцевъ беременности при ненолномъ выкидышѣ, или же патологически измѣненное яйцо при пузырьномъ (*muxoma chorii*, *mola hydatidosa*) или мясистомъ (*endometritis decidualis chronica*, *thrombosis sinuum placentae*) заносахъ, находясь болѣе долгое время въ полости тѣла матки, мало-по-малу подъ вліяніемъ не вполне достаточныхъ маточныхъ сокращеній прокладываетъ себѣ путь во влагалище, расширяя постепенно и также періодически просвѣтъ канала шейки; въ извѣстный періодъ времени такое плодное яйцо можетъ при внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи представить полную аналогію съ измѣненіями, обусловливаемыми подслизистою фиброміомою, лежащею уже интрацервикально. При узкомъ еще наружномъ маточномъ отверстіи и необходимости быстрога точнаго діагноза, вслѣдствіе сильныхъ потерь крови, должно считаться показаннымъ искусственное расширение шейки до такой степени, чтобы было возможно введеніе указательнаго пальца въ полость матки, тѣмъ болѣе, что въ подобныхъ случаяхъ терапія, т. е. удаленіе опухоли или задержаннаго плоднаго яйца должны тотчасъ же непосредственно слѣдовать за опредѣленіемъ характера опухоли и особенностей прикрѣпленія ея къ стѣнкѣ матки. Расширять шейку матки для сказанной цѣли и при данныхъ обстоятельствахъ представляется всего удобнѣе кровавымъ путемъ. Обнаживъ влагалищную часть ложкообразными зеркалаи, фиксировавъ и низведя ее на сколько возможно пулевыми щипцами, производятся боковые ея надрѣзы скальпелемъ или ножницами вплоть до мѣста прикрѣпленія сводовъ; разрѣзы эти обыкновенно бываютъ вполне достаточны, чтобы при данныхъ условіяхъ палецъ свободно могъ войти въ полость матки. Опредѣливъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, мы производимъ тѣмъ или другимъ способомъ удаленіе полипознаго образованія, а на свѣжіе разрѣзы шейки матки накладываемъ *lege artis* швы. Кривавое расширение шейки для данной цѣли, сравнительно съ расширеніемъ разбухающими средствами, имѣетъ преимущество быстроты производства и меньшей возможности инфекціи. Кровотеченіе при этомъ незначительно и вполне надежно останавливается послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при относительно еще довольно узкомъ *orificium externum*, при отсутствіи угрожающихъ симптомовъ, весьма точныя указанія для распознаванія могутъ быть получены пробнымъ выскабливаніемъ острою ложкою. Микроскопическое изслѣдованіе пробныхъ частицъ вполне удовлетворительно рѣшаетъ вопросъ о характерѣ содержимаго матки.

Опредѣливъ присутствіе полипозной формы фиброміомы въ полости матки, намъ необходимо еще знать особенности ея при-

крѣпленія къ стѣнкѣ, т. е. имѣетъ ли опухоль хорошо выраженную ножку, или же она сидитъ на болѣе широкомъ основаніи? Изслѣдованіе маточнымъ зондомъ иногда довольно точно опредѣляетъ широкое основаніе опухоли, сидящей въ днѣ матки; приложенный рисунокъ наглядно объясняетъ способъ примѣненія зонда съ этою цѣлью (рис. 263). Для опредѣленія характера ножки при достаточно открытомъ зѣвѣ матки, особенно пригоднымъ представляется слѣдующій приемъ: нижній сегментъ опухоли захватывается пулевыми или Мюзеевскими щипцами и оттягивается на сколько возможно внизъ, затѣмъ, пробуя перекручивать опухоль вокругъ ея продольной оси, мы легко получаемъ впечатлѣніе относительно степени подвижности въ области ножки и на основаніи этого можемъ судить о большей или меньшей толщинѣ послѣдней. Изслѣдованіе это, сопряженное съ извѣстною степенью нарушенія цѣлости опухоли, вслѣдствіе захватыванія ея щипцами, ведетъ за собою иногда нагноеніе и ихорозное распаденіе опухоли, если при немъ не было обращено достаточно вниманія на соблюденіе строжайшей чистоты и надлежащаго обеззараживанія; при соблюденіи же послѣдняго неблагопріятныхъ послѣдствій не наблюдается вовсе, и травматическія поврежденія ткани фиброіомы заживаютъ вполне и весьма скоро.

При болѣе значительной величинѣ полипозныхъ фиброіомъ, родившихся и помѣщающихся уже во влагалищѣ, опредѣленіе характера ихъ ножки представляется иногда весьма труднымъ, благодаря ея недоступности; опухоль можетъ настолько совершенно выполнять растянутое *ad maximum* влагалище, что едва только удастся достигъ до тонкаго края наружнаго зѣва матки; внутренній зѣвъ, обхватывая опухоль, нерѣдко придаетъ ей форму несочныхъ часовъ, и этотъ перехват ошибочно можетъ быть принятъ за ножку. Болѣе точное изслѣдованіе, производимое подъ хлороформомъ, въ большей части подобныхъ случаевъ непосредственно переходитъ въ операцію удаленія фиброіомы. Захватывая опухоль болѣе крѣпкими Мюзеевскими щипцами и стараясь ее вывести изъ влагалища наружу, мы дѣлаемъ доступною для изслѣдованія ножку ея. При существованіи хорошо выраженной, не толстой ножки, она опредѣляется легко и вполне удовлетворительно; при широкомъ же основаніи, въ случаяхъ *fibroma intraparietale submucosum polyposum*, при насиль-



Рис. 263.

ственнымъ низведеніи опухоли получается частичный выворотъ матки (*inversio partialis*), симулирующій ножку; въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ обращать вниманіе на различіе, наблюдающееся между тканями опухоли и вывернувшейся части матки, — на оцупь опухоль всегда плотнѣе, ткань же матки мягче; при еще большемъ низведеніи, когда ножка дѣлается видимою, въ случаяхъ частичнаго выворота мы замѣчаемъ, что опухоль представляется болѣе блѣдною, ткань же вывернувшейся части матки (ножка) болѣе розовою. — При существованіи уже во внутривъстѣнной полипозной фиброміомѣ, родившейся во влагалищѣ, процессовъ произвольнаго ея вылущенія, капсула большей периферіи опухоли можетъ быть уже разрушена, и, низводя опухоль, вмѣсто ножки мы видимъ только остатокъ этой капсулы въ видѣ широкой, тонкой полосы ткани, соединяющей на подобіе ножки опухоль со стѣнкою матки. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ разрушеніе капсулы уже на столько велико, что низведя опухоль и выводя ее наружу, мы находимъ ее совершенно свободно и извлекаемъ ее совершенно безпрепятственно.

Опухоль, родившаяся во влагалище, можетъ быть также принята за полный выворотъ матки, или обратно, что случается чаще. Для избѣжанія подобной ошибки, стоившей уже не разъ жизни больной, точное опредѣленіе положенія тѣла и дна матки помощью наружно внутренняго изслѣдованія, черезъ прямую кишку и помощью катетера, введеннаго въ мочевою пузырь, оказывается вполнѣ достаточнымъ, чтобы выключить или признать *inversio uteri*. — Къ грубымъ ошибкамъ діагноза относится опредѣленіе наружнаго отверстія матки на выпавшей, или помѣщающейся во влагалищѣ опухоли на мѣстѣ существующей травматической узур, оставшейся послѣ небрежныхъ попытокъ изслѣдованія; введеніе въ такое якобы наружное отверстіе маточнаго зонда можетъ быть довольно успѣшно, такъ какъ онъ проходитъ весьма глубоко въ существующіе ложные ходы, оставшіеся отъ прежнихъ изслѣдованій; характеръ самаго отверстія и изслѣдованіе вышележащихъ частей весьма скоро опредѣляютъ истинное значеніе наблюдаемой узур. — *Fibromyoma polyposum* небольшой величины при внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи отличается отъ *adenoma polyposum* полости матки только своею болѣе плотною консистенціею; полипозныя же саркомы узнаются большею частью только послѣ удаленія опухоли при микроскопическомъ ея изслѣдованіи, равно какъ и характеръ кистовидныхъ полостей, встрѣчающихся иногда въ полипозныхъ фиброміомахъ.

Небольшія стебельчатая подсерозныя фиброміомы прорщупываются довольно легко и весьма отчетливо при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи. Въ случаяхъ, когда онѣ не превышаютъ величины миндальнаго или грецкаго орѣха, ихъ можно принять

за одинъ изъ яичниковъ, какъ мною было уже указано въ 1871 году (*Славянскій, Воспаленіе яичниковъ, «Медиц. Вѣстникъ», 1871*). Достигая большей величины, до кулака взрослога чело-вѣка, и имѣя короткую ножку, подсерозная фиброміома, помѣщающаяся на передней или задней поверхности матки, можетъ при гинекологическомъ изслѣдованіи симулировать тѣло ея въ состояніи перегиба до такой степени совершенно, что только введеніе маточнаго зонда укажетъ, которая изъ опухолей есть увеличенная матка; нерѣдко, впрочемъ, уже болѣе плотная кон-систенція фиброміомы сравнительно съ тканью тѣла матки предохранитъ отъ возможности ошибки. Подбрюшинная фиброміома такой-же величины, имѣющая болѣе длинную ножку, отличается своей крайне легкой подвижностью; при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи она легко можетъ быть передвигаема съ мѣста на мѣсто, причемъ движенія ея рѣзко передаются маткѣ, указывая этимъ самымъ на существующую тѣсную связь послѣдней съ опухолью, — признакъ весьма важный при дифференціальномъ распознаваніи этихъ опухолей отъ кистъ яичника такой же величины.

Благодаря своей подвижности, стебельчатая фиброміома весьма легко помѣщается въ Дугласовомъ пространствѣ и при присоединяющемся воспаленіи ея серознаго покрова представляется болѣе или менѣе плотно тамъ приращенною, занимающею всю полость этого пространства, или же лежащую внѣсредивно болѣе въ ту или другую сторону. При изслѣдованіи такая опухоль можетъ дать поводъ къ предположенію о присутствіи тѣхъ или другихъ патологическихъ состояній около матки. Отъ возможности принять ее за опухоль внѣматочной беременности насъ предохраняетъ характерный анамнезъ этой послѣдней и отсутствіе отхожденія *deciduae verae* во время кровотеченій. Омѣгъ-шая же подсерозная фиброміома можетъ быть признаваема за *lithoraedion* внѣматочной беременности вплоть до вскрытія боль-ной, когда послѣдняя умретъ отъ того или другаго заболѣванія. Нудросалринхъ, недающій флюктуации и весьма плотный на ощупь, при извѣстной конфигураціи можетъ симулировать также фибро-міому, тѣмъ болѣе, что иногда при немъ могутъ быть наблю-даемы и сильныя маточныя кровотеченія вслѣдствіи присоеди-няющихся эндометритовъ; болѣе продолжительное наблюденіе случая и повторное изслѣдованіе обыкновенно рѣшаетъ, въ чемъ дѣло, хотя мнѣ извѣстенъ случай такой ошибки, обнаружившейся только *sub laparotomia*. — Возможность смѣшать отчасти уше-мившуюся въ Дугласовомъ пространствѣ фиброміому съ пери-метритическимъ экссудатомъ или съ *haematocoele retro-uterinum* при болѣе точномъ изслѣдованіи представляется уже болѣе труд-нымъ: характерный анамнезъ, явленія рѣзко выраженнаго воспа-ленія и переходъ контуровъ воспалительной опухоли на окру-

жающія ткани служатъ всегда надежными отличительными признаками. Совершенно иначе представляется возможность смѣшать фиброміому, осложненную интенсивно выраженнымъ воспаленіемъ, съ чистыми формами этого послѣдняго: контуры новообразованія въ этомъ случаѣ могутъ быть совершенно затемнены периметрическими сращеніями и экссудативными массами. Точное опредѣленіе опухоли возможно только при болѣе продолжительномъ наблюденіи хода болѣзни и по прекращеніи хотя бы острыхъ явленій периметрита, когда характерная шарообразная форма новообразованія дѣлается снова доступною нашему осязанію. Подбрюшинная фиброміома, развиваясь сбоку матки, вростаетъ въ *ligamentum latum* между обоими листками брюшины и, смотря по своей величинѣ и формѣ, можетъ обусловить объективныя данныя изслѣдованія, напоминающія собою параметритъ корпа широкой связки; но и въ такомъ случаѣ болѣе продолжительное наблюденіе весьма скоро выключитъ возможность воспалительнаго процесса.

Подсерозныя фиброміомы большой величины уже при одномъ наружномъ изслѣдованіи прощупываются, какъ плотныя, не флюктуирующія, болшею частью шарообразныя опухоли, выстоящія болѣе или менѣе высоко надъ *symphysis ossium pubis*, достигающія уровня пупка и выше. Мы уже видѣли, что форма ихъ можетъ быть весьма различна (см. стр. 567), и онѣ могутъ быть принимаемы за смѣстившійся тотъ или другой органъ брюшной полости. Поверхность опухоли болшею частью гладкая, рѣдко.— бугристая. Подвижность хорошо выражена, и опухоль можетъ быть смѣщаема довольно далеко кверху. При внутривѣночныхъ фиброміомахъ такой-же большой величины эта смѣщаемость кверху нѣсколько менѣе выражена, и при этомъ весьма часто могутъ быть снаружи прощупываемы натягающіяся круглыя маточныя связки. Возможность ихъ прощупать при наружномъ изслѣдованіи и ихъ мѣстоположеніе служатъ весьма надежнымъ признакомъ для отличія большихъ внутривѣночныхъ фиброміомъ отъ таковыхъ же подбрюшинныхъ и отъ другихъ опухолей, исходящихъ изъ органовъ таза.

При пальпаціи черезъ брюшныя стѣнки большихъ фиброміомъ иногда удается весьма легко убѣждаться въ томъ, что опухоль мѣняетъ свою консистенцію, вслѣдствіе сокращенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ, входящихъ въ ея составъ, напоминая сокращенія, свойственныя беременной маткѣ. Чѣмъ фиброміома богаче мышечною тканью, тѣмъ эти сокращенія наблюдаются рѣзче, а такъ какъ внутривѣночныя фиброміомы матки гораздо чаще представляются мягкими, богатыми мышцами, чѣмъ подбрюшинныя, то и оплотненіе опухоли во время пальпаціи болѣе свойственно первымъ, чѣмъ послѣднимъ. Совершенно подобное же оплотненіе опухоли вслѣдствіе сокращенія ея мы-

печной ткани наблюдалъ *Gusserow* (1. с., стр. 69) при фибромиомахъ меньшей величины, — наблюденія, подтверждавшіяся вскрытіями, указывавшими на богатство мышечными элементами подобныхъ опухолей. При аускультаци большія фибромиомы даютъ нерѣдко такъ называемый *susurus uterinus*, совершенно похожій на плацентарный шумъ (*susurus placentaris*) беременной матки; шумъ этотъ обуславливается присутствіемъ большихъ сосудовъ, преимущественно артерій, и ничего характернаго съ точки зрѣнія распознаванія фибромиомъ не представляетъ. Болѣе рѣдко онъ можетъ быть слышенъ и при другихъ опухоляхъ, какъ, напр., при кистахъ яичниковъ.

Смотря по мѣсту нахождения подбрюшинной фибромиомы и особенностямъ ея ножки, тѣло матки не всегда можетъ быть ясно опредѣлимо при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи. Введеніе маточнаго зонда показываетъ болѣе или менѣе увеличенную полость матки, и это увеличеніе тѣмъ менѣе выражено, чѣмъ болѣе опухоль подвижна, и чѣмъ ножка ея длиннѣе.

*Fibromyoma subserosum uteri*, представляя при наружномъ изслѣдованіи всѣ особенности большихъ опухолей брюшной полости, въ случаяхъ болѣе или менѣе значительныхъ осложненийъ весьма легко можетъ быть смѣшиваема съ другими подобными же опухолями и особенно часто съ опухолями яичниковъ, ихъ кистами. Относительно быстрый ростъ опухоли и развитіе въ ней отека или студенистой слизистой ткани обуславливаютъ появленіе ложной флюктуаци, выраженной настолько рѣзко, что только по разрѣзѣ существа опухоли можно убѣдиться въ отсутствіи свободной жидкости. Длинная, не особенно толстая ножка способствуетъ тому, что матка не вытягивается растущею опухолью въ длину, и полость ея, слѣдовательно, не увеличивается, такъ что измѣреніе маточнымъ зондомъ не даетъ характернаго признака фибромиомы — удлиненія полости матки. Съ другой стороны, кистовидныя опухоли яичниковъ могутъ также не давать ощущенія флюктуаци, при незначительной величинѣ составляющихъ ихъ многочисленныхъ полостей; равно какъ при короткости ножки, или при тѣсныхъ сращеніяхъ со стѣнкою тѣла матки онѣ могутъ дать поводъ ко вторичнымъ измѣненіямъ этой послѣдней и обусловить удлиненіе ея полости.

Ни точное наружно-внутреннее изслѣдованіе, произведенное подъ хлороформомъ, ни изслѣдованіе помощью руки, введенной въ прямую кишку, иногда не въ состояніи дать удовлетворительныхъ результатовъ для совершенно точнаго рѣшенія вопроса о томъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ опухолью матки или яичниковъ. Пробаторная пункція — произведенная иглою шприца Плевака или аппарата *Dieulafoy—Potain*'а при соблюденіи строгой антисептики также далеко не во всѣхъ случаяхъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе; въ случаяхъ же кистовидныхъ фибромиомъ (*fibromyoma*

cysticum lymphangiectodes uteri) жидкость, получаемая проколомъ, представляя всѣ особенности лимфы, устраняетъ совершенно возможность присутствія коллоидныхъ кистомъ яичника. Для діагноза опухолей, неподдающихся опредѣленію путемъ только что сказанныхъ методовъ изслѣдованія, была предложена и можетъ быть произведена *laparotomia explorativa*; при этомъ слѣдуетъ только всегда помнить, что и при помощи этой операціи далеко не всегда можно будетъ съ желаемой точностью опредѣлить мѣсто происхожденія опухоли. Кто имѣлъ возможность изслѣдовать подобные случаи на вскрытіяхъ, тотъ вполне долженъ согласиться съ мнѣніемъ, высказаннымъ еще *Virchow*'омъ (I. с., стр. 204), что иногда только послѣ повторныхъ анатомическихъ изслѣдованій даннаго случая можно точно рѣшить, принадлежитъ-ли опухоль маткѣ, или яичникамъ. Еще болѣшій поводъ къ ошибкамъ клиническаго распознаванія представляютъ болѣе сложные случаи сочетанія фиброміомы матки съ кистой яичника, хотя обыкновенно, при существованіи рѣзкихъ признаковъ той и другой опухоли, діагнозъ представляется сравнительно не труднымъ.

При изслѣдованіи больной въ періодѣ ихорознаго размягченія подслизистой, отчасти родившейся во влагалище фиброміомы возможна, какъ на то указываютъ литературныя данныя, ошибка діагноза: распадающаяся фиброміома была припимаема за ракъ влагалищной части матки; вонючія обильныя выдѣленія, смѣшанныя иногда съ кровью, представляли одну изъ главныхъ причинъ такой ошибки. Производя же болѣе тщательно внутреннее гинекологическое изслѣдованіе и опредѣляя точно топографію мѣста нахожденія опухоли, мы найдемъ растянутый въ видѣ остраго края наружный зѣвъ матки, который сразу же укажетъ, что опухоль исходитъ изъ *полости* матки; характеръ же распадающихся тканей фиброміомы и рака настолько различенъ, какъ при изслѣдованіи только осязаніемъ, такъ и зрѣніемъ при примѣненіи ложкообразныхъ зеркалъ, что подобная ошибка дѣлается почти невозможною, даже въ случаяхъ осложненія распадающейся фиброміомы ракомъ шейки, и мы будемъ въ состояніи всегда точно опредѣлить мѣсто развитія той и другой опухоли.

Полипозныя и внутривѣстничныя фиброміомы шейки матки опредѣляются при внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи относительно легко. Первые представляются въ видѣ различной величины полиповидныхъ образованій, лежащихъ во влагалищѣ, вытягивающихъ въ свою ножку губу влагалищной части, на которой онѣ развились. Вторыя же, помѣщаясь въ толщѣ одной изъ стѣнокъ шейки, распространяются обыкновенно и въ толщу влагалищной части, такъ что находимая во влагалищѣ опухоль оказывается сильно утолщенной и увеличенной въ объемѣ той или другой губой *portionis vaginalis*; наружное отверстие

матки помѣщается непосредственно на опухоли, и противоположная, незанятая опухолью губа представляется сильно растянутою, имѣющею нерѣдко тонкій, острый край, причемъ *orificium externum* прощупывается въ видѣ складки, находящейся на опухоли. При поспѣшномъ и недостаточно точномъ изслѣдованіи въ случаяхъ, когда наружное отверстіе смѣщено довольно значительно кверху и не найдено сразу, возможность діагностической ошибки представляется легкою, и внутривѣтрочную фибромиому шейки можно при подобныхъ условіяхъ принять за выворотъ матки (*inversio uteri completa*).

Болѣе труднымъ и требующимъ болѣе сложнаго изслѣдованія представляется распознаваніе подсерозныхъ фибромиомъ шейки матки (*fibromioma retrocervicale*). Въ отличіе отъ опухолей Дугласова пространства и опухолей, развивающихся изъ костей таза, особенно изъ *synchondrosis sacro-iliaca*, для ретроцервикальной фибромиомы должна быть доказана связь опухоли съ заднею стѣнкою шейки матки. Это достигается вполнѣ удовлетворительно слѣдующимъ методомъ изслѣдованія: влагалищная часть, а именно ея задняя губа, захватывается пулевыми щипцами, въ матку вводится металлическій маточный зондъ, затѣмъ, нисходя шейку матки на сколько возможно книзу, мы свободною рукою, черезъ брюшныя стѣнки, конечно при пустомъ мочевомъ пузырьѣ, можемъ весьма ясно прощупать лежащій въ шейкѣ металлическій зондъ и, благодаря этому, опредѣлить степенъ подвижности шейки матки надъ опухолью въ стороны, кверху и книзу. Во время этого изслѣдованія тѣло и дно матки опредѣляются также весьма удовлетворительно, и выясняется степень распространенія опухоли кверху по стѣнкѣ шейки. Болѣе значительная подвижность шейки матки подъ опухолью говоритъ уже не въ пользу цервикальнаго происхожденія опухоли. Но слѣдуетъ помнить, что подобная подвижность можетъ быть ложной и зависѣть отъ передвиженія зонда и только одной передней стѣнки шейки, дающей при расширеніи своего просвѣта нѣчто въ родѣ складки; передавая пулевые щипцы въ руки ассистента и поручая ему производить перемѣщенія шейки, указательный палецъ, находящійся во влагалищѣ, долженъ строго контролировать черезъ задній сводъ подвижность также и задней стѣнки шейки надъ опухолью. Только этимъ путемъ мы можемъ получить убѣжденіе о болѣе или менѣе тѣсной связи опухоли съ шейкою матки и высказаться за цервикальное ея происхожденіе. Признаки, отличающіе ретроцервикальныя фибромиомы отъ воспалительныхъ скопленій въ Дугласовомъ пространствѣ, тѣ же, что и при подсерозныхъ фибромиомахъ тѣла матки, помѣщающихся въ *excavatio retro-uterina*, и были уже уномянуты нами выше (см. стр. 591).

Какъ ретроцервикальныя фибромиомы, такъ и фибромиомы



тѣла матки, ущемляясь болѣе или менѣе въ тазу, обуславливаютъ иногда сдавленіе мочеточниковъ съ послѣдовательнымъ гидронефрозомъ; вотъ почему, какъ справедливо уже замѣчаетъ *M. Duncan* («*Clinical lectures on the diseases of women*», London, 1883, стр. 297), въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ обращать достождное вниманіе на изслѣдованіе мочи и на развивающіяся довольно характерныя боли въ поясницѣ и бедрахъ, чтобы при клиническомъ наблюденіи не пропустить пораженія почекъ и не быть неприятно пораженнымъ sub autopsya присутствіемъ неузнаннаго, иногда весьма сильно выраженнаго гидронефроза.

Беременность, наступающая при фиброміомахъ матки, въ начальные мѣсяцы своего развитія представляетъ иногда непреодолимые препятствія для своего распознаванія путемъ объективнаго изслѣдованія, и въ большей части случаевъ, при явившемся подозрѣніи о забеременѣваніи, выжидательный методъ распознаванія представляется болѣе всего надежнымъ и менѣе всего вреднымъ для больной. Беременность около половины своего развитія и въ болѣе позднихъ мѣсяцахъ можетъ быть уже на основаніи свойственныхъ ей объективныхъ признаковъ опредѣляема болѣе легко и точно.

**Предсказаніе.** Фиброміомы матки, относясь къ доброкачественнымъ новообразованіямъ, сами по себѣ представляютъ прогнозъ довольно благоприятный, такъ какъ только ихъ чрезмѣрная величина, мѣсто ихъ развитія и различные процессы, разыгрывающіеся въ существѣ ихъ, могутъ вызывать угрожающіе симптомы, мѣняющіе въ свою очередь уже значительно предсказаніе. *Thornburn* («*Practical treatise on the diseases of women*», London, 1885, стр. 276), исчисляя приблизительно, предполагаетъ, что въ 50% всѣхъ случаевъ фиброміомъ могутъ отсутствовать всякаго рода симптомы, и опухоль бываетъ находима только, какъ случайное явленіе, и только въ десяти изъ 50, сопровождающихся болѣе или менѣе рѣзко выраженными припадками, послѣдніе представляются на столько серьезными, что обуславливаютъ неотложную необходимость вмѣшательства, въ формѣ хирургической помощи. Но такъ какъ вопросъ о предсказаніи возникаетъ большею частью только въ случаяхъ, когда больныя, благодаря припадкамъ со стороны фиброміомы, обращаются за нашею помощію, то всѣ 50% опухолей, развивающихся по *Thornburn*'у незамѣтно, не могутъ входить въ расчетъ при предсказаніи. Мы уже видѣли, что самопроизвольное излѣченіе фиброміомъ матки хотя и можетъ состояться, но относится къ рѣдкимъ лишь исходамъ; съ другой стороны, то же самое наблюдается относительно возможности наступленія летальнаго исхода, такъ или иначе зависящаго отъ присутствія фиброміомы. Исключая также и эти рѣдкіе случаи, мы имѣемъ передъ собою картину болѣзни, вызываемую фиброміо-

мами, которая заставляет относить ихъ къ тяжелымъ заболѣваніямъ. Больныя, хотя и имѣютъ весьма мало вѣроятности для летальнаго исхода, все-таки представляются весьма страдающими. Кровотеченія и боли до такой степени пагубно вліяютъ на общее состояніе, что развивается совершенная неспособность къ работѣ и полное утомленіе жизнью. Съ этой стороны прогнозъ нашъ въ преобладающемъ числѣ случаевъ весьма не благоприятенъ. Но только строгая индивидуализація каждаго отдѣльнаго случая позволитъ намъ поставить вѣрное предсказаніе. Оно *quo ad valetudinem completam* далеко не такъ рѣдко бываетъ благоприятнымъ, какъ бы это могло казаться съ нерваго раза; относительно нерѣдко наблюдающаяся остановка роста опухоли, въ особенности послѣ менопаузы, и извѣстная степень ея обратнаго развитія обуславливаютъ полное прекращеніе болѣзненныхъ симптомовъ, и больныя могутъ быть считаемы относительно здоровыми. Прогнозъ *quo ad vitam*, вообще, благоприятенъ и долженъ быть сдержаннымъ только въ случаяхъ чрезмѣрно-большихъ опухолей, или ущемляющихся въ тазу, или же, — что всего чаще приходится наблюдать, — при развитіи воспалительныхъ процессовъ въ фиброміомахъ и ихъ ихорозномъ распаденіи.

**Лѣченіе.** Радикальнымъ лѣченіемъ фиброміомъ матки безспорно представляется только удаленіе опухоли хирургическимъ путемъ. Но такъ какъ фиброміомы относятся къ доброкачественнымъ новообразованіямъ, а операція удаленія ихъ, исключая полипозныхъ подслизистыхъ формъ, относится къ числу самыхъ опасныхъ для жизни хирургическихъ вмѣшательствъ, то въ большей части случаевъ приходится довольствоваться лѣченіемъ симптоматическимъ, или стараться тѣмъ или другимъ болѣе безвреднымъ путемъ вызывать условія, способныя иногда, правда все-таки весьма рѣдко, вызвать въ опухоли тѣ или другіе процессы, ведущіе за собою ея якобы полное исчезновеніе. Радикальное же лѣченіе — *myomotomia* — примѣняется до сихъ поръ только тогда, когда симптоматическое лѣченіе нисколько не улучшаетъ теченія болѣзни, а напротивъ того замѣчается, какъ усиленіе припадковъ, такъ и наступающій болѣе быстрый ростъ опухоли. Изъ этого мы уже видимъ, что присутствіе фиброміомы, какъ таковой, не достаточно еще, чтобы *myomotomia* могла считаться показанною, а необходима извѣстная группа угрожающихъ симптомовъ, опасность которыхъ для жизни больной въ данномъ случаѣ, по нашему мнѣнію, представляется болѣе значительною, чѣмъ таковая же отъ операціи полнаго удаленія фиброміомы.

**Симптоматическое лѣченіе.** Задачею симптоматическаго лѣченія при фиброміомахъ матки является устраненіе кровотеченія и болей. Уменьшеніе и даже прекращеніе кровотеченія изъ полости матки можетъ быть достигнуто различнымъ образомъ.

Вызывая искусственнымъ путемъ сокращеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ стѣнокъ матки, мы достигаемъ уменьшенія притока крови не только къ ней, но и къ опухоли, помѣщающейся въ ея стѣнкахъ, результатомъ чего при болѣе продолжительномъ лѣченіи и благопріятныхъ условіяхъ является иногда значительное уменьшеніе объема этой послѣдней, а иногда даже какъ бы полное ея исчезновеніе. По успѣшности въ этомъ направленіи занимаютъ первое мѣсто *Secale cornutum* и его продуктъ — эрготинъ; назначеніе ихъ нерѣдко вызываетъ ощущаемыя больными въ формѣ болѣе схваткообразныя сокращенія матки, могущія быть также замѣченными при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи по измѣненію консистенціи матки. Болѣе надежнымъ образомъ дѣйствуетъ эрготинъ при его подкожномъ примѣненіи; подобныя подкожныя впрыскиванія изъ эрготина были предложены *Hildebrandt*'омъ (Кенигсбергъ) въ 1872 году и съ тѣхъ поръ получили повсюду право гражданства. Изъ всѣхъ существующихъ препаратовъ эрготина лучшимъ по нашимъ наблюденіямъ оказывается *Ergotinum dialysatum Wernichi*, и мы выписываемъ его въ слѣдующемъ растворѣ: *Rp. Ergotini dialys. Wernichi gr. Xii, Aq. dest. ℥ii, Acidi carb. gr. i. M. D. S.* для подкожныхъ инъекцій. Растворъ этотъ, хорошо приготовленный, долго не портится. Въ случаѣ же опасенія болѣе скорой порчи его, весьма цѣлесообразнымъ оказывается выписывать его въ малыхъ количествахъ, какъ, напр.: *Rp. Ergot. dial. Wernich. gr. ii, Aq. dest. ℥ii. M. D. S.* для двухъ подкожныхъ инъекцій. При продолжающемся болѣе долгомъ лѣченіи мы дѣлаемъ подкожныя впрыскиванія ежедневно одинъ разъ по 10 капель, содержащихъ въ себѣ 1 грань эрготина. Инъекціи эти могутъ быть продолжаемы смѣло два или болѣе мѣсяцевъ подъ рядъ, не опасаясь развитія припадковъ отравленія спорыньею (*ergotismus*). Болѣе удобнымъ мѣстомъ для производства уколовъ представляются поверхность передней брюшной стѣнки и область ягодицъ, рекомендуемая для этой цѣли *Hart*'омъ и *Barbour*'омъ. *Bumm* въ Германіи («*Centralbl. f. Gyn.*», 1887 г., № 28) снова обращаетъ вниманіе на эту область, какъ на самую удобную по своей безболѣзненности для производства глубокихъ впрыскиваній. Уколъ долженъ производиться глубоко и проникать въ ткань ягодичныхъ мышцъ. Вообще же, инъекція въ подкожную клетчатку должна производиться болѣе глубоко, чѣмъ при примѣненіи другихъ лѣкарственныхъ веществъ, какъ, напр., морфія; чистота при производствѣ ея должна быть чрезвычайная, иначе весьма легко получаютъ не только мѣстныя воспалительныя утолщенія въ формѣ болящихъ узловъ, но могутъ появляться также иногда весьма большихъ размѣровъ нарывы. Весьма полезно мѣсто укола покрывать кашлею іодоформеннаго коллодія (*Чунихинъ*, «*Врачъ*», 1887 г., № 29, стр. 571). Впрыскиванія раствора эрготина непо-

средственно въ ткань матки, въ ея влагалищную часть, при примѣненіи зеркала представляются болѣе опасными и неимѣющими особыхъ выгодъ, такъ что предложенія, сдѣланныя въ этомъ смыслѣ *Delore*'омъ и *Louveau*, не нашли себѣ многихъ послѣдователей.

Въ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло еще только съ меноррагіями, подкожныя впрыскиванія эрготина приносятъ болѣею частью несомнѣнную пользу. Производя ихъ по крайней мѣрѣ въ теченіе двухъ менструальныхъ періодовъ, какъ во время кровотеченія, такъ и внѣ его въ межменструальные промежутки, въ случаѣ успѣха эффектъ получается уже весьма значительный. Точно также и при кровотеченіяхъ, потерявшихъ болѣе или менѣе правильную періодичность, замѣтный результатъ наблюдается только спустя извѣстное время, приблизительно послѣ 20—30 впрыскиваній; къ этому же времени иногда можетъ быть констатировано и нѣкоторое уменьшеніе опухоли въ объемѣ. Для болѣе быстрой остановки кровотеченія или болѣе значительнаго уменьшенія его доза эрготина должна быть повышена, и мы назначаемъ въ теченіе нѣкотораго болѣе короткаго времени инъекціи по два раза въ день, или же, если онѣ болѣзненны, то даемъ эрготинъ внутрь въ формѣ гелатиновыхъ лепешекъ (см. стр. 447), по 2—4 грана *pro die*, или же — *Secale cornutum per se* въ порошкахъ отъ 6 до 12 гранъ въ день. Появленіе признаковъ отравленія, каковы: чувство ползанія мурашекъ на концахъ пальцевъ и легкая синева подъ ногтями, должно служить показаніемъ къ немедленной пріостановкѣ этого лѣченія.

Особенно благоприятные результаты въ смыслѣ остановки кровотеченій замѣчаются при мягкихъ фиброміомахъ, обладающихъ большимъ количествомъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, и при маткѣ слегка гипертрофированной, не представляющей признаковъ долго уже продолжающагося хроническаго воспаленія. По мѣсту своего развитія внутривѣбочныя фиброміомы легче и скорѣе, чѣмъ подсерозныя и большія подслизистыя, представляютъ уменьшеніе своего объема и вмѣстѣ съ тѣмъ пріостановку сильныхъ кровотеченій. Плотныя опухоли, богатыя соединительною тканью, равно какъ и рѣзко выраженные полипозныя формы подсерозныхъ фиброміомъ относятся индифферентно къ лѣченію эрготиномъ.

Благодаря способности вызывать сокращенія мускулатуры матки (*Fellner*, «*Centralblatt f. Gyn.*», 1885, стр. 548, и *Славятинскій* въ лекціяхъ проф. *Сушинскаго*, «*Практическая Медицина*», 1887 г., стр. 14 отд. оттиска), *Hydrastis canadensis* можетъ быть также примѣняемъ для остановки кровотеченій при фиброміомахъ матки. Назначая или *Extractum fluidum Hydrastis canadensis* по 20—25 капель 3—4 раза въ день, или же приготовляя изъ *Extractum siccum Hydr. canad.* *Jii*—50 пилюль и

давая ихъ 3—6 разъ въ день по одной въ нѣкоторыхъ случаяхъ получается значительное уменьшеніе интенсивности кровотеченій. Особенно удовлетворительные результаты видѣль отъ употребленія этого средства *Winckel* (l. c., стр. 491). Мы примѣняли его уже много разъ и вынесли то убѣжденіе, что, дѣйствительно, встрѣчаются случаи даже поразительно блестящаго его дѣйствія, но рядомъ съ таковыми и при томъ не особенно рѣдко не получается никакого эффекта, такъ что, повидимому, должны существовать извѣстныя условія въ каждомъ данномъ случаѣ, благодаря которымъ дѣйствіе *Hydrastis canadensis* представляется столь различнымъ; условія эти еще не могутъ считаться достаточно выясненными.

Безспорно, къ числу наиболѣе рѣзко дѣйствующихъ на матку, вызывая сокращеніе ея мышечныхъ элементовъ, средствъ должно быть отнесено примѣненіе холода и тепла. Физиологическіе опыты (*Lorain*, «*De l'eau chaude en obstétrique*», *Paris*, 1887 г., стр. 60) наглядно убѣждаютъ насъ, что подъ вліяніемъ холодной (3—12° Ц.) и горячей воды (40—52° Ц.) происходятъ могущественныя сокращенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ, и при томъ такъ, что отъ холода сокращенія эти являются быстрѣе, чѣмъ отъ тепла, но за то продолжительность ихъ гораздо менѣе значительна, и мышца начинаетъ уже расслабляться черезъ 10—30 минутъ, тогда какъ подъ вліяніемъ горячей воды сокращенія длятся часъ и даже полтора. Благодаря этому обстоятельству, горячая вода почти совершенно вытѣснила примѣненіе холодной при остановкѣ маточныхъ кровотеченій; этому способствуетъ много также непріятное чувство холода, крайне нехорошо переносимое анемичными, ослабленными больными. Мы примѣняемъ холодъ и тепло или прикладывая мѣшокъ со льдомъ, или бутылки (грѣлки), наполненныя горячей водою, снаружи на нижнюю часть живота, или же вводимъ холодную или горячую воду во влагалищъ, въ формѣ влагалищныхъ спринцованій. Холодная вода не должна превышать 10° R.; желая получить быстрый эффектъ, мы вводимъ во влагалище кусочки льда. Температура горячей воды назначается нами не ниже 38° R. и переносится больными хорошо до 40°. Во время кровотеченія горячіе влагалищныя души производятся по 2—3 раза въ день въ теченіе 5—10 минутъ. Производя эти души утромъ и вечеромъ ежедневно въ теченіе времени, свободнаго отъ кровотеченія, обыкновенно наблюдается благотворное дѣйствіе ихъ, выражающееся тѣмъ, что промежутки между приступами меноррагіи дѣлаются болѣе продолжительными, и потеря крови во время каждаго менструальнаго прилива представляется гораздо менѣе значительною.

При болѣе сильныхъ кровотеченіяхъ, приковывающихъ больную къ постели, приспособленія для производства вла-

галищныхъ инъекцій оказываются нѣсколько сложными и значительно беспокоящими больную; въ подобныхъ случаяхъ весьма цѣлесообразнымъ оказывается примѣненіе аппаратовъ, такъ называемыхъ холодильниковъ (*refrigerator vaginae*), допускающихъ возможность примѣнять какъ холодную, такъ и горячую воду. Подобные аппараты извѣстны уже давно; болѣе удобнымъ представляется такъ называемый *Heitzmann-Leiter'*овскій (рис. 264). Соединивъ длинную трубку съ резервуаромъ воды, стоящимъ на извѣстной высотѣ, и короткую съ приѣмникомъ для стекающей воды, стоящимъ подъ кроватью, аппаратъ этотъ вводится во влагалище, и мы можемъ удерживать температуру его на желаемой высотѣ сколь угодно долгое время. Больная при этомъ лежитъ сухою, совершенно покойно, на своей постели, имѣя во влагалищѣ аппаратъ, который, смотря по своей температурѣ, обуславливаетъ болѣе или менѣе сильное сокращеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ матки и влагалища. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ кровотеченіе довольно быстро уменьшается и мало по малу останавливается.

Кровотеченія, не уступающія вышесказаннымъ методамъ лѣченія, требуютъ уже примѣненія того или другого средства непосредственно на кровоточащее мѣсто, на слизистую оболочку матки. Терапія наша приобретаетъ такимъ образомъ характеръ внутриматочной, требующей, какъ мы уже о томъ упоминали выше (см. стр. 514), строгаго примѣненія правилъ антисептики; незначительныя упущенія съ этой стороны нерѣдко влекутъ за собою весьма бурные признаки вслѣдствіе наступающаго ихорознаго распаденія опухоли. Для внутриматочныхъ прижиганій производимыхъ съ цѣлью остановить кровотеченіе при фибромиомахъ, примѣняются *Ol. martis* въ чистомъ видѣ или разбавленное одною или двумя частями воды, или же *Tinct. jodi perse*. Введеніе этихъ веществъ въ полость матки можетъ быть достигнуто или помощью пропитанной ими ваты, накрученной на маточную палочку (см. стр. 523, рис. 244), или же цѣлесообразнѣе помощью внутриматочной спринцовки (тамъ же, рис. 243). При этомъ послѣднемъ методѣ введенія лѣкарственнаго вещества никогда не слѣдуетъ забывать предварительно точно убѣдиться въ возможности легкаго и удобнаго стока жидкости изъ полости матки черезъ цервикальный каналъ; при существующемъ относительно суженіи его искусственное расширение должно быть произведено непременно до примѣненія внутриматочнаго впрыскиванія. Какъ передъ нимъ, такъ и по окончаніи его прополас-



Рис. 264.

киваніе полости матки легкимъ дезинфицирующимъ растворомъ помощью внутриматочнаго катетера столь же необходимо, какъ и при всякомъ производствѣ какихъ бы то ни было внутриматочныхъ манипуляцій (см. стр. 516). Какъ и при лѣченіи эндометритовъ, вообще, такъ и при *endometritis haemorrhagica* при фибромиомахъ, мы предпочитаемъ примѣненіе іодистыхъ препаратовъ для внутриматочныхъ впрыскиваній. Чистая оффициальная *Tinct. jodi*, или разбавленная пополамъ водою, или же такъ называемая жидкость *Savage'a* (*Rp. Jodi puri gr. vi, Kalii jodati gr. xii, Spiriti vini Zis, Aq. dest. Zivs. M. D. S.*) суть препараты, примѣняемые нами съ этою цѣлюю.

Между условіями, руководящими нами при назначеніи внутриматочныхъ впрыскиваній съ цѣлюю пріостановки кровотеченія и прижиганія слизистой оболочки, мы считаемъ однимъ изъ самыхъ важныхъ размѣръ и конфигурацію полости тѣла матки. Значительно увеличенная полость при *fibromyoma intraparietale*, снабженная не всюду гладкими стѣнками, мѣстами имѣющими болѣе или менѣе значительныя углубленія, должна считаться однимъ изъ противопоказаній къ примѣненію этого способа, такъ какъ введенная въ такую полость жидкость далеко не всюду приходитъ въ соприкосновеніе со всею измѣненною слизистой оболочкою и, слѣдовательно, не удовлетворяетъ цѣли, для которой она вводится; остановка кровотеченія на болѣе или менѣе непродолжительное время можетъ быть иногда наблюдаема при этомъ, благодаря рефлектному сокращенію мышцъ матки вслѣдствіе интенсивнаго раздраженія ея полости, но болѣе значительныя улучшенія, наступающія вслѣдъ за измѣненіями больной слизистой оболочки послѣ прижиганія, обыкновенно отсутствуютъ, такъ какъ только сравнительно незначительное протяженіе ея было подвергнуто дѣйствию введенной *Tinct. jodi*.

Болѣе полно и точно мы достигаемъ устраненія измѣненной слизистой оболочки помощью соскабливанія ея острою ложкою (см. стр. 517 и 525). Въ этомъ отношеніи особенно хорошіе результаты даютъ случаи, въ которыхъ предварительное изслѣдованіе маточнымъ зондомъ позволяетъ намъ онредѣлить размѣры и характеръ конфигураціи полости матки. При производствѣ выскабливанія острою ложкою рядомъ съ удаляемыми частями слизистой оболочки нерѣдко приходится наблюдать удаляющіяся полипозныя аденомы различной величины. Наступающее иногда послѣ выскабливанія, при не строго-педантнчномъ проведеніи правилъ обеззараживанія, ихорозное распаденіе опухоли дѣлаеть этотъ методъ далеко не всегда безопаснымъ, и поэтому примѣненіе его должно быть до извѣстной степени ограничено.

Надрѣзы шейки матки и капсулы, покрывающей опухоль со стороны полости матки, даютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ пріостановку кровотеченія на болѣе или менѣе продолжительное

время. Надрѣзь слизистой оболочки и капсулы опухоли, производимый скалпелемъ, не долженъ быть очень поверхностнымъ. Нарушая цѣлость сосудовъ и, по заживленіи раны, измѣняя условія кровообращенія, подобные надрѣзы даютъ иногда весьма хорошій эффектъ; но такъ какъ послѣдній далеко не постояненъ, и условія, при которыхъ онъ получается, далеко еще не выяснены, а, съ другой стороны, и эта маленькая операція можетъ влечь за собою различнаго рода воспалительные процессы, благодаря легкой доступности инфекціи, то производство ея съ цѣлью только достиженія пріостановки кровотока не получило общаго распространенія и можетъ быть примѣняемо только въ отдѣльныхъ, почему бы то ни было особенно къ тому пригодныхъ случаяхъ, какъ напр. при подслизистой внутривульварной фиброміомѣ, отчасти помѣщающейся уже въ растянутомъ каналѣ шейки и обусловившей достаточное открытіе зѣва матки, такъ что производство самаго разрѣза весьма легко по доступности поверхности опухоли, и, производя его, мы не только можемъ достигнуть временнаго прекращенія кровотока, но и способствовать началу произвольнаго вылученія опухоли.

При весьма обильномъ, угрожающемъ кровотоку изъ матки при фиброміомахъ, какъ средство, быстро останавливающее его, представляется тампонація влагалища, прекращающая возможность истеченія крови. Влагалищные тампоны изъ тщательно дезинфицированныхъ кусковъ холста или изъ карбололизованной ваты, а лучше всего изъ іодоформенной марли, туго выполняющіе просвѣтъ влагалища, могутъ оставаться *in situ* долгое время (12—24 часа и долѣе) и обыкновенно оказываются вполне достаточными для остановки кровотока. Продолжая затѣмъ далѣе методическое примѣненіе ватныхъ тампоновъ, обильно смоченныхъ глицериномъ и вводимыхъ ежедневно въ теченіе одной, двухъ недѣль, благодаря деплеторному дѣйствию глицерина, мы получаемъ пріостановку кровотока на болѣе продолжительное время.

Только весьма рѣдко примѣненіе влагалищнаго тампона оказывается безсилнымъ, и кровотокъ продолжается; въ такихъ исключительныхъ случаяхъ можетъ считаться показаннымъ временное закрытіе наружнаго отверстія матки, помощью наложенныхъ на него швовъ (*hysterotrachelocleisis temporaria*.) Завязавъ въ достаточномъ количествѣ наложенные швы, мы достигаемъ полной непроходимости нижняго отдѣла канала шейки, и кровь, не находя себѣ стока изъ матки, скопляется въ ней, на сколько это допускаетъ эластичность стѣнокъ ея. Извѣстные до сихъ поръ случаи остановки кровотока этимъ путемъ представляются весьма благопріятными: количество скопляющейся крови въ маткѣ незначительно, проникновенія ея въ трубы не замѣчается, и по снятіи швовъ (черезъ 3—6 дней) вытекаетъ



только скопившаяся кровь въ видѣ густой, на подобіе кофейной гущи, жидкости безъ слѣдовъ разложенія, если только не было особыхъ, присущихъ данному случаю условій, способствовавшихъ развитію этого послѣдняго (*Hegar u. Kaltenbach, «Operat. Gynäk.» 1886, стр. 603*).

Во время кровотеченій при фиброміомахъ матки должно быть обращено вниманіе также на то, чтобы больная лежала покойно въ постели, въ положеніи на спияѣ, со слегка приподнятымъ тазомъ; всѣ возбуждающіе напитки, каковы кофе, крѣпкій чай, вино и др. запрещаются. Накопленіе каловыхъ массъ въ прямой кишкѣ предупреждается назначеніемъ клистировъ изъ простой воды комнатной температуры. При существованіи болѣзненности при дотрогиваніи во время изслѣдованія яичниковъ и стоящаго въ связи съ нимъ усиленнаго притока крови къ маткѣ особенною славою пользуется назначеніе внутрь *Kalii bromati* или *Tinct. cannabidis indicae* (черезъ каждыя  $\frac{1}{2}$  часа по 4—6 капель и не болѣе 40—60 капель *pro die*), какъ средствъ, уменьшающихъ или даже останавливающихъ метрорагіи. Столь распространенное назначеніе внутрь кислыхъ капель (*Elixir acidum Halleri, Mixtura sulfurica acida*) и влагалищныхъ инъекцій съ прибавленіемъ вяжущихъ и кровоостанавливающихъ средствъ обыкновенно не даетъ никакихъ результатовъ.

Симптоматическое лѣченіе, направленное противъ другого припадка—болей, представляется различнымъ, смотря по тому, чѣмъ и какъ онѣ обусловлены: боли, происходящія вслѣдствіе давленія фиброміомою и увеличенною маткою на сосѣдніе органы, могутъ быть устранены только уничтоженіемъ существующаго давленія. При фиброміомахъ большей величины хорошо и удобно сдѣланный брюшной поясъ, поддерживая опухоль, устраняетъ иногда многія изъ болевыхъ ощущеній; въ случаяхъ извѣстной степени ущемленія увеличенной матки или опухоли въ тазу необходимо немедленное вправленіе ея, что удается иногда весьма легко, если мы при попыткахъ вправленія направляемъ ущемленную ея часть кверху не по срединной линіи, а въ одну изъ сторонъ, обходя такимъ образомъ мысь крестцовой кости. При небольшой величинѣ фиброміомы и существованіи болевыхъ ощущеній вслѣдствіе давленія, производимаго ею на мочевою пузырь и прямую кишку, введеніе влагалищнаго пессарія (*Mayer'a* или *Hodge'a*), приподнимая матку и отчасти фиксируя ее въ этомъ положеніи, иногда весьма удовлетворительно устраняетъ существовавшее давленіе и зависѣвшіе отъ него припадки.

Опухоли небольшой величины, помѣщаясь въ стѣнкахъ матки, сопровождаются нерѣдко дисменоррейными болями и невралгіями въ различныхъ областяхъ тѣла; въ данномъ случаѣ, не будучи въ состояніи примѣнить никакого лѣченія, направленнаго къ удаленію опухоли, мы должны ограничиваться только облегченіемъ

болевыхъ ощущеній, *Kalium bromatum* внутрь и различныя *parcoticæ* въ суппозиторіяхъ составляютъ нашу обычную терапію. *Extr. hyoscyami* (отъ  $\frac{2}{3}$  до 1 gr. pro dosi), *Extr. belladonae* (до gr.  $\frac{1}{2}$ ), *Chloral. Hydrat.* (5—8 gr.) съ *Butyrum cacao* (*Si*) въ формѣ шариковъ или *suppositoria*, введенныя во влагалище или прямую кишку, въ болѣе легкихъ случаяхъ значительно понижаютъ боль. Болѣе трудныя требуютъ уже примѣненія морфія, также въ формѣ суппозиторія ( $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$  gr.) въ прямую кишку, или же въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній въ область нижней части живота или передней поверхности бедеръ. Эта же терапія примѣняется съ успѣхомъ при чрезмѣрно болѣзненныхъ сокращеніяхъ матки при полипозныхъ фиброміомахъ полости ея. находящихся въ періодѣ своего изгнанія изъ этой послѣдней. Противу различнаго рода невралгическихъ болей при фиброміомахъ *Winckel* (l. c., стр. 488) назначаетъ иногда съ успѣхомъ *Tinc. gelsemii sempervirentis* (5—25 капель pro die).

Подсерозныя фиброміомы нерѣдко осложняются воспалительными процессами, имѣющими мѣсто въ покрывающей ихъ и окололежащія части брюшины и дающими иногда рѣзко выраженныя боли въ нижней части живота. Противовоспалительное лѣчение даетъ при нихъ блестящіе результаты: ледъ въ пузырьѣ на животъ или холодныя компрессы и мѣстныя кровопускденія, въ формѣ пиявокъ на кожу нижней части живота или болѣе обильныхъ скарификацій влагалищной части матки, у больныхъ, немѣющихся обильныхъ потерь крови во время регуль, какъ это иногда наблюдается именно при подсерозныхъ фиброміомахъ, весьма скоро облегчаютъ и прекращаютъ болевыя ощущенія.

Къ симптоматическому лѣченію фиброміомъ должно быть отнесено и лѣченіе, направленное къ улучшенію общаго состоянія больной. Нарушеніе правильнаго питанія всего организма и явленія болѣе или менѣе рѣзко выраженной общей анеміи не должны никогда ускользнуть отъ вниманія лѣчащаго врача; строгая индивидуализація каждаго отдѣльнаго случая въ этомъ направленіи укажетъ ему, который изъ методовъ общаго лѣченія можетъ быть примѣненъ съ большею пользою въ данномъ случаѣ.

Кромѣ только что изложеннаго симптоматическаго лѣченія, съ одной стороны, и радикальнаго хирургическаго, съ другой, какъ мы уже упоминали, существуетъ еще лѣченіе, направленное къ тому, чтобы такъ или иначе получить уменьшеніе въ объемѣ, или же полное исчезновеніе опухоли и тѣмъ остановить и вполне устранить возможность существованія тягостныхъ для больной симптомовъ заболѣванія. Вслѣдствіе предположенія, что то или другое лѣкарственное средство, принимаемое внутрь, можетъ дѣйствовать на опухоль, вызывая въ ней регрессивныя процессы, были предложены различныя методы лѣченія, и дѣйствительно, каждый изъ нихъ имѣлъ за себя не только теоретическія со-

ображенія, но и опирался на случаи успѣшнаго излѣченія. При болѣе же точномъ и строгомъ разборѣ этихъ послѣднихъ весьма скоро оказалось, что они должны быть отнесены или къ простымъ случайностямъ, или же излѣченіе основывалось на ошибкахъ въ распознаваніи. Такъ, напр., успѣшные случаи излѣченія фиброміомъ внутреннимъ употребленіемъ *Kalii iodati*, назначаемого съ цѣлью обусловить всасываніе опухоли, всѣ относятся къ ошибкамъ діагноза, причемъ за фиброміому матки были приняты большіе пара-периметритическіе экссудаты или болѣе значительной величины остатки заматочныхъ кровоизліяній (*haematocoele retro-uterinum*). То же можно сказать и о дѣйствии мышьяка и фосфора, долженствовавшихъ производить жировое перерожденіе тканей фиброміомы. Предложенное назначеніе хлористаго кальція съ цѣлью вызвать обизвествленіе опухоли уже а priori едва ли можетъ быть оправдано.

Пребываніе больныхъ, имѣющихъ фиброміому матки, на водахъ и морскихъ купаньяхъ, при чемъ онѣ или принимаютъ общія соляно-іодистыя ванны, или продѣлываютъ курсъ лѣченія внутренняго употребленія той или другой минеральной воды, дѣйствительно, во многихъ случаяхъ приноситъ несомнѣнную пользу, такъ какъ обыкновенно наблюдается не только уменьшеніе интенсивности симптомовъ заболѣванія, но даже иногда и уменьшеніе объема опухоли. Такое улучшеніе мѣстныхъ явленій зависитъ почти всегда отъ уменьшенія интенсивности воспалительныхъ процессовъ, какъ матки и заключающейся въ стѣнкахъ ея опухоли, такъ и окололежащихъ частей; кромѣ того, устраненіе привычныхъ запоровъ и усиленнаго кровопереполненія всѣхъ брюшныхъ внутренностей (*plethora abdominalis*) вліяютъ весьма благотѣльно на мѣстныя явленія со стороны матки. — Этимъ обстоятельствомъ вполнѣ объясняется заслуженная репутація нѣкоторыхъ водъ (*Kreuznach*, *Krankenheil*, *Kissingen*, *Salins* и *Salies de Béarn*, *Vichy*, *Burbone* и др.) и общихъ соляно-іодистыхъ ваннъ, приготовляемыхъ искусственно. Мнѣ самому нерѣдко приходилось убѣждаться въ весьма удовлетворительномъ результатѣ лѣченія, предпринимаемаго съ этою цѣлью на нашихъ минеральныхъ водахъ (*Друскеники*, *Эссентуки*, *Липецкъ*, *Старая-Русса*), и при назначеніи общихъ соляныхъ ваннъ съ примѣсю Крейцнахской соли. Констатируя такимъ образомъ благотѣльное вліяніе лѣченія на водахъ на теченіе болѣзни при фиброміомахъ матки, мы далеки отъ мысли признавать особое специфическое дѣйствіе того или другого минеральнаго источника, вызывающаго якобы даже полное исчезновеніе опухоли, какъ это дѣлаютъ, напр., нѣкоторые крейцнахскіе врачи.

Съ цѣлью вызвать извѣстные процессы въ существѣ опухоли и тѣмъ обусловить всасываніе и такимъ образомъ полное исчез-

новеніе ея, за послѣднее время, особенно въ Америкѣ, примѣняется электричество (электролизъ). Электроды въ видѣ тонкихъ длинныхъ иглъ вкалываются черезъ брюшные покровы непосредственно въ опухоль, и затѣмъ пропускается сильный постоянный токъ. Послѣ ряда подобныхъ сеансовъ, производимыхъ черезъ нѣсколько дней, наблюдали не только уменьшеніе объема опухоли, но и полное ея исчезновеніе. Съ другой стороны, извѣстны также и случаи летального исхода отъ перитонита. Менѣе опаснымъ, но зато и менѣе дѣйствительнымъ, представляется приложеніе электродовъ уже другой формы, одного — на кожу живота, а другого — на влагалищную часть матки, или же въ формѣ зонда въ полость ея. Мнѣ самому не приходилось наблюдать примѣненіе постоянного тока при лѣченіи фиброміомъ матки, и поэтому, упоминая только о немъ, я не могу высказаться ни за, ни противъ этого метода.

При изложеніи симптоматическаго лѣченія, мы видѣли уже, что продолжающееся долгое время методическое употребленіе эрготина внутрь или въ формѣ подкожныхъ инъекцій, вызываетъ далеко нерѣдко значительное уменьшеніе опухоли въ ея объемѣ и иногда даже полное ея исчезновеніе. Это послѣднее, впрочемъ, наблюдалось не особенно часто, такъ что его нельзя еще признать за конечный результатъ, хотя бы только для извѣстнаго опредѣленнаго процента всѣхъ случаевъ, подвергавшихся лѣченію эрготиномъ, и пока оно относится еще къ исходамъ случайнымъ, такъ что методъ этотъ представляется довольно надежнымъ и цѣлесообразнымъ только какъ методъ симптоматическаго лѣченія, дающій дѣйствительно весьма удовлетворительные результаты относительно уменьшенія кровотеченія и пріостановки его на болѣе долгое время. — При подслизистыхъ фиброміомахъ и особенно при полипозныхъ формахъ внутривѣстничныхъ опухолей, сокращенія матки, вызываемыя эрготиномъ, играютъ весьма важную роль въ смыслѣ болѣе скорого образованія болѣе тонкой ножки (*pedunculisation* — англчанъ) и превращаютъ ихъ такимъ образомъ въ полипозныя образованія, легко удалимые; съ другой стороны, подъ вліяніемъ этихъ же сокращеній болѣе скоро и полно происходятъ роды полипозной фиброміомы во влагалище, — процессъ, какъ мы увидимъ ниже, значительно облегчающій операцію удаленія такихъ опухолей.

Съ какою бы изъ вышеупомянутыхъ цѣлей ни былъ назначаемъ эрготинъ, слѣдуетъ всегда имѣть въ виду относительно здоровое состояніе стѣнокъ матки и способность ихъ давать болѣе или менѣе энергичныя сокращенія; поэтому чрезмѣрно плотныя, находящіяся въ состояніи хроническаго воспаленія стѣнки матки, а также присутствіе старыхъ околomatочныхъ соединительно-тканыхъ воспаленій (*residua parametritidis*) должны считаться противопоказаніями къ назначенію этого метода лѣченія.

Примѣненіе эрготина на болѣе продолжительное время въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній можетъ обусловить, кромѣ явленій эрготизма (см. стр. 599), еще весьма опасныя послѣдствія со стороны самой опухоли. Подъ вліяніемъ энергичныхъ сокращеній мускулатуры и значительной мѣстной анэмїи, иногда можетъ развиваться гангрена опухоли съ послѣдовательнымъ смертельнымъ перитонитомъ, особенно, если опухоль принадлежала къ подсерознымъ. Кромѣ этого, однажды было наблюдаемо развитіе тромбоза въ венахъ нижнихъ конечностей.

Эти только что приведенныя неблагоприятныя послѣдствія долго примѣняющихся подкожныхъ инъекцій эрготина все-таки на столько рѣдки, что никакъ не могутъ вліять на сужденіе о достоинствахъ этого метода вообще, а должны быть только принимаемы въ соображеніе, дабы въ-время было приостановлено назначенное лѣченіе.

Съ цѣлью уменьшенія опухоли и достиженія ея обратнаго развитія примѣняются также хирургическіе методы лѣченія. Типомъ для этого служатъ два самопроизвольныхъ исхода фиброміомъ матки — гангренозное ихъ распаденіе и обратное развитіе, наступающее столь нерѣдко при старческой инволюціи половыхъ органовъ, по прекращеніи менструальныхъ приливовъ. Искусственное достиженіе гангренознаго распаденія опухоли представляеть методъ крайне опасный и ненадежный и можетъ быть примѣнимо развѣ только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, и то при исключительныхъ обстоятельствахъ. Состоить онъ въ томъ, что при доступности опухоли со стороны влагалища, при достаточно открытомъ зѣвѣ, изъ новообразованія выжигаются различной величины куски помощью каленаго желѣза. Вслѣдъ за такимъ частичнымъ удаленіемъ развивается ихорозное распаденіе опухоли, связанное съ болѣе или менѣе рѣзко выраженными септическими явленіями. Больныя сильно лихорадятъ, и наступающее дальнѣйшее, уже произвольное удаленіе кусками гангренисцировавшей опухоли тянется весьма долгое время; развивающееся весьма обильное нагноеніе въ свою очередь также сильно истощаетъ больную. Если произвольное удаленіе омертвѣвшихъ кусковъ не идетъ достаточно удовлетворительно и скоро, то сеансъ удаленія кусковъ каленымъ желѣзомъ повторяется снова. Этимъ путемъ, хотя и въ теченіе долгаго времени, все-таки въ концѣ концовъ получается полное исчезновеніе опухоли, и больныя вполне выздоравливаютъ.

Методъ этотъ, сопряженный съ опасностью легко развивающейся септицемїи и септического перитонита, какъ на это указываютъ случаи въ литературѣ (см. *Gusserow, l. c., стр. 81*), почти совершенно оставленъ, и развѣ только исключительныя обстоятельства могутъ оправдывать примѣненіе его. Такъ *Greenhalgh* (Лондонъ) примѣнялъ его при вколоченныхъ въ малый тазъ фиброміомахъ, недоступныхъ со стороны полости матки че-

резъ наружный ея зѣвъ. Каленымъ желѣзомъ была разрушена цѣлость задней стѣнки влагалища, и этимъ путемъ только опухоль была сдѣлана доступною для дальнѣйшихъ выжиганій. Въ двухъ случаяхъ развилось ихорозное распаденіе опухоли, изъ которыхъ въ одномъ, спустя долгое время, все-таки получилось выздоровленіе, въ другомъ же наступила смерть отъ піэміи. — Проф. П. П. Пелехинъ (*Проток. засѣд. общ. русск. врачей въ СПб., 1884—85 г.*), вскрывъ брюшную полость при большой фиброміомѣ и обусловивъ сращеніе ея съ переднею брюшною стѣнкою, примѣнялъ каленое желѣзо аппарата *Raquetin'a* для удаленія по частямъ всей опухоли. Большая переносила всѣ эти оперативные приемы хорошо и черезъ полтора года была продемонстрирована въ Обществѣ русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ, причемъ отъ бывшей большой опухоли осталась только часть величиною въ кулакъ взрослого человѣка. Насколько при извѣстныхъ обстоятельствахъ могутъ быть опасны подобныя отжиганія кусковъ опухоли показываетъ случай, описанный *Шуриновымъ* («*Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней*», 1888, № 3, стр. 194), въ которомъ послѣ произведеннаго проф. *Е. В. Павловымъ* чревосѣченія и фиксированія опухоли къ брюшной ранѣ было приступлено къ повторнымъ частичнымъ удаленіямъ опухоли аппаратомъ *Raquetin'a*. Послѣ перваго же частичнаго клиновиднаго отжиганія получило на столько сильное кровотеченіе, что пришлось обшить кровоточащее мѣсто шелковыми лигатурами и затампонировать рану; кровотеченіе было остановлено только на время, оно появлялось снова и тѣми же способами снова останавливалось, пока, наконецъ, оно не появилось съ такою силою, что убило больную въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

Совершенно иначе дѣло представляется при искусственно вызываемомъ прекращеніи менструальныхъ приливовъ и старческой инволюціи половыхъ органовъ. Достигается это путемъ удаленія яичниковъ, производится кастрація — оскотленіе. Операция эта съ этой цѣлю была произведена въ первый разъ въ 1876 году *Trenholme'омъ* (въ Америкѣ) и *Hegar'омъ* (въ Германіи). Техника операціи удаленія яичниковъ будетъ нами подробнѣе изложена въ главѣ о кастраціи, вообще, теперъ же мы ограничимся только особенностями ея, имѣющими иногда мѣсто при удаленіи яичниковъ у больныхъ, имѣющихъ фиброміому матки. Упомянемъ также только о томъ, что чревосѣченіе, производимое съ цѣлю оскотленія, должно, конечно, быть производимо съ соблюденіемъ тѣхъ же антисептическихъ правилъ, какъ и каждое чревосѣченіе, такъ какъ только соблюденіе необходимой при этомъ чистоты гарантируетъ насъ отъ возможности инфекціи и развитія опасныхъ осложненій.

Не смотря на то, что неправильное увеличеніе матки, вслѣдствіе присутствія фиброміомы, иногда весьма значительно смѣ-

щаетъ яичники съ ихъ нормальнаго мѣстонахожденія, разрѣзъ брюшной стѣнки по linea alba оказывается при извѣстной его величинѣ вполне удобнымъ и достаточнымъ для отысканія и извлеченія яичниковъ. Въ нѣкоторыхъ только случаяхъ, когда смѣщеніе ихъ весьма значительно, разрѣзъ этотъ можетъ быть увеличенъ въ одну изъ сторонъ, или же, при прощупываніи ихъ до операціи при наружномъ изслѣдованіи тотчасъ подъ брюшными покровами, разрѣзъ брюшной стѣнки можетъ быть сдѣланъ непосредственно надъ каждымъ изъ нихъ. Вскрывъ брюшную полость и удаливъ сращения, буде таковыя существовали, при опухоляхъ уже болѣе значительной величины для отысканія яичника лучше вводить сразу всю руку въ брюшную полость; при этомъ мы иногда убѣждаемся, что яичникъ не можетъ быть выведенъ наружу черезъ разрѣзъ безъ того, чтобы опухоль не была до извѣстной степени повернута вокругъ своей продольной оси. При номѣщающихся за опухоль глубоко въ тазу яичникахъ я былъ вынужденъ удлинять разрѣзъ брюшной стѣнки, выводить наружу всѣ тонкія кишки и извлекать на сколько возможно опухоль, и затѣмъ только яичники дѣлались доступными. — Произведя извлеченіе яичника наружу черезъ брюшную рану, или, что встрѣчается довольно часто, сдѣлавъ его доступнымъ зрѣнію въ ранѣ, если дальнѣйшее извлеченіе его оказывается невозможнымъ, мы приступаемъ къ наложенію лигатуръ на mesovarium. Въ обыкновенныхъ случаяхъ это не представляетъ никакихъ затрудненій, и мы прокалываемъ его по срединѣ острою прямою иглою, или же согнутою тупою, если приходится дѣйствовать на извѣстной глубинѣ; проведя такимъ образомъ двойную лигатуру и раздѣливъ mesovarium на два пучка, мы завязываемъ ихъ на сколько возможно туго и удаляемъ скальпелемъ или ножницами яичникъ. Нерѣдко оказывается болѣе удобнымъ захватить въ одну изъ лигатуръ также и болѣе или менѣе значительную часть брюшного конца трубы. Удаленіе части трубъ, или же и на всемъ ихъ протяженіи, необходимо должно быть предпринимаемо каждый разъ, если онѣ представляютъ патологически измѣненными. Такое удаленіе яичниковъ вмѣстѣ съ заболѣвшими трубами производится весьма часто и было также примѣнено при операціи осклопенія при фиброміомѣ матки, произведенной въ 1884 году, въ первый разъ въ Россіи, д-ромъ В. В. Сутугинымъ («О показаніяхъ къ осклопенію (кастраціи) съ приведеніемъ одного удачнаго случая примѣненія этой операціи». «Врачъ», 1885, № 20, стр. 320).

При фиброміомахъ болшей величины, и особенно при опухоляхъ, разросшихся между листками широкой связки (lig. latum), mesovarium одного изъ яичниковъ можетъ представиться совершенно уничтоженнымъ, такъ что яичникъ плотно сидитъ на опухоли и можетъ быть даже значительно удлиненъ и уло-

щень, участвуя такимъ образомъ въ растяженіи, вызываемомъ ростомъ опухоли въ связкахъ матки. Въ подобныхъ случаяхъ образованіе ножки и наложеніе лигатуръ представляется особенно затруднительнымъ. Проведя лигатуру подъ такимъ образомъ расположеннымъ яичникомъ и перевязавъ въ два пучка подлежащую ткань, мы сильно смѣщаемъ растянутую брюшину, могущую по удаленіи яичника, вслѣдствіе своей ретракціи, легко выскользнуть изъ лигатуры и обусловить сильное кровотеченіе, которое въ данномъ случаѣ представляется тѣмъ болѣе неприятнымъ, что каждый уколъ, сдѣланный съ цѣлью наложенія кровоостанавливающей лигатуры, сопровождается обыкновенно снова весьма значительною потерей крови. Количество же при такихъ обстоятельствахъ наложенныхъ лигатуръ не остается безъ вліянія на прогнозъ самой операціи. Вслѣдствіе этого удаленіе яичника въ подобномъ случаѣ можетъ и должно быть производимо только послѣ того, какъ мы точно убѣдимся, что лигатуры наши лежатъ хорошо, и пѣтъ никакой опасности со стороны могущаго произойти кровотеченія.

Перевязавъ такимъ образомъ въ два и иногда въ три пучка mesovarium и отрѣзавъ яичникъ, мы бросаемъ ножку въ полость брюшины и отыскиваемъ другой яичникъ, чтобы поступить съ нимъ точно такъ-же, какъ и съ первымъ. Окончивъ удаленіе яичниковъ, мы зашиваемъ брюшную рану шелковыми лигатурами по общимъ правиламъ всякаго чревосѣченія (детали чревосѣченія, вообще, будутъ нами разобраны при изложеніи овариотоміи).

Кастрація при фиброміомахъ матки можетъ представить настолько непреодолимая затрудненія при отыскиваніи и изолированіи яичниковъ, что извѣстны случаи, въ которыхъ она не могла быть окончена, и операторы должны были довольствоваться *volens volens* наложеніемъ лигатуръ на болѣе крупные сосуды въ широкихъ маточныхъ связкахъ и на сосуды, идущіе къ яичнику.

Послѣдствіемъ операціи въ значительно преобладающемъ числѣ случаевъ является развитіе старческой инволюціи; кровотечения пропадаютъ, наступаетъ менопауза, и больныя считаютъ себя здоровыми. Большею частью приходится наблюдать на 2—3 день послѣ операціи появленіе иногда довольно значительнаго кровотечения изъ матки, зависящаго, по всей вѣроятности, отъ застойной формы гипереміи полового аппарата подъ вліяніемъ перевязки крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ *sub oregatione*. Кровотеченія эти скоро утихаютъ и затѣмъ черезъ извѣстный промежутокъ времени появляются снова, напоминая собою менструальныя крови; такое появленіе кровотеченія изъ матки или же *per gestum* нерѣдко наблюдается нѣсколько разъ, и затѣмъ наступаетъ полная аменоррея. Непрекращеніе же менструальныхъ кровотеченій послѣ оскопленія находитъ себѣ обыкновенно объясне-



ніе въ томъ, что или часть яичника не была удалена, или же не удаленъ нерѣдко встрѣчающійся прибавочный, третій яичникъ.

Вмѣстѣ съ прекращеніемъ менструальныхъ приливовъ и кровотеченій, при вызванномъ операціею острымъ развитіи менопаузы, обыкновенно приходится наблюдать также довольно остро выраженнымъ одинъ или нѣсколько изъ припадковъ, свойственныхъ климактерическимъ годамъ, періоду нормального, болѣе медленнаго развитія увяданія половой функціи женщинъ. Сюда относятся различныя рефлекторно-вазомоторныя явленія, какъ-то: обильныя поты, головныя боли, кашель, поносы и др.

Рядомъ съ искусственно вызванною, преждевременною атрофіею матки идетъ обыкновенно уменьшеніе въ объемѣ фиброміомы. Изъ сопоставленій, данныхъ *Зворыкинымъ* («*Къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки*», дисс., СПб., 1887, стр. 82), мы видимъ, что изъ 150 случаевъ кастраціи послѣ операціи наблюдалось уменьшеніе объема опухоли въ 111 случаяхъ, опухоль исчезла въ 25, не уменьшилась въ 10 и продолжала расти въ 4, причемъ болѣе большій процентъ уменьшенія падаетъ на опухоли менѣе значительной величины, не достигавшія своею верхнею границею до уровня пупка. Уменьшеніе объема опухоли обуславливаетъ также и уничтоженіе болѣе части припадковъ, зависѣвшихъ отъ производимаго опухолью давленія на сосѣдніе органы, и больныя избавляются такимъ образомъ отъ весьма тягостныхъ болевыхъ ощущеній.

Процентъ смертности отъ самой операціи, бывшій вначалѣ довольно значительнымъ (20%), съ теченіемъ времени, при болѣе точной антисептикѣ и болѣе раннемъ производствѣ операціи (при неразросшихся еще до громадныхъ размѣровъ опухоляхъ), значительно понизился, и въ настоящее время его можно считать не превышающимъ 10% и даже менѣе.

И такъ, мы видимъ, что осклопеніе дѣйствительно обуславливаетъ наступленіе преждевременной старческой инволюціи половыхъ органовъ женщины (climax praematurus), и что фиброміомы матки подъ вліяніемъ этого процесса въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ уменьшаются въ объемѣ, вызываемые ими припадки исчезаютъ, и больныя выздоравливаютъ. Но тѣмъ не менѣе, однако, опухоль, хотя и доброкачественная, все-таки остается въ организмѣ больной (полное исчезновеніе фиброміомы, какъ показываютъ наблюденія, относится къ исключеніямъ) и можетъ еще впоследствии дать поводъ къ развитію тѣхъ или другихъ симптомовъ. Продолженіе роста опухоли и превращеніе ея въ кистовидную, вслѣдствіе образованія лимфатическихъ полостей подъ вліяніемъ перевязокъ сосудовъ во время операціи, не относятся къ большимъ рѣдкостямъ среди послѣдствій осклопенія. На основаніи только что сказаннаго операція осклопенія при фиброміомахъ не можетъ быть, слѣдова-

тельно, отнесена къ радикально излѣчивающимъ операціямъ и по существу не можетъ быть сравниваема съ міотоміей, полнымъ удаленіемъ опухоли. Но, благодаря сравнительной опасности и иногда невозможности произвести полное удаленіе новообразованія, операція оскропленія получила полное право гражданства среди оперативныхъ пособій при фиброміомахъ матки. Сравнительно небольшой процентъ смертности послѣ оскропленія и, слѣдовательно, относительная безопасность самой операціи, при существованіи тяжелыхъ симптомовъ, должны заставлятъ насъ производить ее гораздо ранѣе, чѣмъ бы мы рѣшились на производство міотоміи. Кромѣ того нельзя не согласиться съ *Hegar*'омъ («*Operat. Gynaek.*», 1886, стр. 378), что въ случаѣ неудачи, могущей вѣдь встрѣтиться все-таки относительно рѣдко, никогда еще не потеряна возможность произвести удаленіе опухоли тѣмъ или другимъ путемъ. Повторныя чревосѣченія въ настоящее время не представляются рѣдкими, и исходы ихъ не хуже первичныхъ. *Bantock* (*Hegar u. Kaltenbach*, «*Operat. Gyn.*», 1886, стр. 376), спустя два года послѣ операціи оскропленія, успѣшно удалилъ фиброміому, начавшую кистовидно измѣняться, хотя и представлявшую въ первое время послѣ оскропленія уменьшеніе своего объема.

Противопоказаніемъ къ оскропленію должно считать также возможность удаленія фиброміомы менѣе опаснымъ путемъ (подслизистыя полипозныя опухоли) и случаи, въ которыхъ опасность міотоміи представляется не большею, чѣмъ операціи оскропленія (подсерозныя полипозныя формы).

При значительныхъ трудностяхъ операціи удаленія кистовидныхъ и ущемленныхъ въ тазу цервикальныхъ фиброміомъ, попытка оскропленія можетъ считаться дозволенной, такъ какъ и при этихъ условіяхъ наблюдались уже случаи выздоровленія. *А. Хелминскій* («*Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней*», 1887, стр. 917) описалъ случай кастраціи, произведенной проф. *Н. В. Ястребовымъ* при *fibroma uteri retro-cervicale*, въ которомъ послѣ операціи кровотеченія превратились, побочныя явленія, вынуждавшія больную искать оперативной помощи, совсѣмъ исчезли вмѣстѣ съ быстрымъ уменьшеніемъ опухоли.

Для производства оскропленія при фиброміомахъ матки требуется наличность группы симптомовъ, тяжесть и опасныя послѣдствія которыхъ превышаютъ опасность производства операціи; сравнительно съ міотоміею она показана во всѣхъ случаяхъ, когда производство этой послѣдней связано съ несравненно болѣе опасными явленіями вслѣдствіе большей потери крови, большей продолжительности операціи и болѣе легкой возможности инфекціи. При всѣхъ фиброміомахъ, представляющихъ почти непреодолимыя препятствія къ полному своему удаленію, показуется производство оскропленія.

**Радикальное лѣченіе.** *Полное удаление фиброміомъ матки хирургическимъ путемъ—міотомія.* Фиброміомы матки могутъ быть удаляемы или черезъ влагалище (*colpomyotomia*), или же черезъ вновь создаваемые пути—чревосѣченіемъ (*laparomyotomia*). Помощью первой операціи удаляются всегда подслизистыя полипозныя фиброміомы, весьма часто—внутристѣнчныя полипозно-подслизистыя (*fibroma intraparietale submucosum polyposum*) и только рѣдко—чистыя внутристѣнчныя опухоли; помощью же второй операціи удаляются всегда подсерозныя полипозныя формы, часто—внутристѣнчныя опухоли, и уже гораздо болѣе рѣдко—внутристѣнчныя полипозно-подслизистыя фиброміомы.

*Удаленіе фиброміомъ черезъ влагалище. Colpomyotomia.* Подслизистыя фиброміомы полипозной формы представляются обыкновенно не большой величины, и размѣры опухоли, достигающіе размѣровъ головки новорожденнаго ребенка, относятся къ рѣдкостямъ и свойственны болѣе внутристѣнчнымъ полипознымъ фиброміомамъ, могущимъ достигать иногда колоссальныхъ размѣровъ. При относительно незначительной величинѣ своей, подслизистая фиброміома—фиброзный полипъ авторовъ—обладаетъ, какъ мы уже видѣли выше (см. стр. 560), весьма хорошо и рѣзко выраженною ножкою, такъ что операція удаленія его обыкновенно не представляетъ особыхъ затрудненій, связанныхъ съ послѣдовательными опасными явленіями. Благодаря этой особенности, опухоли должны быть всегда удаляемы, и чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше; а такъ какъ именно эти формы полипозныхъ образований полости матки обладаютъ способностью весьма скоро оставлять эту послѣднюю и помѣщаться или въ полости растянутой шейки, или даже во влагалищѣ, то и доступность ихъ болѣею частью бываетъ не трудна. Кромѣ того никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду, что эти полипозныя фиброміомы подъ вліяніемъ сокращеній матки дѣлаются то болѣе, то менѣе доступными (*tumeurs à apparitions intermittentes*), и что, слѣдовательно, наблюдая за случаемъ, предпринимать операцію ихъ удаленія должно всегда въ моментъ ихъ самой легкой доступности. При опухоляхъ, не превышающихъ величины кулака взрослому человѣку, и при подвижной, не фиксированной маткѣ, низведеніе ихъ удается весьма легко, такъ что слѣдуетъ предпочитать оперировать на опухоли, выведенной наружу, передъ наружными половыми органами.

И такъ, приступая къ операціи, мы вымываемъ тщательно все доступное протяженіе полового канала 2% растворомъ *ас. carbolicі*, фиксируемъ пулевыми щипцами опухоль и низводимъ ее на столько, чтобы ножка ея сдѣлалась вполне доступною. Затѣмъ перерѣзаемъ ножку ножницами, или послойно скальпелемъ; кровотеченія обыкновенно не наблюдается въ болѣе зна-

чительномъ количествѣ, такъ какъ сокращеніе тканей ея быстро его останавливаетъ.

При ножкахъ же, такъ называемыхъ, мясистыхъ, когда ткань опухоли непосредственно переходитъ толстымъ сплошнымъ пучкомъ въ мышечную стѣнку матки, встрѣчаются иногда, какъ извѣстно изъ анатоміи, артеріальные сосуды весьма солидныхъ размѣровъ, такъ что можно опасаться появленія значительнаго кровотеченія, или въ моментъ операціи, или, что еще болѣе не-пріятно, послѣдовательнаго, послѣ того какъ ослабнетъ усилен-ное сокращеніе мышечныхъ элементовъ, вызванное травматиче-скимъ раздраженіемъ во время операціи. Въ подобныхъ случаяхъ весьма цѣлесообразно предварительное наложение на ножку эла-стическаго тонкаго жгута выше мѣста ея пере-рѣзки. (*A. Martin, l. c., стр. 277; Fritsch, «Die Krankheiten der Frauen», 1886, стр. 310; Жа-ботинскій, «Къ вопросу объ удаленіи внутриматочныхъ стебельчатыхъ фиброміомъ способомъ эластической лигатуры, съ послѣдовательнымъ отрываніемъ опухоли подъ нею», дисс. изъ на-шей клиники, СПб., 1886.*) Если ножка пред-ставляется болѣе толстою, то эластическую лига-туру накладываютъ такъ, чтобы ножка была раздѣлена на два пучка, прокалывая ее по сре-динѣ. Эластическій жгутъ остается *in situ*, и часть ножки, лежащая ниже его, отваливается вмѣстѣ съ нимъ черезъ нѣсколько дней, смотря по толщинѣ ея и по тому, насколько крѣпко былъ затянутъ жгутъ. При соблюденіи правилъ антисептики, та-кое оставленіе *in situ* эластическаго жгута по отнятій опухоли не представляетъ никакихъ дур-ныхъ послѣдствій и служить всегда самымъ вѣр-нымъ способомъ предотвращенія всякихъ неже-лательныхъ осложнений со стороны могущаго быть кровотеченія.

При невозможности низведенія опухоли, отъ какихъ бы при-чинъ это ни зависѣло, приходится иногда оперировать *in situ* и перерѣзать ножку ножницами *Siebold'a* (рис. 265), введенными въ полость матки по пальцу, или же, при недостаткѣ мѣста, отщеплять ее петлею проволочнаго экразера или гальванокаустиче-скаго аппарата. При относительно толстой мясистой ножкѣ про-волока экразера должна быть весьма крѣпкою, иначе она легко разрывается во время операціи; мы употребляемъ для этой цѣли проволоку фортепiанной струны. Изъ многочисленныхъ модифи-кацій проволочнаго экразера весьма удобнымъ оказывается экра-зеръ *И. П. Лазаревича* (рис. 266). Цѣпочный экразеръ при операціи удаленія полипозной фибромы представляется



Рис. 265.

инструментом нѣсколько грубымъ, занимающимъ черезъ-чуръ много мѣста и не безопаснымъ, благодаря тому, что онъ вовлекаетъ при отдавливаніи ножки въ петлю окружающія ткани нѣсколько болѣе, чѣмъ это желательно.

Нарушеніе цѣлости ножки, какимъ бы инструментомъ оно ни достигалось, должно быть всегда производимо насколько возможно ближе къ самой опухоли, такъ какъ этимъ предотвращается опасность удаленія болѣе значительной части толщи стѣнки матки, вовлеченной отчасти въ образованіе ножки, равно какъ предотвращается возможность вскрытія брюшины при частичномъ выворотѣ матки. Остающійся, иногда довольно большой кусокъ ножки подвергается обратному развитію и черезъ извѣстный промежутокъ времени пропадаетъ совершенно.

По удаленіи полипозной опухоли, какъ общее правило, болѣе сильнаго кровотеченія изъ перерѣзанной ножки не наблюдается; какъ исключеніе же, оно можетъ быть весьма сильно, такъ что извѣстны даже случаи летальнаго исхода. При существованіи болѣе значительнаго кровотеченія, струя горячей воды (38°—40° R.), направленная на кровоточащее мѣсто, обыкновенно бываетъ достаточна для остановки его. Еще болѣе энергичными и болѣе вѣрными кровоостанавливающими средствами являются влагалищная и внутриматочная тампонація. Введенные въ полость матки и плотно ее выполняющіе куски іодоформированной марли обыкновенно вполне достаточно останавливаютъ даже весьма сильное кровотеченіе и, содержа въ себѣ необходимое количество іодоформа, они могутъ быть оставлены *in situ* смѣло въ теченіе двухъ-трехъ дней, не вызывая никакого раздраженія.



Рис. 266.

Если бы только что названные кровоостанавливающіе приемы оказались недостаточными, и потеря крови изъ перерѣзаной въ

полости матки ножки все-таки была еще весьма значительной, то остается еще одно средство, а именно производство временнаго запиванія просвѣта канала шейки (*hysterotrachelocleisis temporaria*), какъ его примѣнилъ съ этою цѣлью *Н. Н. Феноменовъ* («*Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней*», 1887, № 2, стр. 85); кровотеченіе тотчасъ же останавливается, и никакихъ вредныхъ послѣдствій также не наблюдается, какъ мы уже объ этомъ упоминали (см. стр. 603) при разборѣ примѣненія этой операціи для остановки кровотеченій при неудалимыхъ фиброміомахъ матки.

Подслизистыя полипозныя фиброміомы, не достигая еще большой величины и помѣщаясь еще въ полости тѣла матки, могутъ уже давать поводъ къ весьма серьезнымъ симптомамъ, такъ что, не смотря на вполне существующую еще, нисколько не растянутую шейку, удаленіе ихъ можетъ быть уже показаннымъ. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо произвести предварительное расширеніе шейки помощью разбухающихъ средствъ (см. стр. 290), или, что еще лучше, кровавымъ путемъ, производя боковые разрѣзы влагалищной части вплоть до сводовъ влагалища. Сдѣлавъ такимъ образомъ опухоль доступною, мы захватываемъ ее пулевыми щипцами, или щипцеобразнымъ инструментомъ, предназначаемымъ для удаленія большихъ остатковъ плоднаго яйца при выкидышѣ (*ovum-forceps* англичанъ), и, фиксируя ея, производимъ ротаторныя движенія, чтобы убѣдиться въ присутствіи ножки и ея особенностей; иногда при тонкой ножкѣ такихъ вращательныхъ движеній бываетъ достаточно, чтобы довольно легко открутить полипозную опухоль. При болѣе толстой и неподатливой ножкѣ и при недостаткѣ свободнаго мѣста, проведеніе ножницъ для отрѣзыванія ея не удается, и мы должны перерѣзать ножку проволочною петлею экразера, причемъ всегда крайне желательно при наложеніи петли и фиксаціи ея убѣждаться осязаніемъ, хорошо ли и на какомъ мѣстѣ ножки она лежитъ. Дѣйствуя совершенно въ потьмахъ, даже безъ контроля осязанія, мы рискуемъ, при существованіи даже незначительной степени частичнаго выворота матки, вскрыть брюшину и потерять быть можетъ больную отъ внутренняго кровотеченія въ брюшную полость.

Подслизистыя полипозныя фиброміомы, имѣющія болѣе широкую и короткую ножку, относятся обыкновенно къ группѣ внутривѣстныхъ подслизисто-полипозныхъ опухолей и обладаютъ или по всей своей периферіи рѣзко выраженнымъ слоемъ капсулы, или же только въ области ножки. Благодаря этой особенности, во время операціи при опухоли, достаточно низведенной, и при вполне доступной ножкѣ, мы дѣлаемъ разрѣзъ капсулы тотчасъ на мѣстѣ перехода опухоли въ сильно натянутую ножку и попадаемъ такимъ образомъ въ рыхлую соединительную ткань,

помѣщающуюся между опухолью и капсулою ея. Фиксировавъ пулевыми щипцами или лигатурою, проведенною въ верхній (прилежащій къ маткѣ) край нашего разрѣза, мы отщепляемъ пальцемъ или рукояткою скальпеля опухоль отъ подлежащей капсулы на всемъ протяженіи ножки. Отдѣливъ такимъ образомъ ее отъ стѣнки матки, мы перерѣзаемъ остальную часть капсулы и удаляемъ всю опухоль. На мѣстѣ ножки получается разорванная рана, окруженная болѣе или менѣе выступающими краями обрѣзанной капсулы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляется весьма удобнымъ наложеніе швовъ, завязавъ которые, мы получаемъ полное закрытіе раны и заживленіе per primam.

Этотъ методъ удаленія опухоли возможенъ, конечно, только при полной доступности ножки и достаточномъ ея фиксированіи во время операціи, что вполне хорошо достигается, какъ мы уже сказали, пулевыми щипцами или проведеніемъ фиксирующихъ лигатуръ. Если бы почему либо можно было предполагать болѣе значительную сосудистость ножки, то особенно удобнымъ и цѣлесообразнымъ оказывается предварительное наложеніе эластического жгута выше мѣста производства отдѣленія ножки; по наложеніи швовъ на рану, жгутъ удаляется. При существованіи болѣе значительнаго частичнаго выворота матки, особенно часто встрѣчающагося при этихъ опухоляхъ, и плотномъ соединеніи ея со стѣнкою матки на извѣстномъ протяженіи ножки, мы предпочитаемъ удалять также и часть стѣнки матки; для этой цѣли въ области, близкой къ воронкѣ, образуемой выворотомъ, или даже и въ ней самой мы прокалываемъ по срединѣ ножку и проводимъ эластическую лигатуру (тонкій жгутъ) и перевязываемъ ножку въ два пучка; опухоль подъ мѣстомъ перевязки отрѣзается, и эластическая лигатура остается *in situ* до отпаденія оставленной небольшой величины культи, что происходитъ черезъ нѣсколько дней и при достоодложномъ наблюденіи за надлежащимъ проведеніемъ антисептическихъ мѣръ предосторожности не сопровождается никакими сколько-нибудь опасными явленіями.

Въ случаяхъ, когда внутривѣтрочная подслизисто-полипозная фиброміома не можетъ быть достаточно низведена, и при возможности достигнуть относительно легко до ножки, операція удаленія опухоли производится по тѣмъ же правиламъ. Капсула въ области ножки вскрывается разрѣзомъ ножницъ, и опухоль отщепляется пальцемъ изъ своего ложа на мѣстѣ ножки. Наложеніе швовъ на получаемую рану въ этомъ случаѣ уже невозможно, и мы при послѣдовательномъ лѣченіи ограничиваемся легкою тампонаціею полости матки іодоформированною марлею. Если ножка настолько недоступна, что произвести на ней разрѣзъ капсулы оказывается невозможнымъ, и особенно въ случаяхъ предполагающагося частичнаго выворота стѣнокъ матки

весьма хорошіє результати даєть наложеніє эластической лигатуры съ послѣдовательнымъ отрѣзываніемъ опухоли. Особенно поучителенъ и доказателенъ въ этомъ отношеніи случай *Roustan'a* («*Montp. médic.*», t. 46, стр. 259), наложившаго, послѣ расширенія шейки матки губками, эластическую лигатуру помощью инструмента *Gooch'a* (*Жаботинскій*, l. c., стр. 64); часть опухоли до отпаденія ножки была удалена ножомъ, а лигатура съ ножкою отдѣлилась на 6-й день, причѣмъ теченіє послѣопераціоннаго періода было безлихорадочно при примѣненіи антисептики.

Существовавшій методъ удаленія полипозныхъ опухолей наложеніемъ лигатуры безъ того, чтобы сама опухоль, лежащая ниже лигатуры, была отрѣзываема, оставленъ вслѣдствіє своихъ опасныхъ послѣдствій въ настоящее время всѣми, и только, благодаря надежности антисептическихъ мѣръ, мы можемъ еще примѣнять эластическую лигатуру съ послѣдовательнымъ отрѣзываніемъ опухоли подъ нею, какъ одинъ изъ пріемовъ операціи удаленія полипозныхъ фиброміомъ матки, въ случаяхъ, требующихъ такого рода болѣе продолжительнаго отторженія ножки.

Весьма большія затрудненія для операціи удаленія полипозныхъ фиброміомъ черезъ влагалище представляетъ болѣе значительная величина опухоли, обусловливающая невозможность низведенія ея и почти полную недоступность ножки. Для опредѣленія, имѣетъ ли опухоль ножку, весьма цѣлесообразными оказываются попытки производить вращательныя движенія ея послѣ того, какъ опухоль захвачена крѣпкими Мюзеевскими щипцами. Поручая производить эти движенія ассистенту, мы можемъ при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, производимомъ черезъ прямую кишку и брюшныя стѣнки, убѣдиться, какъ въ подвижности самой опухоли, такъ и въ подвижности матки. Сращенія помѣщающейся во влагалищѣ опухоли съ его стѣнками опредѣляются, если изслѣдованіє пальцемъ невозможно, помощью проведенія изогнутаго зонда вокругъ опухоли. — Доказавъ существованіє самостоятельной подвижности опухоли и убѣдившись въ смѣщаемости матки, необходимой для производства операціи, опухоль должна быть низведена, не смотря на свою величину. Такое насильственное низведеніє опухоли и извлеченіє ея наружу можетъ быть достигнуто различными способами. Примѣненіє болшей силы при потягиваніи за опухоль Мюзеевскими щипцами ведетъ болшею частью только къ тому, что щипцы срываются, производя болѣе или менѣе значительныя, совершенно нежелательныя поврежденія иногда сильно кровоточащей опухоли. Наложенія акушерскихъ щипцовъ на фиброміому, какъ на головку плода, и даже примѣненіє кефалотриба и краниокласта въ рукахъ нѣкоторыхъ операторовъ давали хорошіє результаты. Въ одномъ случаѣ, при невозможности извлечь на-



ружу опухоль посредствомъ наложенныхъ акушерскихъ щипцовъ, мнѣ удалось вывести ее помощью послѣдовательнаго наложенія толстыхъ шелковыхъ лигатуръ, проводимыхъ глубоко черезъ существо ея: по мѣрѣ наложенія лигатуръ и производимой за нихъ сильной тракціи, опухоль мало-по-малу прорѣзывалась черезъ вульварное кольцо, и, наконецъ, была извлечена наружу.

Черезмѣрно большая величина опухоли дѣлаетъ, конечно, всѣ только что описанныя попытки къ ея извлеченію совершенно тщетными, и она можетъ быть извлечена только послѣ того, какъ объемъ ея тѣмъ или другимъ путемъ будетъ уменьшенъ. Достигается это уменьшеніе или искусственно производимымъ удлинениемъ опухоли — *allongement opératoire*, наступающимъ благодаря боковымъ надрѣзамъ, производимымъ на ней, какъ можно выше, по мѣрѣ ея извлеченія, или же спирально въ формѣ винта направляемымъ надрѣзомъ, или же, наконецъ, изъ доступной части опухоли вырѣзываются большей или меньшей величины клиновидные куски. Для остановки могущаго быть въ этомъ послѣднемъ случаѣ болѣе сильнаго кровотечения, раненныя поверхности плотно прикладываются другъ къ другу и удерживаются на время въ этомъ положеніи помощью фиксирующихъ Мюзеевскихъ щипцовъ, или же на нихъ накладываются глубокіе швы. Благодаря этимъ приѣмамъ, удается низвести и извлечь наружу весьма большого объема полипозныя фиброміомы и сдѣлать ножку ихъ вполне доступною не только осязанію, но и глазу.

Не особенно рѣдко при такихъ большихъ внутривѣстныхъ подслизисто-полипозныхъ опухоляхъ, родившихся во влагалище, процессъ самопроизвольной энуклеаціи бываетъ уже настолько развитъ, что опухоль или помѣщается во влагалищѣ уже совершенно свободно, или только еще часть ея капсулы соединяетъ ее со стѣнкою матки. Въ первомъ случаѣ операторъ во время операціи обыкновенно бываетъ приятно пораженъ полнымъ отсутствіемъ ножки, во второмъ же — послѣдняя представляется въ видѣ тонкаго, плоскаго, широкаго образованія.

При низведеніи большихъ опухолей и опредѣленіи ихъ ножки, слѣдуетъ всегда помнить о возможности ошибки діагноза, такъ какъ опухоль, на половину родившаяся во влагалище, можетъ быть на столько ущемлена въ шейкѣ, что получается рѣзкій перехватъ ея, и она пріобрѣтаетъ форму песочныхъ часовъ. Особенно при болѣе значительномъ отекѣ части опухоли, лежащей во влагалищѣ, перехватъ этотъ легко можетъ быть принятъ за ножку, и на этомъ мѣстѣ опухоль отрѣзана. Такое частичное удаленіе фиброміомы весьма часто, не смотря даже на строгую, по-видимому, антисептику, ведетъ за собою весьма серьезныя и опасныя послѣдствія: оставшаяся часть опухоли ихорозно распа-

дается, и развивается болѣе или менѣе интенсивно выраженная септицемія, или же въ процессъ вовлекаются вепозные сосуды, находящіеся иногда въ изобиліи вокругъ опухоли, и больныя погибають отъ піэміи. Къ счастью, въ настоящее время все-таки, благодаря антисептикѣ, подобные исходы встрѣчаются все рѣже и рѣже, и удается даже настолько изолировать остающуюся часть опухоли отъ возможности проникновенія къ ней микроорганизмовъ, что не наблюдается появленія ихорознаго ея распаденія, и поверхность разрѣза ея заживаетъ рубцомъ, опухоль сморщивается и значительно уменьшается въ объемѣ, или происходитъ омертвѣніе ея безъ гніенія, и она мало-по-малу удаляется различной величины кусками, отходящими произвольно.

Гораздо болѣе труднымъ и опаснымъ представляется удаленіе *per vaginam* внутрістѣночныхъ фиброміомъ матки, не успѣвшихъ пріобрѣсти рѣзко выраженную полипозную форму и представляющихся сидящими на широкомъ основаніи безъ всякаго намека на образованіе ножки. На сколько при полипозныхъ формахъ удаленіе опухоли относительно легко и должно быть производимо, какъ скоро она распознана, на столько операція удаленія не полипозныхъ внутрістѣночныхъ фиброміомъ трудна и должна быть производима только при существованіи строгихъ показаній со стороны обусловливаемыхъ ею припадковъ. Операція удаленія *per vaginam* такого рода опухолей извѣстна подъ именемъ вылуценія ихъ (*enuclatio*) и была предложена во Франціи *Velpeau* и выполнена *Amussat* въ 1840 году. Она состоитъ въ томъ, что капсула, покрывающая опухоль со стороны полости матки, вскрывается болѣе или менѣе значительной величины разрѣзомъ, и затѣмъ введенный между капсулою и опухолью палець, или какой-либо тупой инструментъ разрушаетъ рыхлую соединительную ткань, соединяющую ихъ, и такимъ образомъ мало-по-малу вылуцаетъ всю опухоль изъ ея ложа. Производство операціи не сложно, въ подходящихъ случаяхъ совершается легко и даетъ прекрасные результаты; къ такимъ случаямъ относятся опухоли легко доступныя, какъ, напримѣръ, внутрістѣночныя фиброміомы шейки матки, и при томъ, если величина этихъ опухолей не значительна; кромѣ того условіемъ легкаго производства операціи и безопасности ея является рыхлое соединеніе ея съ капсулою и мѣсто нахожденія ея въ стѣнкѣ матки ближе къ внутренней поверхности этой послѣдней, такъ чтобы слой мускулатуры (капсула), отдѣляющій ее отъ брюшины, былъ значительной толщины. Къ сожалѣнію, эти два условія для большинства случаевъ не могутъ быть оцѣнены впередъ и выясняются только во время операціи.

Гораздо болѣе затрудненія и иногда полная невозможность производства этой операціи являются при опухоляхъ, достигаю-

щихъ большихъ размѣровъ и представляющихъ мѣстами непосредственную связь съ мускулатурою матки. Въ этихъ случаяхъ, помимо того, что можетъ быть произведенъ разрывъ стѣнки матки, операція не можетъ быть окончена, и *volens-nolens* приходится удалять только часть опухоли. — Частичное же удаление фиброміомъ черезъ влагалище относится къ числу самыхъ тяжелыхъ и опасныхъ операцій и какъ мы уже видѣли, осложняется весьма часто ихорознымъ распаденіемъ оставшейся части опухоли съ послѣдовательною септицеміею, пізміею и смертельнымъ перитонитомъ.

И такъ, не принимая во вниманіе легкихъ случаевъ при вполне доступныхъ небольшихъ опухоляхъ, вылуценіе внутрискѣлочныхъ фиброміомъ при болѣе значительной ихъ величинѣ должно быть производимо только при наличности опасныхъ и ничѣмъ другимъ не устранимыхъ припадковъ. Извѣстная интенсивность кровотеченій и болей, обусловливаемыхъ присутствіемъ фиброміомы, явленія начинающагося ущемленія и быстрый ростъ опухоли даютъ показанія къ производству вылуценія. — Къ условіямъ, при которыхъ операція можетъ быть производима, мы относимъ, во-первыхъ, не чрезмѣрно большую величину фиброміомы, такъ чтобы рука, введенная во влагалище, могла свободно обойти верхнюю границу новообразованія; во-вторыхъ — доступность опухоли: шейка матки должна быть достаточно растянута и разрыхлена, а опухоль должна рѣзко вдаваться въ полость матки или въ растянутую полость шейки, или же частью помѣщаться уже во влагалищѣ. Противопоказаніями къ производству вылуценія будутъ: громадный объемъ опухоли, далеко вдающейся въ брюшную полость, такъ что со стороны влагалища рука не можетъ достигать верхней ея границы; отсутствіе рѣзко выраженной капсулы и полная недоступность опухоли, вслѣдствіе совершенной неподготовленности шейки матки, равно какъ и неподатливость стѣнокъ полового канала у женщинъ не рожавшихъ.

Техника производства самой операцій въ подходящихъ случаяхъ даже и при опухоляхъ, достигшихъ уже довольно большой величины — до головки новорожденнаго ребенка, представляется довольно удобовыполнимой. Приступая къ операціи, мы обеззараживаемъ, насколько возможно, тщательно не только полость влагалища, но и матки выполаскиваніями изъ 2 — 5% раствора *Ac. carbolicі* или 1:2000 сулемы, производимъ разрѣзъ капсулы въ болѣе доступной части опухоли и начинаемъ вылуцать послѣднюю. Вылуценіе, если это только возможно, должно производиться быстро и въ то же время бережно, не примѣняя значительной силы; *скоро* мы должны производить его въ виду возможности иногда весьма обильной потери крови, а *бережно* — въ виду возможности произвести разрывъ стѣнки матки, какъ

это уже неоднократно наблюдалось. Во время вылушения иногда весьма удобным оказывается низведение опухоли Мюзеевскими щипцами, поручаемыми ассистенту. Вылущив опухоль из ея ложа, мы удаляем ее, смотря по ея величинѣ, или всю сразу, или же по частямъ, кусками; производить надрѣзы вульварнаго кольца при извлеченіи уже вылушенной опухоли намъ кажется совершенно не цѣлесообразнымъ, и мы предпочитаемъ уменьшение объема опухоли. По удаленіи опухоли, незначительное обыкновенно кровотеченіе изъ ея ложа останавливается горячими инъекціями (вода 38—40° R.); если бы оно было болѣе значительно, то механическій эффектъ тампонаціи полости матки бываетъ вполне достаточнымъ для его остановки, такъ что мы ограничиваемся только употребленіемъ дезинфицирующихъ тампоновъ (іодоформенная марля, карболовая, салициловая ваты) и никогда не примѣняемъ полуторохлористаго желѣза. Послѣоперационный періодъ, при назначеніи по нѣскольку разъ въ день влагалищныхъ спринцованій изъ раствора сулемы (1:3000), протекаетъ обыкновенно безлихорадочно въ случаяхъ легкаго и вполне удачнаго вылушенія.

Совершенно другую картину приходится наблюдать въ случаяхъ трудныхъ и при неоконченныхъ операціяхъ. Родившаяся уже большею своею частью во влагалище опухоль, дающая угрожающіе симптомы, заставляетъ насъ иногда приступать къ удаленію ея путемъ вылушенія, когда отношенія ея къ стѣнкѣ матки не могутъ быть достаточно выяснены, и только во время операціи оказывается, что опухоль большею своею поверхностью непрерывно соединена съ мускулатурою матки и вылучена

быть не можетъ: намъ остается только удалить настолько опухоль, насколько это окажется возможнымъ, — мы производимъ частичное отрѣзываніе или отдавливаніе ея и имѣемъ такимъ



Рис. 267.

образомъ дѣло съ неоконченною вполне операціею. Больныя, потерявшія обыкновенно при этомъ значительное количество крови, такъ какъ продолжительность операціи почти всегда велика, весьма часто въ послѣоперационномъ періодѣ представляютъ ихорозное распадѣніе остатка опухоли и явленія септицеміи. По окончаніи такой неполной операціи съ профилактическою цѣлью, послѣ надлежащей дезинфекціи поля операціи, весьма полезнымъ оказывается примѣненіе постоянного орошенія полости влагалища и, если только возможно, то и полости матки. — Рис. 267 представляетъ аппаратъ, помощью котораго весьма удобно можетъ быть примѣняемо постоянное орошеніе; на протяженіи кишки нѣсколько большей обычнаго по своей вмѣстимости ирригационной кружки вставляется регуляторъ *Schücking'a*, дающій возможность точно слѣдить какъ за количествомъ истекающей жидкости, такъ и за правильностью дѣйствія аппарата: каждая

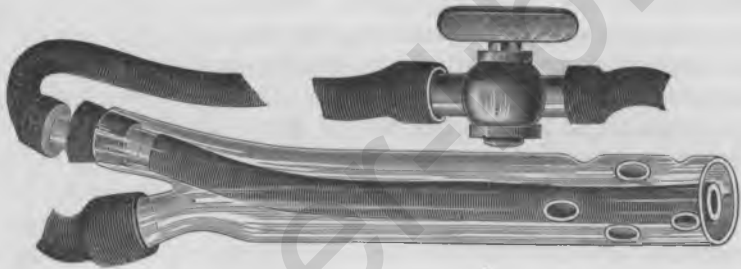


Рис. 268.

остановка въ оттокѣ жидкости ниже его тотчасъ-же дѣлается замѣтною вслѣдствіе скопленія жидкости въ расширенной части регулятора; наконечникомъ, вводимымъ во влагалищѣ или въ матку, смотря по обстоятельствамъ, можетъ служить или металлическая, или стеклянная, или каучуковая дренажная трубка; весьма удобнымъ оказывается наконечникъ проф. *В. Ф. Снегирева* («*Маточныя кровотеченія*», 1884, стр. 245), изображенный на рис. 268. При постоянномъ орошеніи мы примѣняемъ обыкновенно 2% растворъ карболовой кислоты и вредныхъ послѣдствій до сихъ поръ отъ него не видали. — Благодаря всѣмъ предпринимаемымъ предосторожностямъ, все чаще и чаще удается наблюдать болѣе благоприятные исходы неоконченныхъ операцій вылуценія; развивается демаркаціонный процессъ, и остатокъ опухоли самопроизвольно удаляется, или же наступаетъ заживленіе раненыхъ поверхностей, и оставшаяся часть опухоли или уменьшается въ объемѣ, или остается *in statu quo*, или же продолжаетъ расти далѣе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при вполне достаточной доступ-

ности опухоли, но не вполне достаточно открытой шейки, операция вылуценія фиброміомы можетъ быть съ успѣхомъ принята въ нѣсколько сеансовъ — *opération à deux temps*, причемъ наша помощь является, какъ облегченіе начала самопроизвольнаго прохожденія опухоли черезъ шейку и ея рожденія во влагалище. Съ этой цѣлью мы приступаемъ сначала къ расширенію шейки и поддерживаемъ сокращенія матки назначеніемъ эрготина или *pulv. sec. cogniti* съ цѣлью облегчить и ускорить роды опухоли; достигнувъ этимъ путемъ возможности сдѣлать разрѣзъ капсулы, мы производимъ его и, насколько возможно, отдѣляемъ еѣ отъ опухоли; постоянно давая препараты спорыньи и время отъ времени повторяя попытки вылуценія, мы достигаемъ, наконецъ, полного удаленія опухоли. Еслибы въ теченіи такой раздѣленной на нѣсколько сеансовъ операціи наступило ихорозное распаденіе опухоли, то тотчасъ-же должна быть произведена операція полного удаленія ея. Гангрена опухоли безъ рѣзкихъ явленій со стороны общаго состоянія больной, какъ въ этомъ случаѣ, такъ и при самопроизвольномъ ея развитіи, далеко не всегда требуетъ тотчасъ-же полного удаленія опухоли; существуютъ наблюденія, указывающія на то, что производствомъ операціи не слѣдуетъ торопиться, такъ какъ черезъ извѣстный промежутокъ выжидательнаго лѣченія она можетъ быть произведена болѣе легко, причемъ удаленіе опухоли достигается болѣе полно. Случаи же, когда мы получаемъ больныхъ уже съ ихорозно распавшеюся опухолью и явленіями септицеміи, представляютъ весьма неутѣшительный прогнозъ, — они всегда служатъ абсолютнымъ показаніемъ къ немедленному удаленію опухоли; послѣдняя должна быть удалена, не теряя времени, во что бы то ни стало, и притомъ быстро, въ одинъ сеансъ, иначе при частичномъ только удаленіи шейки матки весьма скоро закрывается, и опухоль дѣлается недоступною. При изслѣдованіи мы находимъ обыкновенно влагалище выполненнымъ мягкими омертвѣвшими массами опухоли; не удаляя ихъ и руководствуясь ими, мы проникаемъ въ матку и ножницами отрѣзаемъ возможно большую часть опухоли; иногда по надрѣзѣ капсулы ея въ маткѣ, или же при уже нарушенной цѣлости ея, вылуценіе всей распавшейся массы новообразованія можетъ быть произведено относительно легко. Кровотеченіе рѣдко представляется болѣе значительнымъ и легко останавливается тампонаціей матки и влагалища іодоформированною марлею. Въ послѣопераціонномъ лѣченіи на первомъ планѣ должно быть поставлено постоянное орошеніе.

Вылуценіе внутривѣстныхъ фиброміомъ болѣе значительной величины представляется еще и до сихъ поръ весьма трудной и опасной операціей, такъ что въ нѣкоторыхъ и притомъ не рѣдкихъ случаяхъ производство удаленія подобной опухоли путемъ чревосѣченія является болѣе легкимъ и менѣе опас-

нымъ, не говоря уже объ опухляхъ большей величины при совершенно еще сохранившейся, не растянутой шейкѣ. *A. Martin* («*Path. u. Ther. d. Frauenkrankheiten*», 1887, стр. 279) считаетъ лапаромуотомію менѣе опасною при большихъ внутритѣльныхъ фиброміахъ, даже отчасти уже родившихся во влагалище.

Путемъ солпромуотоміи при помощи разрѣза влагалищной стѣнки могутъ быть удалены также ретро- и антецервикальныя фиброміомы, проникающія въ клетчатку между влагалищемъ и прямою кишкою при развитіи своемъ изъ задней стѣнки шейки матки, а при развитіи изъ передней — между мочевымъ пузыремъ и влагалищемъ. При незначительной величинѣ, особенно этихъ послѣднихъ, по вскрытіи разрѣзомъ всей толщи влагалищной стѣнки, вылученіе опухоли можетъ представляться далеко не труднымъ. Послѣоперационное лѣченіе должно состоять въ этихъ случаяхъ въ надлежащей дезинфекціи получившейся полости и въ наблюденіи за достаточно легкимъ стокомъ отдѣляемаго раненой поверхности; тампонація кусками іодоформированной марли, примѣненіе дренажа и, въ случаѣ развивающагося разложенія, постоянное орошеніе — суть тѣ приемы, которыми достигается разрѣшеніе сказанныхъ задачъ лѣченія.

*Удаленіе фиброміомъ матки путемъ чревосѣченія. Laparomyotomia.* Операция удаленія фиброміомъ матки черезъ брюшной разрѣзъ принадлежитъ къ операциямъ, разработаннымъ лишь за послѣднее время. До пятидесятихъ годовъ настоящаго столѣтія она производилась только нѣсколько разъ и притомъ — случайно, вслѣдствіе ошибки въ діагнозѣ, причѣмъ операторъ вмѣсто предполагавшейся кисты яичника находилъ фиброміому матки и иногда *volens-nolens* удалялъ ее. Въ 1853 г. въ Америкѣ *Kimball*, а въ 1863 во Франціи *Koeberté* произвели ее впервые сознательно, по заранѣе обдуманному плану; но только съ начала семидесятихъ годовъ, благодаря методу, выработанному въ Парижѣ *Péan*'омъ, лапаромуотомію начали производить чаще и съ большимъ успѣхомъ, вначалѣ преимущественно по способу внѣбрюшиннаго ухода за ножкою (*Péan, Hegar, Keith, Клеберъ* и друг.), и только съ начала настоящаго десятилѣтія ножку, какъ и при оваріотоміи, начали опускать внутрь брюшной полости (*Schroeder, A. Martin* и др.). Благодаря болѣе усовершенствованнымъ методамъ техники операции и антисептической обстановкѣ, операция удаленія фиброміомъ путемъ чревосѣченія не только получила полное право гражданства, но даже въ извѣстныхъ случаяхъ представляется никакъ не болѣе опасной, чѣмъ оваріотомія.

Всѣ случаи удаленія фиброміомъ матки путемъ чревосѣченія, сгруппированные подъ общимъ терминомъ «*laparomyotomia*», представляются индивидуально различными, какъ со стороны техники производства операции, такъ и со стороны предсказанія исхода ея, смотря по анатомическимъ особенностямъ мѣста раз-

витія опухоли въ маткѣ. Вслѣдствіе этого, рѣшаясь на операцію, необходимъ точный діагнозъ анатомическихъ особенностей даннаго случая для того, чтобы прогнозъ исхода операціи былъ, насколько возможно, болѣе точно опредѣленъ заранѣе, исключая при этомъ какія-либо особыя, непредвидѣнныя случайности. Ни при какой другой операціи ошибка въ опредѣленіи анатомическихъ отношеній опухоли къ окружающимъ частямъ не мститъ за себя такъ сильно, какъ при лапароміотоміи: неоконченныя операціи представляютъ ужасающій процентъ смертности; оставленная часть опухоли, которую нельзя было удалить, вслѣдствіе ошибки діагноза, весьма легко омертвѣваетъ, обуславливая летальный исходъ операціи, какъ мы это видимъ даже въ случаяхъ, проведенныхъ при безукоризненной антисептикѣ; примѣромъ гангрены остатка опухоли въ новѣйшей литературѣ можетъ служить случай *Рейна (Обзоръ 95 чревосъченій съ 1883 по 1886 г., таблицы, случай № 90)*.

Мы дѣлимъ всѣ случаи фиброміомъ матки, подлежащихъ удаленію путемъ чревосъченія, на три большія группы, руководствуясь ихъ анатомическими особенностями, вліяющими такъ или иначе на прогнозъ операціи.

Къ первой группѣ относятся подбрюшинныя опухоли, причѣмъ характеръ полипозности ихъ выраженъ или рѣзко, такъ что онѣ обладаютъ хорошо выраженною и относительно тонкою ножкою, или же онѣ сидятъ на болѣе широкомъ основаніи.

Вторую группу составляютъ внутривъбрюшныя фиброміомы, причѣмъ онѣ помѣщаются въ толщѣ стѣнокъ матки такимъ образомъ, что по вскрытіи капсулы могутъ быть легко вылучены, или же онѣ представляются настолько тѣсно соединенными съ тканями стѣнокъ, что вмѣстѣ съ ними должно быть удалено все тѣло матки или большая часть его.

Наконецъ, третья группа заключаетъ въ себѣ опухоли, которыя при постепенномъ ростѣ своемъ проникли въ околоматочную клетчатку (*fibromyoma intraligamentare*), такъ что удаленіе можетъ быть произведено только путемъ вылученія ихъ изъ этой послѣдней.

Въ настоящее время мы еще не въ состояніи дать точныхъ цифръ процента смертности для каждой изъ этихъ группъ и довольствуемся лишь приблизительною оцѣнкою степени ихъ опасности.

*Предсказаніе* лапароміотоміи, вообще, не дѣля отдѣльныхъ случаевъ ея по группамъ, основывается на тѣхъ статистическихъ данныхъ, которыя имѣются въ литературѣ даннаго вопроса. Не говоря о большой неточности и почти невозможности порою избѣгнуть грубыхъ ошибокъ при собираніи статистическаго матеріала, цифры, данныя авторами, все-таки наглядно указываютъ на постепенно уменьшающуюся смертность послѣ операціи. Послѣднія статистическія данныя принадлежатъ д-ру *Мершу* («*Лапароміотомія за послѣднія 10 лѣтъ*», диссертація изъ нашей



клиники, 1885) и, группируясь по 10-лѣтіямъ, показываютъ слѣдующее уменьшеніе смертности: съ 1825 г. по 1864 г. смертность была между 80% и 67%, съ 1865 по 1874 — 52%, а съ 1875 по 1885 = 33% (l. c., стр. 146). Цифры эти могутъ указывать намъ только на то, что съ бѣльшимъ усовершенствованіемъ техники и строгости антисептической обстановки даже такая страшная по своимъ послѣдствіямъ операція, какъ лапаромыотомія, постепенно дѣлается все менѣе и менѣе опасною.

Какъ мы уже сказали, процентъ смертности, а, слѣдовательно, и опасность операціи далеко не одинаковы для каждой изъ выше приведенныхъ трехъ группъ отдѣльныхъ случаевъ. Подсерозныя фиброміомы не представляютъ особыхъ техническихъ трудностей при операціи, и послѣдняя можетъ считаться типичною, не представляя, слѣдовательно, большей опасности, чѣмъ типичные случаи овариотоміи: смертность при нихъ зависитъ отъ случайностей, какъ со стороны могущей быть инфекции вслѣдствіе погрѣшностей въ антисептикѣ, такъ и со стороны недостаточно оцѣненныхъ и не распознанныхъ своевременно болѣзненныхъ состояній другихъ органовъ (сердце, почки и др.).

Внутристѣночныя фиброміомы при возможности легкаго вылушенія ихъ изъ стѣнки матки даютъ также весьма хорошее предсказаніе; при болѣе же трудномъ вылушеніи, сопряженномъ со вскрытіемъ полости матки, предсказаніе приближается, а иногда и совершенно одинаково съ прогнозомъ удаленія всего тѣла матки (*amputatio uteri supravaginalis*). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ опасность операціи, кромѣ нѣсколько уже болѣе трудной техники, зависитъ главнымъ образомъ, по теперешнимъ нашимъ воззрѣніямъ, отъ невозможности достаточно точно примѣнить обеззараживаніе остающейся части вскрытой полости матки, инфекция со стороны которой возможна не только въ моментъ операціи, но и въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени послѣ нея. Но уже въ настоящее время можно думать, что предсказаніе и для этихъ случаевъ не будетъ хуже, чѣмъ для болѣе трудныхъ случаевъ овариотоміи, такъ какъ примѣненіе обеззараживанія остающейся части вскрытой полости матки производится нами все съ бѣльшимъ и бѣльшимъ успѣхомъ.

Трудность операціи при удаленіи внутри-связочныхъ фиброміомъ, ея продолжительность, случайно-возможныя сильныя потери крови и пораненія сосѣднихъ органовъ обуславливаютъ весьма неудовлетворительный прогнозъ для случаевъ нашей третьей категоріи. Операція вылушенія этихъ опухолей путемъ чревосѣченія давала даже въ рукахъ такого искуснаго оператора, какимъ былъ покойный *Schroeder*, смертность, достигавшую до 57 процентовъ.

Показаніями къ производству лапароміотоміи, вообще, должны служить, въ виду доброкачественности новообразованія, только

такіе обусловливаемые фиброміомами припадки, опасность которыхъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должна намъ представляться болѣе значительною, чѣмъ опасность самой операціи. Но такъ какъ прогнозъ операціи, помимо другихъ условий, зависитъ главнымъ образомъ отъ мѣстонахожденія опухоли, то показанія наши часто должны быть относительными и, при наличности однихъ и тѣхъ-же симптомовъ, будутъ представляться для извѣстнаго рода случаевъ уже достаточными, тогда какъ для другой группы они не будутъ оправдывать хирургическаго вмѣшательства. Принимая во вниманіе необходимость подобной индивидуализаціи каждаго отдѣльнаго случая, мы считаемъ для производства лапароміотоміи достаточными слѣдующія показанія:

1) Сильныя кровотечения, значительно истощающія организмъ больной, а иногда и угрожающія ея жизни, не поддающіяся никакому лѣченію, причемъ удаленіе опухоли per vaginam представляется невозможнымъ или еще болѣе опаснымъ, чѣмъ чревосѣченіе.

2) Относительно быстрый ростъ опухоли и вызываемые имъ серьезные припадки; явленія ущемленія тазовыхъ органовъ могутъ быть настолько рѣзко выражены и опасны для дальнѣйшей жизни больной, что операція должна быть произведена, во что бы то ни стало; чрезмѣрный объемъ опухоли, занимающей большую часть брюшной полости и вызывающей серьезные припадки со стороны давленія на органы полости живота и груди; быстрое увеличеніе объема опухоли, указывающее на развитіе кистовидныхъ образований въ ней или на переходъ ея въ миксому или саркому, и, наконецъ, опухоли, продолжающія довольно быстро увеличиваться въ объемѣ даже послѣ прекращенія менструальныхъ приливовъ и кровотеченій, вслѣдствіе существованія сращеній, сосуды которыхъ обусловливаютъ достаточный притокъ крови къ новообразованію.)

3) Нагноеніе и икорозное распаденіе опухоли въ случаяхъ, не доступныхъ для операціи со стороны влагалища и обусловливающихъ опасныя явленія со стороны общаго состоянія больной.

4) Накопленіе болѣе значительнаго количества асцитической жидкости, обусловливаемое иногда присутствіемъ новообразованія.

5) Полное выпаденіе матки, вызванное развитіемъ фиброміомы въ ея тѣлѣ.

Всѣ, только что приведенныя показанія къ операціи могутъ быть относительными и находятся въ зависимости не только отъ анатомическихъ особенностей даннаго случая, но также и отъ возраста, общаго состоянія здоровья больной и даже отъ соціальнаго ея положенія. Возрастъ больной имѣетъ большое вліяніе на показаніе къ операціи, такъ какъ извѣстно, что иногда весьма бурные и опасныя припадки съ наступленіемъ менопаузы совершенно прекращаются, и наступаетъ, такъ сказать, самопроизвольное излѣченіе, и показаніе, могущее быть абсолютнымъ у

женщины молодой, не будет таковымъ къ концу половой жизни ея. Общее состояніе здоровья больной должно нерѣдко служить временнымъ противопоказаніемъ къ производству операціи; сюда относятся рѣзко выраженные случаи анэміи, по устраненіи до извѣстной степени которой операція можетъ быть произведена съ большою надеждою на успѣхъ; болѣзни различныхъ органовъ играютъ, конечно, ту же роль противопоказаній при лапароміотоміи, какъ и при всякихъ другихъ чревосѣченіяхъ. Извѣстныя группы припадковъ могутъ представляться гораздо болѣе тяжелыми, благодаря соціальному положенію больной; такъ женщины бѣдныя, зарабатывающія себѣ пропитаніе своимъ трудомъ, скорѣе дѣлаются неспособными къ тяжелой работѣ и возможности продолжать свою жизнь при данной обстановкѣ, чѣмъ женщины болѣе состоятельныхъ классовъ, могущихъ вести покойную жизнь и строго наблюдать за состояніемъ своего здоровья; эта неспособность работать, для извѣстныхъ случаевъ равносильная невозможности жить, имѣетъ иногда весьма вѣское значеніе при обсужденіи показаній къ операціи.

Наступающая иногда при фиброміомахъ матки беременность, особенно при опухоляхъ болѣе значительной величины, нерѣдко обусловливаетъ показаніе къ производству лапароміотоміи. Опухоль подъ вліяніемъ беременности начинаетъ сильно увеличиваться въ объемѣ и уже сама по себѣ, не принимая даже во вниманіе быстро-растущей беременной матки, начинаетъ обусловливать тяжелые и иногда опасные для жизни симптомы. Предстоитъ, во что бы то ни стало, уменьшить объемъ растущей опухоли. Преждевременные роды или выкидышъ, произведенные искусственно, правда, даютъ нѣкоторое уменьшеніе объема всей массы, но больная все-таки остается далѣе со своею опухолью, не смотря на то, что мы подвергаемъ ее немалой опасности, искусственно прерывая беременность до извѣстной степени далеко небезопасною самой по себѣ операціею, а при маткѣ, имѣющей въ стѣнкахъ своихъ фиброміому, представляющей несравненно болѣе неблагоприятное предсказаніе, благодаря легкой возможности кровотеченій (прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста на опухоли) и нерѣдко наступающей послѣдовательной гангренищенціи опухоли. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже и преждевременные роды не могутъ имѣть мѣста, вслѣдствіе существующаго суженія родового канала, обусловленнаго присутствіемъ опухоли. Въ виду этого, величина новообразованія, его мѣстонахожденіе и вызываемые имъ *sub graviditate* симптомы даютъ иногда вполне определенное показаніе къ удаленію его путемъ чревосѣченія. *Laparomyotomia cum amputatione uteri myomatosi gravidi supravaginale* не представляетъ болѣе значительныхъ затрудненій со стороны техники производства ея, чѣмъ это бываетъ въ небеременномъ состояніи; напротивъ того, разрыхленіе тканей и удлиненіе

маточныхъ связокъ представляютъ еще болѣе благоприятные моменты. Предсказаніе операціи также замѣтно не ухудшается беременностью. Операціи удаленія большихъ стебельчатыхъ подсерозныхъ фиброміомъ при беременной маткѣ настолько хорошо могутъ быть переносимы большими, что даже теченіе беременности этимъ не прерывается, и роды наступаютъ въ срокъ (*Schroeder, Landau* и др.).

Всѣ вышеприведенныя показанія къ производству лапароміотоміи еще разъ указываютъ намъ на то, что операція удаленія фиброміомъ предпринимается только тогда, когда онѣ обусловливаютъ болѣе или менѣе тяжелые симптомы, и что одно присутствіе въ маткѣ фиброміомы, благодаря доброкачественности новообразованія, никакъ не можетъ служить показаніемъ къ удаленію ея. Въ этой постановкѣ показаній мы находимъ уже отчасти разрѣшеніе вопроса, почему лапароміотомія, вообще, даетъ болѣе значительный процентъ смертности, чѣмъ другія чревосѣченія: лапароміотомію мы предпринимаетъ только на женщинахъ, уже болѣе или менѣе изнуренныхъ своею болѣзною, при опухоли, достигшей уже значительныхъ размѣровъ, находящейся не въ началѣ своего развитія и представляющей, слѣдовательно, большія техническія затрудненія при своемъ удаленіи. Производить же операцію въ болѣе ранній періодъ развитія опухоли мы не имѣемъ никакихъ показаній, такъ какъ весьма большое число фиброміомъ, существуя въ теченіе всей жизни, не даютъ никакихъ угрожающихъ симптомовъ и даже едва ли беспокоятъ больную.

*Производство операціи лапароміотоміи.* Антисептическая обстановка и приготовленіе больной къ операціи тѣ же, какъ и при каждомъ чревосѣченіи, только еще больше вниманія должно быть обращено на дезинфекцію полости влагалища и матки. Для достиженія этой цѣли передъ операціей производится тщательное промываніе матки помощью внутриматочнаго катетера растворами карболовой кислоты (до 5%) или сулемы (1:2000) и въ полость влагалища вкладывается небольшой величины тампонъ изъ іодоформированной марли. Захлороформировавъ достаточнымъ образомъ больную и распредѣливъ роли между ассистентами, мы приступаемъ ко вскрытію брюшной полости.

Длина разрѣза по бѣлой линіи должна быть различна, смотря по величинѣ удаляемой опухоли; лучше всего сразу производить большой разрѣзъ, верхнимъ своимъ концомъ достигающій до верхней границы опухоли и даже слегка переходящій ее. Вскрывъ брюшную полость, мы предпочитаемъ въ нижнемъ углу раны соединить брюшину съ кожей живота помощью двухъ-трехъ временныхъ лигатуръ — съ цѣлью устранить возможную въ этомъ мѣстѣ травматическую отслойку брюшины, иногда на довольно большемъ пространствѣ, при часто повторяющемся введеніи пальцевъ или всей руки, при наложеніи эластическаго жгута и его

завязываніи. Кромѣ того, брюшина, припаятая плотно къ кожѣ въ нижнемъ углѣ раны, устраняетъ свободный доступъ къ рыхлой подбрюшинной клетчаткѣ въ этомъ мѣстѣ и при наложеніи жгута не такъ легко попадаетъ между нимъ и опухолью.

Извлеченіе опухоли наружу при лапароміотоміи производится, какъ правило, не уменьшая ея въ объемѣ, во-первыхъ, потому, что уменьшеніе объема не можетъ быть достаточно достигнуто безъ примѣненія небезопасныхъ и отнимающихъ много времени методовъ. Пункція кистовидной фиброміомы лишь рѣдко ведетъ къ цѣли, такъ какъ только въ видѣ исключенія бываетъ одна большая полость, большую же часть ихъ много и притомъ не сообщающихся между собою. Вылущеніе отдѣльно сидящихъ опухолей меньшей величины съ цѣлью уменьшенія объема всей опухоли также рѣдко ведетъ къ цѣли и кромѣ того, благодаря появляющемуся иногда весьма значительному кровотеченію, не безопасно и требуетъ не мало времени для остановки послѣдняго. Уменьшать опухоль дѣленіемъ ея на куски и удаленіемъ ихъ, какъ это производилъ Péan (*Péan et Urdy, «Hystérotomie», Paris, 1873*) представляется также весьма кропотливой работой, занимающей не мало времени и дающей иногда тоже кровотеченіе. Лучше и выгоднѣе всего выводить опухоль наружу цѣликомъ, производя для этого достаточно длинный разрѣзъ брюшной стѣнки; самыя большія по величинѣ опухоли (*Кузнецкій, l. c.*) были извлечены цѣликомъ. Такъ какъ масса опухоли фиброміомы съ маткою далеко не всегда правильно шарообразна, а почти всегда одинъ изъ діаметровъ ея меньше другихъ, то производя вращеніе опухоли вокругъ ея продольной оси, мы довольно легко вставляемъ ее въ разрѣзъ болѣе острымъ краемъ, и опухоль прорѣзывается черезъ рану живота своимъ меньшимъ діаметромъ.

При попыткахъ выведенія опухоли наружу, мы встрѣчаемся иногда, какъ и при другихъ опухоляхъ брюшной полости, съ болѣе или менѣе рѣзко выраженными сращеніями ея съ брюшною стѣнкою, сальникомъ или петлями кишекъ. Особенно значительными и содержащими въ себѣ сосуды большихъ размѣровъ сращенія эти бываютъ въ случаяхъ, когда питаніе и быстрый ростъ опухоли происходитъ при посредствѣ ихъ самихъ. При существовавшей подвижности всей опухоли до операціи сращенія съ переднею брюшною стѣнкою представляются обыкновенно не сплошными, а въ видѣ болѣе или менѣе толстыхъ перемычекъ, причемъ нѣкоторыя изъ этихъ послѣднихъ, какъ мнѣ приходилось не разъ наблюдать, состоятъ, повидимому, изъ одного только сосуда, достигающаго иногда толщины мизинца. Отдѣленіе такихъ перемычекъ производится по наложеніи на оба конца по лигатурѣ, перерѣзкою ножомъ или ножницами. Сплошныя, плоскостныя сращенія, каковыми они встрѣчаются часто между опухолью и петлями кишечнаго канала, требуютъ при извѣстной

своей плотности и сосудистости отпрепаровыванія брюшины съ опухоли не только на пространствѣ самого сращенія, но еще и по периферіи его на пространствѣ около 1,0 см.; этотъ излишекъ отпрепарованной брюшины служитъ для того, чтобы имъ можно было закрыть кровоточащую поверхность, остающуюся на стѣнкѣ кишки, заворачивая и пришивая его такъ, что вся раненая поверхность прикрывается имъ (рис. 269), стѣнка же кишки не ложится въ складку, и просвѣтъ ея не сужается. (*Hofmeier*, «*Die Myotomie*», 1884, стр. 23.)

Выведа опухоль наружу, прежде чѣмъ приступить къ точному изслѣдованію ея ножки, мы заботимся о томъ, чтобы верхній уголь раны не представлялся черезъ-чуръ зіяющимъ, съ этою цѣлью края раны или поручаются ассистенту, чтобы онъ держалъ ихъ прижатыми другъ къ другу, или же накладывается нѣсколько глубокихъ швовъ, которые предварительно завязываются, но такъ, чтобы узелъ ихъ могъ быть легко развязанъ впоследствии, по удаленіи опухоли, когда будетъ приступлено къ окончательному закрытію брюшной раны.

При особенныхъ обстоятельствахъ операція на этомъ моментѣ можетъ быть прервана, чтобы докончить ее черезъ нѣсколько дней, какъ это предлагаетъ *Nussbaum* («*Operation einer Uterusgeschwulst in zwei Zeiten*», *München*, 1884). При ихорозномъ распаденіи опухоли и при невозможности удалить ее *per vaginam* *Nussbaum* произвелъ чревосѣченіе, извлекъ наружу опухоль, пришилъ peritoneum parietale брюшной стѣнки къ опухоли и, выждавъ получившееся черезъ нѣсколько дней сращеніе, равносильное обособленію брюшной полости, произвелъ удаленіе опухоли, разрѣзавъ матку каленымъ желѣзомъ. Возможность примѣненія при этомъ наружно-внутреннихъ манипуляцій *Nussbaum* находитъ особенно удобнымъ.

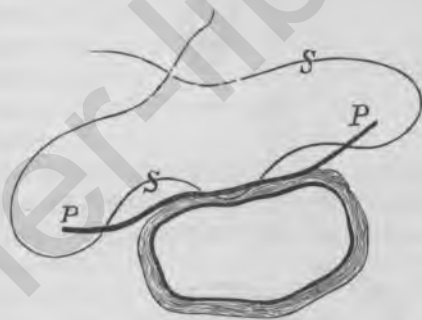


Рис. 269.

Изслѣдуя выведенную черезъ брюшную рану наружу опухоль и провѣряя свой діагнозъ, поставленный до операціи, мы уже точно опредѣляемъ отношенія новообразованія къ маткѣ и органамъ малаго таза и, смотря по полученнымъ даннымъ, удаляемъ его тѣмъ или другимъ путемъ. Изложеніе техники удаленія опухоли мы начнемъ съ болѣе легкихъ случаевъ, относящихся къ нашей первой категоріи. Опухоль подсерозная имѣетъ рѣзко выраженную, довольно длинную, не толстую мясистую

ножку. Смотри по толщинѣ этой послѣдней, она перевязывается или en masse одною толстою, скрученною изъ нѣсколькихъ нитокъ шелковою лигатурою, или же прокалывается по срединѣ острою прямою иглою и перевязывается въ два пучка (рис. 270).



Рис. 270.

Перевязка должна быть производима, насколько возможно, туго. Отступя на 1,0 см., кверху отъ лигатуры, ножка перерѣзается, и опухоль удаляется; изслѣдуя тщательно поверхность разрѣза и не находя кровоточащихъ сосудовъ, мы, какъ и при овариотоміяхъ, опускаемъ такую не толстую ножку въ полость брюшины, не производя сближенія поверхностными швами краевъ брюшины на ней.

Подсерозныя опухоли, сидящія на широкомъ основаніи, или имѣющія относительно очень толстую ножку, требуютъ уже большей точности и тщательности въ обращеніи съ послѣднею. Въ этихъ случа-

чаяхъ мы примѣняемъ всегда временное наложеніе эластическаго жгута, введеннаго въ технику лапароміотоміи соотечественникомъ нашимъ *Клеберомъ* въ Одессѣ («*St.-Petersburger Medicin. Wochenschr.*», 1877, № 39, 1879, № 1; см. «*Журн. Ак. и женск. бол.*», 1888, № 5: *А. С. Соловьевъ*, «*Случай кес. стн. по Porro* (изъ нашей клиники). *Къ вопросу о примѣн. эластич. жгута при внѣбрюшинн. методѣ ухода за ножкою.*»), весьма много



Рис. 271.

облегчившимъ этимъ удаленіе какъ опухоли, такъ и матки при этой операціи. Поручая одному изъ ассистентовъ поддерживать и приподымать, насколько возможно, опухоль, мы подводимъ эластическій жгутъ подъ нее и накладываемъ его обыкновенно на тѣло матки, причемъ нерѣдко приходится захватить въ него также часть трубъ и широкихъ связокъ (рис. 271). Въ качествѣ эла-

стического жгута мы употребляемъ каучуковую трубку съ небольшимъ просвѣтомъ и толстыми стѣнками; сильно растянувъ послѣднюю, мы завязываемъ ее простымъ узломъ, причемъ получается настолько сильное сжатіе захваченныхъ тканей,

что всякое кровообращение на этомъ мѣстѣ прекращается. Иногда бываетъ болѣе удобно не завязывать жгута узломъ, а, сильно натянувъ его, на мѣстѣ перекреста его концовъ наложить представленный на рис. 272 зацементель; обыкновенно при временномъ наложеніи жгута пользоваться имъ вполне возможно, такъ какъ онъ не причиняетъ сколько-нибудь замѣтныхъ надрывовъ ткани жгута. Наложивъ жгутъ и убѣдившись, что онъ лежитъ хорошо, не соскальзываетъ, и что въ него не захвачено ничего лишняго, мы можемъ приступить къ отрѣзыванію опухоли. Если была еще хотя бы отчасти выраженная ножка, то разрѣзъ мы ведемъ черезъ всю ея толщю; если же ножки нѣтъ, и опухоль непосредственно переходитъ въ ткань матки, то мы производимъ разрѣзъ брюшины нѣсколько выше предполагаемаго края матки; отдѣливъ ее нѣсколько отъ подлежащей ткани по всей периферіи разрѣза, мы послойнымъ разрѣзомъ на уровнѣ уже края матки начинаемъ проникать глубже въ ея ткань, пока не будетъ удалена вся опухоль, придавая поверхности разрѣза форму клина, обращеннаго верхушкою вглубь, въ ткань матки. Нерѣдко же приходится убѣждаться, что мы имѣемъ дѣло съ капсулою, по вскрытіи которой нижній сегментъ опухоли легко вылуцается подобно тому, какъ мы уже видѣли при удаленіи внутривѣстныхъ подслизисто-полипозныхъ фиброміомъ *per vaginam*; удаливъ, насколько возможно, также остатки капсулы, мы получаемъ поверхность раны съ рѣзко выраженнымъ углубленіемъ въ серединѣ. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ на произведенную рану въ стѣнкѣ матки, мы накладываемъ шелковые глубокіе швы, идущіе подъ всю ея поверхность; если бы, что встрѣчается относительно рѣдко въ этихъ случаяхъ, на поверхности раны замѣчались зияющіе крупные артеріальные стволы, то они должны быть отдѣльно перевязаны, и концы лигатуръ коротко обрѣзаны. Завязавъ, насколько возможно туго, глубокіе швы, мы получаемъ полное соединеніе краевъ раны, за исключеніемъ отдѣльных мѣстъ, въ которыхъ края брюшины представляются не плотно прилежащими другъ къ другу. Эти мѣста требуютъ наложенія



Рис. 272.



еще нѣсколькихъ поверхностныхъ швовъ изъ тонкаго шелка или болѣе толстаго кэгутта, обработаннаго въ *ol. juniperi e ligno* (см. стр. 77). По окончаніи, насколько возможно, болѣе точнаго соединенія краевъ раны швами, мы удаляемъ эластическій жгутъ; часть ткани матки, лежащая выше жгута, вмѣстѣ съ зашитой раной представлявшаяся совершенно блѣдною, безкровною, начинаетъ мало-по-малу краснѣть, и кровь распредѣляется по всему пространству наложенныхъ швовъ; иногда при этомъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ появляется незначительное кровотеченіе, легко, впрочемъ, останавливаемое наложеніемъ еще нѣсколькихъ добавочныхъ швовъ. Убѣдившись, что нѣтъ болѣе и слѣда кровотеченія, мы опускаемъ матку въ полость брюшины.



Рис. 273.

При удаленіи только что описаннымъ путемъ опухоли, большею частью по наложеніи швовъ получается относительно правильная конфигурація нормальной матки.

При внутривѣстныхъ фибромиомахъ матки во время операціи удаленія ихъ путемъ чревосѣченія, какъ мы уже сказали (см. стр. 627), могутъ представляться двѣ случайности: или опухоль можетъ быть вылучена изъ своей капсулы, или же она такъ непосредственно и плотно соединена съ тканью стѣнокъ матки, что должна быть произведена надвлагалищная ампутація этой послѣдней. Для опредѣленія связи опухоли съ маткою мы производимъ, по выведеніи ея наружу и наложеніи

эластическаго жгута, разрѣзъ брюшины и капсулы опухоли. Въ извѣстномъ процентѣ случаевъ относительно нерѣдко мы находимъ при этомъ, что капсула отдѣляется отъ опухоли легко, и въ случаяхъ, подобныхъ представленному на рисункѣ 273, вся опухоль можетъ быть легко вылучена пальцами изъ своего ложа, причемъ стѣнки, отдѣляющія ее отъ полости матки и брюшины, еще довольно толсты. Если опухоль была велика, и вылученіе ее вполне удалось, то обыкновенно остается большой излишекъ ея капсулы, обращенный къ полости брюшины, такъ что при сближеніи передней и задней стѣнокъ получившейся полости она ложится въ складки. Удаляя этотъ излишекъ и точно прикладывая другъ къ другу стѣнки полости, мы приступаемъ къ наложенію швовъ. Иглы

съ шелковыми лигатурами проводятся съ одного края раны къ другому въ толщѣ стѣнокъ всей полости, такъ что наложенные швы глубоко захватываютъ подлежащія ткани; завязавъ всѣ эти глубокіе швы и сблизивъ на всемъ пространствѣ стѣнки полости, мы накладываемъ еще нѣсколько поверхностныхъ для болѣе плотнаго и точнаго сближенія краевъ перитонеальной раны, такъ что всѣ раненныя поверхности плотно прилежатъ другъ къ другу, какъ это изображено на рис. 274, заимствованномъ у *A. Martin'a*, предложившаго только что описанный методъ операціи. Въ случаѣ, если бы стѣнка капсулы, отдѣляющей опухоль отъ полости матки, была очень тонка, и, вылуцая опухоль, мы нарушили бы ея цѣлость и проникли въ полость тѣла матки, то эта послѣдняя должна быть тщательно обеззаражена 10% растворомъ *ас. carbolici*, и затѣмъ уже разорванное мѣсто капсулы зашито, концы швовъ коротко обрѣзаны, и вся полость, получившаяся на мѣстѣ вылуценой опухоли, зашита тѣмъ же путемъ, какъ это только что сказано выше. При существованіи же дефекта въ слизистой оболочкѣ матки большой величины, такъ что края его не могутъ быть достаточно точно сближены наложеніемъ швовъ, ложе опухоли должно быть дренировано; дренажъ проводится черезъ сказанный дефектъ въ полость тѣла матки и далѣе черезъ каналъ шейки во влагалище; со стороны же брюшины накладываются швы, соединяющіе края нашего разрѣза и обособляющіе главнымъ образомъ полость брюшины отъ полости, находящейся въ стѣнкѣ матки.

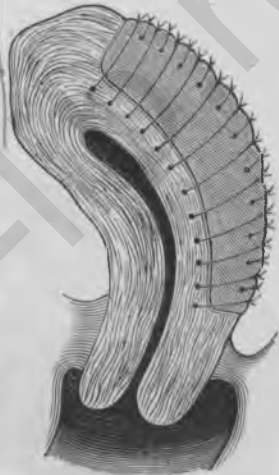


Рис. 274.

Подобное же вылуценіе опухоли можетъ быть удачно произведено и при подслизистыхъ фиброміомахъ, доступъ къ которымъ со стороны влагалища крайне затрудненъ, или величина которыхъ настолько значительна, что удаленіе ихъ *per vias naturales* представляется крайне труднымъ. При опухоляхъ, сидящихъ на передней стѣнкѣ, операція вылуценія ихъ совершенно аналогична только что описанной съ образованіемъ значительнаго дефекта въ слизистой оболочкѣ матки. Въ случаяхъ, когда *fibroma submucosum* помѣщается на задней стѣнкѣ, извлеченная наружу матка должна быть вскрыта по своей передней поверхности, какъ это производится при *Sectio Caesarea*, опухоль удалена изъ полости тѣла матки, ложе ея дезинфицировано и, если можно, зашито или дренировано; на разрѣзъ же передней стѣнки накладываются швы по общимъ правиламъ.

Такое вылуценіе фиброміомы производится, конечно, если она единична, и мы, ощупывая матку, нигдѣ не находимъ слѣдовъ болѣе мелкихъ опухолей; въ случаяхъ же существованія подозрѣнія о присутствіи таковыхъ при одной легко вылуцивающейся фиброміомѣ, слѣдуетъ считать показаннымъ производство одновременнаго удаленія обоихъ яичниковъ, съ цѣлью воспрепятствовать дальнѣйшему росту опухолей. Производить ли осклопленіе, какъ правило, всегда при операціи вылуценія внутриматочной фиброміомы путемъ чревосѣченія, съ цѣлью воспрепятствовать могущему наступить забеременѣванію, представляетъ вопросъ, въ настоящее время еще открытый. За отсутствіемъ наблюденія за ходомъ беременности и родовъ послѣ этой операціи,



Рис. 275.

всѣ соображенія о неблагоприятномъ вліяніи на нихъ имѣющагося въ стѣнкѣ матки рубца должны считаться теоретическими, еще далеко оперѣжающими практически даннаго вопроса.

Къ категоріи этихъ же вылуценій опухолей изъ стѣнокъ матки относится также операція вылуценія большихъ фиброміомъ шейки. Удаленіе этихъ послѣднихъ связано съ большими техническими трудностями; въ общихъ чертахъ оно происходитъ слѣдующимъ образомъ: выведя, насколько возможно, наружу матку и опухоль,

мы стараемся, если только это окажется возможнымъ, наложить лигатуры на *vasa spermatica interna* съ обѣихъ сторонъ и затѣмъ, смотря по тому, сидитъ ли опухоль въ передней (рис. 275) или задней (рис. 276) стѣнкѣ шейки, производится разрѣзъ ея капсулы спереди или сзади. Въ первомъ случаѣ должно быть точно выяснено, какъ высоко смѣщенъ мочевой пузырь. Опредѣливъ точно его верхнюю границу, брюшина надъ этимъ мѣстомъ вскрывается полулуннымъ надрѣзомъ, и мочевой пузырь отщепляется, насколько возможно, книзу. Этимъ иногда бываетъ уже дана возможность наложенія временнаго эластическаго жгута. При болѣе значительной величины фиброміомахъ задней стѣнки шейки наложеніе жгута почти никогда не возможно за неимѣніемъ достаточнаго пространства сзади матки. Произведя разрѣзъ капсулы, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, производится вылуценіе опухоли пальцами или

тупыми инструментами, — иногда это удается поразительно легко. По удаленіи всего новообразованія получается громадная полость, стѣнки которой довольно быстро сокращаются и утолщаются. Если окажется удобнымъ, и мы можемъ вполне поручиться за вѣрную остановку кровотока, то стѣнки полости, прилегая другъ къ другу на всемъ ея протяженіи, могутъ быть фиксированы въ этомъ положеніи наложеніемъ достаточнаго количества глубокихъ швовъ. Въ противномъ же случаѣ, по окончаніи вылуценія опухоли, матка съ оставшеюся капсулою вытягивается, насколько возможно, наружу, на нее накладывается эластическій жгутъ и производится надвлагалищная ампутація ея; ножка укрѣпляется въ брюшной ранѣ. Операция вылуценія при фиброміомахъ шейки примѣняется еще относительно недавно, и количество извѣстныхъ случаевъ этой операции еще мало, такъ что точнаго сужденія о ней не можетъ быть высказано, но тѣмъ не менѣе уже и нѣсколько случаевъ, въ которыхъ она производилась, указываютъ не только на полную возможность ея производства, но и на относительно удовлетворительные результаты.

Внутристѣночныя фиброміомы матки болѣе значительной величины и особенно множественныя въ преобладающемъ числѣ случаевъ не могутъ быть удалены путемъ вылуценія и требуютъ уже удаленія всего тѣла матки или большей ея части (*amputatio uteri myomatosi supravaginalis*). Операция эта производится слѣдующимъ образомъ: выведя черезъ брюшной разрѣзъ наружу всю матку, занятую опухолью, мы тщательно изслѣдуемъ состояніе маточныхъ связокъ съ цѣлю опредѣлить, насколько онѣ могутъ оказать препятствіе для наложенія эластическаго жгута въ области *orificii interni*. При отсутствіи такового эластическій жгутъ накладывается, захватывая и ихъ въ свою петлю, такъ чтобы трубы и яичники пришлись выше него. Въ случаѣ же, если бы при наложеніи жгута и его затягиваніи маточныя связки

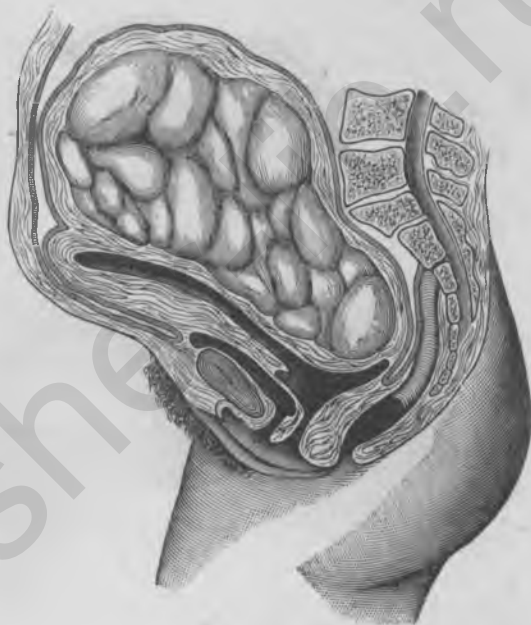


Рис. 276.

должны были чрезмѣрно напрягаться, то лучше произвести сначала отдѣленіе ихъ и потомъ уже наложить жгутъ непосредственно на шейку матки. При отдѣленіи связокъ мы поступаемъ такимъ образомъ, что, захватывая трубу какими-либо тупыми щипцами, оттягиваемъ ее кверху, насколько возможно, вслѣдствіе чего широкая маточная связка достаточно расправляется; приблизительно на срединѣ ея протяженія, насколько возможно глубже, мы прокалываемъ иглу съ лигатурою, помощью которой перевязываемъ наружный отдѣлъ связки, захватывая при этомъ въ петлю и *lig. infundibulo-pelvicum* съ проходящими въ этой области внутренними сѣмянными сосудами (*vasa spermatica interna*);

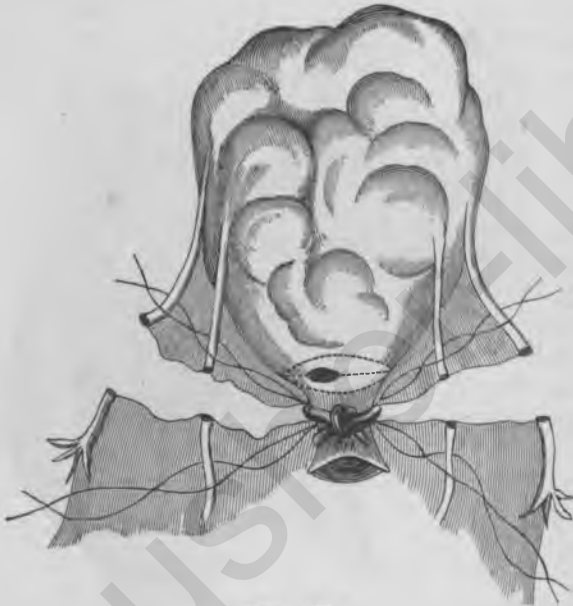


Рис. 277.

подобную же петлю мы накладываемъ выше по направленію къ маткѣ и между этими двумя лигатурами безкровно перерѣзаемъ наружную половину широкой маточной связки; на остальную часть ея и еще особо на *lig. rotundum* накладываются подобныя же лигатуры, между которыми перерѣзается и остальная часть связки (рис. 277). Подобнымъ же образомъ производится перерѣзка маточныхъ связокъ и на другой сторонѣ, при-

чемъ ассистентъ, удерживающій выведенную наружу опухоль, отклоняетъ ее, насколько возможно, въ противоположную сторону. На сдѣлавшейся вслѣдствіе отдѣленія связокъ свободнымъ нижній отрѣзокъ матки накладывается временный эластическій жгутъ. Фиксировавъ его достоюлькимъ образомъ, какъ уже объ этомъ было сказано выше, мы приступаемъ къ перевязкѣ *art. uterinae* и ея вѣтвей на обѣихъ сторонахъ; для этого по сторонамъ матки, на 1,0 *cm.* выше лежащаго жгута, мы дѣлаемъ перпендикулярный къ краю ея разрѣзъ черезъ весь пучекъ сосудовъ, здѣсь лежащихъ; зіяющіе сосуды перевязываются каждый отдѣльно, и затѣмъ еще не бесполезно наложить одну общую лигатуру *en masse* какъ разъ надъ эластическимъ жгутомъ. Теперь только

мы удаляемъ опухоль, причемъ разрѣзъ брюшины по передней и задней стѣнкѣ матки долженъ начинаться не ниже 5,0—6,0 см. надъ жгутомъ; форма его полулунная, выпуклостью обращенная кверху, боковые концы его сливаются съ разрѣзами, произведенными для перевязки сосудовъ по обѣимъ сторонамъ матки. Имѣя въ виду постоянно возможную случайность соскальзыванія эластическаго жгута кверху, слѣдуетъ тотчасъ же по мѣрѣ образованія лоскутовъ захватывать ихъ щипцами и фиксировать въ извѣстномъ положеніи. Разрѣзъ ткани матки ведется въ глубину такъ, чтобы получила клиновидная поверхность съ двумя лоскутами — переднимъ и заднимъ. Верхушка клина должна подходить къ эластическому жгуту никакъ не ближе одного сантиметра. Иногда представляется удобнымъ отрѣзать всю опухоль однимъ взмахомъ большого ампутаціоннаго ножа на уровнѣ 5,0—6,0 см. выше жгута и затѣмъ уже заняться вылученіемъ остатка ея и вырѣзываніемъ необходимаго клинообразнаго куска ткани. При *amputatio uteri supravaginalis* вскрывается полость матки, которая должна тотчасъ же быть обеззаражена крѣпкимъ растворомъ *acidi carbolicі* (10%) или сулемы (1:1000), или же вскрытіе ея можетъ быть произведено каленымъ желѣзомъ, чтобы получающійся струпу препятствовалъ возможности зараженія поверхности разрѣза культи содержимымъ ея. Не довольствуясь тщательною дезинфекціею вскрытой полости матки, весьма цѣлесообразно удалить конусообразнымъ разрѣзомъ всю доступную часть слизистой оболочки.

Образовавъ на культѣ два лоскута и обеззаразивъ полость матки, приступаютъ къ наложенію этажнаго шва. Швы накладываются сначала на оставшуюся часть слизистой оболочки матки, и ими закрывается полость ея, при этомъ они захватываютъ не особенно много ткани; по завязываніи ихъ, концы лигатуръ отрѣзаютъ коротко. Слѣдующій рядъ (этажъ) швовъ захватываетъ насколько возможно глубоко ткани лоскутовъ, и также концы лигатуръ отрѣзаются коротко. Надъ этимъ вторымъ этажемъ, также въ глубинѣ раны, не захватывая брюшины, накладываются еще два—три или, смотря по надобности, и болѣе рядовъ швовъ, пока наконецъ вся рана не будетъ закрыта, и останется только неглубокая зияющая рана брюшины, которая и зашивается обыкновенными поверхностными швами. Заплатая



Рис. 278.

такимъ образомъ культи представляетъ видъ, шематически изображенный на рис. 278. Петли этажнаго шва должны быть наложены болѣе или менѣе поперечно относительно длинника матки, такъ какъ этимъ достигается болѣе вѣрное сжатіе сосудовъ, и вѣрнѣе предотвращается могущее быть кровотеченіе. Болѣе быстро, съ весьма удовлетворительнымъ результатомъ можетъ быть произведено зашиваніе культи помощью непрерывнаго, этажнаго шва изъ кэтгута, обработаннаго въ *ol. juniperi*. — Для большей прочности рядомъ съ кэтгутомъ лучше накладывать еще нѣсколько глубокихъ, проходящихъ подъ всею поверхностью раны, шелковыхъ швовъ. Рис. 279 представляетъ шематическое изо-

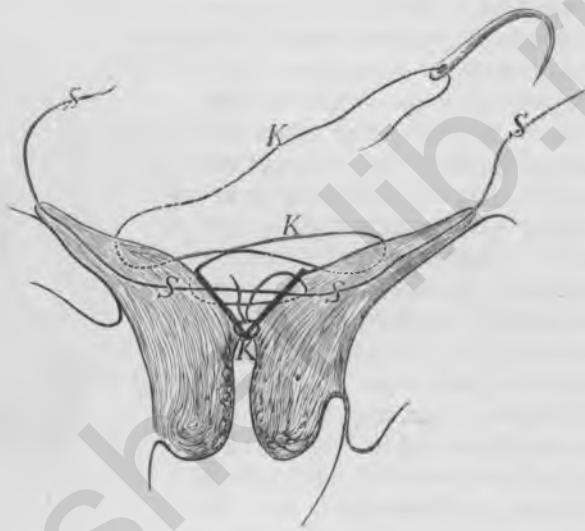


Рис. 279.

браженіе такого комбинированнаго шва. Глубоко черезъ всю культи проведены шелковыя лигатуры (S. S. S.), изъ которыхъ на рисункѣ видна только одна. Не завязывая ихъ, накладывается изъ длинной нити юнипернаго кэтгута (К. К. К.) непрерывный этажный шовъ, начиная со слизистой оболочки канала шейки или полости матки, смотря по глубинѣ ампутированныхъ частей. Постепенно накладывая петли непрерывнаго шва и затягивая ихъ, мы обусловливаемъ шагъ за шагомъ плотное прилеганіе соответственныхъ раненыхъ поверхностей культи, пока наконецъ вплоть до брюшины она не представится намъ вполне зашитою, тогда приступаемъ къ завязыванію уже прежде наложенныхъ глубокихъ шелковыхъ швовъ. — Оставшіеся не зашитыми края раны брюшины приводятся въ соприкосновеніе

поверхностнымъ непрерывнымъ швомъ изъ кэтгута. Покончивъ съ наложеніемъ швовъ на ножку, мы снимаемъ эластическій жгутъ и наблюдаемъ нѣсколько времени, нѣтъ ли изъ нея кровоточенія, которое обыкновенно легко останавливается наложеніемъ еще нѣсколькихъ швовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, ткань матки представляется настолько дряблою, что болѣе сильное затягиваніе швовъ легко производитъ разрывы ея, кровотеченіе изъ которыхъ бываетъ довольно сильно; накладываемыя вновь лигатуры, съ цѣлью остановить его, еще болѣе разрываютъ ткани, и мы *volens-nolens* должны примѣнить другой кровоостанавливающий методъ, именно перевязку ножки *en masse*. Съ этою цѣлью примѣняется или толстая, двойная шелковая лигатура, или, еще лучше, эластическій жгутъ; накладывая его снова на ножку и фиксируя на мѣстѣ парюю шелковыхъ швовъ, мы отрѣзаемъ его концы коротко и вмѣстѣ съ тканью оставляемъ въ полости брюшины. Безвредность такого оставленія каучуковой трубки въ полости брюшины была указана *Olshausen*'омъ и за послѣднее время особенно рекомендуется *Sänger*'омъ («*Centralblatt f. Gyn.*», 1885, № 44, стр. 721). Полное отсутствіе кровоточенія изъ ножки представляется весьма важнымъ, такъ что, опустивъ уже ее въ полость брюшины, мы кладемъ поверхъ ея губку и начинаемъ накладывать швы на брюшную рану, съ тѣмъ чтобы передъ завязываніемъ этихъ послѣднихъ снова еще разъ, вынувъ губку, убѣдиться, что ножка не кровоточитъ.

Описанный способъ производства лапароміотоміи съ удаленіемъ тѣла матки, причемъ ножка опускается въ полость брюшины (внутрибрюшинный методъ ухода за ножкою), былъ предложенъ и выработанъ *Schröder*'омъ, и дѣйствительно въ подходящихъ случаяхъ способъ этотъ представляется удобнымъ и надежнымъ, представляя кромѣ того изъ себя операцію типическую. Примѣнявшійся ранѣ почти безъ исключенія во всѣхъ случаяхъ внѣбрюшинный методъ ухода за ножкою (*Péan*, *Клеберъ*, *Hegar*, *Kaltenbach*, *Keith*) въ настоящее время все болѣе и болѣе уступаетъ мѣсто внутрибрюшному; но едва ли послѣдній вытѣснитъ его совершенно, подобно тому, какъ это произошло при операціяхъ оваріотоміи. Я лично примѣняю внѣбрюшинный методъ еще только въ случаяхъ, когда существуетъ показаніе какъ можно быстрѣе окончить операцію, и въ случаяхъ, когда дезинфекція вскрываемой полости матки кажется мнѣ неудовлетворительною.

Способъ внѣбрюшиннаго укрѣпленія ножки, какъ мы его производимъ, состоитъ въ слѣдующемъ: выведя черезъ брюшную рану опухоль наружу и наложивъ подъ нею временный эластическій жгутъ на матку, мы отрѣзаемъ ее сантиметровъ на 5—6 надъ нимъ и затѣмъ приступаемъ къ наложенію постоянного жгута. Для этой цѣли толстою иглою *Kaltenbach*'а (рис. 280)



съ укрѣпленнымъ въ ней двойнымъ эластическимъ жгутомъ мы прокалываемъ ножку тотчасъ надъ лежащимъ временнымъ жгутомъ и перевязываемъ ее въ два пучка, точно наблюдая за тѣмъ, чтобы остатки широкихъ связокъ были также хорошо захвачены въ петли. За неимѣніемъ надъ рукою иглы *Kaltenbach*'а, провести черезъ ножку эластическую лигатуру можно помощью толстаго троакара, какъ это дѣлалъ въ свое время *Клебергъ*: троакаръ прокалывается насквозь черезъ толщу ножки и черезъ его трубку протягивается помощью крѣпкой нитки вдвое сложенный эластическій жгутъ. Послѣ этой перевязки въ два отдѣла ножки, временный жгутъ долженъ быть снятъ въ случаѣхъ, когда онъ былъ наложенъ такъ, что захватывалъ связки матки; если же онъ былъ наложенъ послѣ отдѣленія ихъ только на матку, то мы оставляемъ его также *in situ* и не снимаемъ. Затѣмъ перевязанную такимъ образомъ ножку мы укрѣпляемъ въ нижнемъ углу брюшной раны простымъ ея ущемленіемъ между глубокими швами этой послѣдней. Примѣняемое *Негар*'омъ наложеніе швовъ и соединеніе ими брюшины ножки ниже жгута съ *peritoneum parietale* съ цѣлью достиженія полного обособленія брюшной полости мною ни разу не было примѣняемо, такъ какъ я всегда могъ убѣждаться, что склейка и, слѣдовательно, требующееся обособленіе брюшной полости наступаетъ всегда весьма скоро и безъ наложенія швовъ; точно также мы никогда не употребляемъ для фиксаціи ножки на брюшной стѣнкѣ длинныхъ иголъ, вкалывающихся на-крестъ въ нее; накладывая глубокіе швы на брюшную стѣнку, какъ можно ближе къ ножкѣ, и завязывая ихъ, мы достигаемъ всегда достаточнаго ущемленія ея въ ранѣ и считаемъ излишнимъ примѣнять еще другія фиксирующія средства.

При относительно короткой ножкѣ мы оставляемъ надъ жгутомъ большее количество ткани, служащей въ первое время вполне достаточною опорой для ея фиксаціи; жгуты въ этомъ случаѣ не могутъ быть помѣщены въ толщѣ раны брюшной стѣнки, и мы не стѣсняемся оставлять ихъ глубоко въ полости таза подъ нею, выводя свободные ихъ концы въ одинъ изъ угловъ раны, смотря по тому, гдѣ это окажется болѣе удобнымъ. Быстро наступающее реактивное, травматическое асептическое воспаленіе брюшины около ножки въ теченіе уже первыхъ дней настолько полно инкапсулируетъ лежащія жгу-



Рис. 280.

ты, что обособленіе брюшной полости къ третьему дню получается вполне достаточное. Я примѣнялъ уже нѣсколько разъ въ теченіе послѣдняго времени подобный внѣбрюшинный уходъ за ножкою; ножка, образованная изъ матки въ описанномъ мною случаѣ операціи Porro («Врачъ», 1885, № 49), была укрѣплена въ брюшной ранѣ защемленіемъ со жгутами, лежавшими глубоко въ полости малаго таза. Подобная же безвредность оставленія лигатуръ на ножкѣ лежащими непосредственно въ полости брюшины была также мною многократно наблюдаема въ былое время при внѣбрюшинномъ методѣ ухода за ножкою при оваріотоміяхъ, такъ что я вполне могу подтвердить наблюденія *Клеберга* (Одесса), производившаго свои лапароміотоміи, примѣняя впервые эластическій жгутъ и оставляя петлю его глубоко къ полости таза, причемъ концы выводились черезъ брюшную рану наружу рядомъ съ ущемленною ножкою (внѣбрюшинный методъ ухода за ножкою *Клеберга*; см. А. С. Соловьевъ, «Къ вопросу о примѣненіи эластическаго жгута при внѣбрюшинномъ методѣ ухода за ножкою», — «Журн. Ак. и Женск. бол.», 1888, стр. 363).

При наложеніи жгута, остающагося впоследствии *in situ*, при внѣбрюшинномъ методѣ, слѣдуетъ всегда точно ориентироваться на счетъ положенія мочевого пузыря, дабы случайно не захватить его въ петлю жгута; если окажется, что мочевой пузырь лежитъ высоко въ области наложенія жгута, то, вскрывъ брюшину поперечнымъ разрѣзомъ надъ нимъ, производятъ отслойку его пальцемъ или тупымъ инструментомъ отъ матки, и затѣмъ уже накладываетъ жгутъ. При внутрибрюшинномъ методѣ эта предосторожность обыкновенно излишня, такъ какъ жгутъ скоро снимается, а ткани мочевого пузыря переносятъ хорошо такое временное сдавливаніе.

По закрытіи брюшной раны выстоящая въ нижнемъ углу ея доступная часть ножки обсыпается толстымъ слоемъ іодоформа, между нею и брюшными стѣнками кладутся полоски іодоформированной марли; поверхъ этого слѣдуетъ тонкій слой ваты и обыкновенный брюшной бинтъ. Благодаря легкому доступу воздуха при этой перевязкѣ, ножка, покрытая толстымъ обособляющимъ слоемъ іодоформа, легко высыхаетъ и уже скоро представляется плотною, какъ дерево. Какихъ-либо особыхъ иссушающихъ средствъ мы не находили до сихъ поръ необходимымъ примѣнять съ этою цѣлью.

При надвлагалищной ампутаціи матки должны быть всегда также удаляемы оба яичника, что происходитъ, такъ сказать, само собою въ случаяхъ, когда придатки матки помѣщаются высоко; въ случаяхъ же глубокаго положенія яичниковъ они должны быть отдѣльно отысканы и удалены. Только при существованіи плотныхъ, сплошныхъ сращеній и крайней ихъ недоступности,

они, какъ исключеніе, могутъ быть оставлены *in situ*. При удаленіи матки и оставленіи яичниковъ уже не разъ наблюдались весьма неблагоприятныя послѣдствія со стороны могущихъ имѣть мѣсто кровоизліяній въ полость брюшины при менструальныхъ приливахъ. *Koeberlé* наблюдалъ въ одномъ случаѣ даже наступленіе внѣматочной, брюшной беременности, благодаря оставшейся цервикально-брюшинной фистулѣ.

Фиброміомы, принадлежащія къ нашей третьей группѣ и представляющія опухоли, выросшія между маточными связками въ тазовую клѣтчатку, обусловливаютъ самыя большія затрудненія при своемъ удаленіи и, какъ мы уже видѣли, даютъ самый большой процентъ летальныхъ исходовъ послѣ операціи. Удаленіе ихъ возможно только путемъ вылушенія изъ тазовой клѣтчатки.



Рис. 281.

Операція производится слѣдующимъ образомъ: при *fibroma intra-ligamentaris dextra*, какъ изображено на рис. 281, по вскрытіи брюшной полости и выведеніи опухоли, насколько возможно, наружу, отыскивается конецъ правой широкой связки и уже выше указаннымъ путемъ производится раздѣленіе ея между лигатурами вплоть до самой опухоли. Начиная съ этого мѣста, по передней и задней поверхности ея проводятся два разрѣза

брюшины; если при этомъ встрѣчаются болѣе крупныя сосуды, перерѣзать ихъ слѣдуетъ лучше также между двумя лигатурами.

Изъ этихъ разрѣзовъ книзу и кнутри начинается производство вылушенія опухоли. Брюшина обыкновенно весьма легко отдѣляется отъ нея, и мы скоро и свободно доходимъ до матки — области болѣе тѣснаго соединенія и перехода опухоли въ нее; въ этотъ моментъ операціи подвижность всего образованія сдѣлалась уже настолько значительною, что, оттягивая его кверху и кпереди, удается подвести эластическій жгутъ. Наложивъ его и найдя соединеніе опухоли съ маткою въ видѣ ножки, мы перерѣзаемъ эту послѣднюю и накладываемъ на нее лигатуры, какъ на всякую ножку фиброміомы при внутрибрюшинномъ методѣ ухода за ней. Если же опухоль не имѣетъ ножки и непосредственно переходитъ въ матку, то предстоитъ надвлагалищная ампутація этой послѣдней. Отсутствие соединенія, кромѣ рыхлой соедини-

тельной ткани, между опухолью и маткою наблюдается обыкновенно только при самостоятельныхъ фиброміомахъ широкой связки, развивающихся въ ней самой помимо матки.

Опухоли, разросшіяся съ передней поверхности матки въ клѣтчатку между нею и мочевымъ пузыремъ, удаляются также путемъ вылушенія; послѣ предварительной перевязки *vasa spermatica interna* на обѣихъ сторонахъ, разрѣзъ брюшины проводится надъ мочевымъ пузыремъ, и этотъ послѣдній отлущивается отъ опухоли; вылушеніе продолжается далѣе въ глубь и въ стороны, пока опухоль вмѣстѣ съ маткою не сдѣлаются настолько подвижными, что можетъ быть наложенъ эластическій жгутъ, послѣ чего, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, опухоль отрѣзается отъ матки, или же производится *amputatio uteri supra-vaginalis*.

Получающаяся послѣ операціи вылушенія большая, открытая полость въ тазовой клѣтчаткѣ можетъ быть зашита, такъ что ея стѣнки будутъ прилегать другъ къ другу на всемъ своемъ протяженіи, или же зашивается только рана брюшины, полость же, остающаяся свободною, дренируется со стороны влагалища. Проводить дренажъ изъ этой полости во влагалище *A. Martin* весьма цѣлесообразно предлагаетъ помощью простаго корнцанга, прокалываемаго черезъ сводъ подъ руководствомъ пальцевъ, введенныхъ во влагалище. *Küster* («*Centralblatt. f. Gyn.*», 1884, № 1) въ одномъ случаѣ удачно примѣнилъ внѣбрюшинный способъ: края оставшейся полости были вшиты въ нижній уголъ раны, и вся полость выполнена іодоформированною марлею, служившею, какъ для дезинфекціи, такъ и для остановки кровотеченія. Этотъ послѣдній способъ заслуживаетъ полнаго вниманія, такъ какъ не разъ на вскрытіяхъ умершихъ послѣ операціи вылушенія бывало находимо большее или меньшее количество крови, скопившейся въ полости, — бывшемъ ложѣ опухоли. Кровотеченія во время производства вылушенія обыкновенно не наблюдается очень значительнаго; большіе сосуды перевязываются, но и паренхиматозное, хотя и, повидимому, весьма небольшое, должно всегда обращать на себя наше вниманіе, особенно при вопросѣ о послѣдовательномъ уходѣ за стѣнками полости. Внѣбрюшинный методъ ухода за нею примѣнялся еще *Péan*'омъ причемъ онъ вводилъ черезъ рану оставляемые *in situ* свои кровоостанавливающіе пинцеты.

Заканчивая производство операціи лапароміотоміи по которому бы то не было изъ вышеприведенныхъ методовъ, предъ закрытіемъ брюшной раны слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы въ полости брюшины не оставались излишніе кровяные свертки или жидкая кровь; при извѣстной степенности совершенства техники производства и надлежащей осторожности намъ

только рѣдко приходится очищать брюшную полость отъ постороннихъ веществъ, попавшихъ въ нее во время операціи («туалетъ брюшины»). Удаленіе ихъ достигается лучше всегда губками на длинныхъ рукояткахъ, свободно проникающихъ въ Дугласово пространство. Удаливъ по возможности все, что попало въ брюшину во время операціи, и убѣдившись еще разъ, что нигдѣ нѣтъ и слѣда кровотеченія, мы приступаемъ къ наложенію швовъ на брюшную рану. Глубокіе швы черезъ всю толщю брюшной стѣнки, захватывающіе также брюшину, накладываются нами изъ толстой шелковой лигатуры; поверхностные же кожные — изъ тонкой. Зашитая рана посыпается порошкомъ іодоформа, поверхъ котораго кладется 2—3 слоя іодоформированной марли, не толстый слой ваты и простой полотняный брюшной поясъ. Если полость матки была вскрыта во время операціи, то необходимо еще разъ, тотчасъ же по закрытіи брюшной раны, дезинфицировать влагалище, что весьма хорошо и скоро производится губками на длинныхъ губкодержателяхъ, смоченными въ растворѣ сулемы 1:1000, послѣ чего уже вкладывается тампонъ изъ іодоформированной марли.

Благодаря все болѣе и болѣе совершенствующейся техникѣ лапароміотоміи, возможность случайной смерти *sub operatione* встрѣчается все рѣже и рѣже. Устраненіе металлическихъ петель для остановки кровотеченія, нерѣдко прорывавшихъ ткани и дававшихъ въ свою очередь еще большее кровотеченіе, чѣмъ то, противъ котораго они были примѣнены, и замѣна ихъ эластическими жгутами способствовала тому, что случаи смертельныхъ кровотеченій во время операціи доведены до *minimum'a*. Моментъ извлеченія изъ брюшной полости большой величины опухоли можетъ подать поводъ къ наступленію случайной, непредвидѣнной смерти,—извѣстны уже случаи таковой, наступившей быстро послѣ извлеченія опухоли и сопровождавшейся припадками остраго малокровія мозга или эмболіи легочной артеріи.

**Послѣоперационный періодъ.** Уходъ въ послѣоперационномъ періодѣ въ общемъ долженъ быть такой же, какъ и послѣ cadaго чревосѣченія. Главнѣйшія явленія въ ходѣ болѣзни послѣ примѣненія внутрибрюшиннаго метода ухода за ножкою въ нормально текущихъ случаяхъ ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ-же послѣ овариотоміи; только нѣсколько чаще наблюдается развитіе воспалительныхъ процессовъ около оставленной въ полости брюшины ножки; обыкновенно это — реактивныя асептическія воспаленія, не дающія даже повышенія температуры. Съ теченіемъ времени иногда у больныхъ, уже выздоровѣвшихъ отъ операціи, замѣчается выхожденіе *per vaginam* или *per rectum*, или черезъ мочевою пузырь петель шелковыхъ лигатуръ, наложенныхъ на ножку. То же и еще съ болѣшимъ постоянствомъ наблюдается при оставленіи въ брюшной полости на ножкѣ

эластическаго жгута; большею частью черезъ известное количество времени онъ прокладываетъ себѣ тѣмъ или другимъ путемъ дорогу наружу, не вызывая при этомъ болѣе обширныхъ, безпокоящихъ больную воспалительныхъ явленій. Отсутствие септическихъ явленій въ первые дни послѣ операціи лапароміотоміи со вскрытіемъ маточной полости еще далеко не всегда гарантируетъ насъ отъ возможности развитія ихъ въ болѣе позднее время; доступъ инфекции со стороны влагалища и шейки матки въ этихъ случаяхъ всегда болѣе или менѣе открытъ. И дѣйствительно, начало развитія процесса со стороны полости матки иногда бываетъ весьма демонстративно (*Стельмаховичъ*, «*Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней*», 1887, № 6, стр. 453, случай изъ нашей клиники), причемъ случай, дававшій уже весьма утѣшительный прогнозъ, вдругъ представляетъ развитіе картины септицеміи или нѣміи; при этомъ процессъ распространяется или на брюшину, или же, не трогая ея, локализуется въ венахъ остатка широкихъ связокъ, — развиваются флебиты, тромбы и эмболлическіе, переносные абсцессы въ другихъ органахъ. При наблюдающемся, нерѣдко довольно значительномъ развитіи тромбовъ въ венахъ культы при отсутствіи инфекции можетъ быть вызвана вдругъ смерть отъ эмболіи легочной артеріи, при болѣе же мелкихъ эмболлическихъ сгусткахъ развиваются мѣстные воспалительные фокусы въ легкихъ, не ведущіе ни къ нагноенію, ни къ гангренѣ, занимающіе иногда довольно значительные участки легочной ткани преимущественно въ заднихъ доляхъ, — пневмонія, столь часто принимаемая за гипостатическія, а иногда вначалѣ и за крупозныя, подобно тому, какъ мнѣ не разъ приходилось наблюдать развитіе ихъ при не инфекціонномъ тромбозѣ околоматочныхъ венъ въ послѣродовомъ періодѣ и неоднократно указывать на эту возможность моимъ клиническимъ ассистентамъ.

Теченіе послѣоперационнаго періода послѣ лапароміотоміи съ внѣбрюшиннымъ методомъ ухода за ножкою представляется болѣе затяжнымъ, требующимъ болѣе долгаго времени. Какъ уже сказано выше, мы примѣняемъ для обеззараживанія ущемленной въ брюшной ранѣ культы только чистый порошокъ іодоформа и даемъ болѣе свободный доступъ къ ней воздуха, способствующаго быстрому высыханію ея, причемъ мы ни разу не наблюдали явленій отравленія іодоформомъ (*Грамматикати*, «*Къ вопросу объ употребленіи іодоформа при лапаротоміяхъ*», наблюденіе изъ нашей клиники, «*Русская Медицина*», 1884, № 17, 18 и 19, а также *Славянскій*, «*Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Gynaekologie*», *Erster Congress zu München, Juni, 1886 u., стр. 243*). За послѣднее время *Kaltenbach* (*Hegar u. Kaltenbach, l. c.*,

стр. 506) съ цѣлью дезинфекціи и болѣе быстрого изсушенія культи съ успѣхомъ примѣнялъ порошокъ смѣси танина и салициловой кислоты (3:1). Первая смѣна повязки при нормальномъ теченіи случая можетъ быть предпринята не раньше недѣли. Гангреносцировавшая и мумифицировавшаяся часть ножки отваливается обыкновенно въ концѣ третьей недѣли вмѣстѣ съ оставленными эластическими жгутами. На ея мѣстѣ остается воронкообразное углубленіе въ брюшной ранѣ, покрытое грануляціями; развитіе рубца идетъ довольно быстро, и каналъ шейки обыкновенно также зарубцовывается. Иногда только, и то въ первое время послѣ операціи, остается еще цервикальная фистула, черезъ отверстіе которой можетъ быть наблюдаемо просачиваніе незначительнаго количества крови во время менструальныхъ приливовъ, въ случаяхъ, когда яичники не были удалены вмѣстѣ съ опухолью. Въ дальнѣйшемъ теченіи времени, особенно у женщинъ рабочихъ, при сложной функціи брюшного пресса, нерѣдко развивается грыжевое выпячиваніе участка рубца, гдѣ была ущемлена ножка, — явленіе, совершенно аналогичное образованію подобныхъ же грыжъ послѣ овариотоміи съ внѣбрюшиннымъ уходомъ за ножкою.

Оставшаяся послѣ операціи вылуценія межсвязочной фиброміомы и дренированная во влагалище полость весьма быстро уменьшается въ объемѣ, вслѣдствіе плотнаго прилежанія ея стѣнокъ другъ къ другу подъ вліяніемъ внутрибрюшного давленія; сращеніе ихъ идетъ при благоприятныхъ обстоятельствахъ вполнѣ удовлетворительно, и дренажъ можетъ быть удаленъ черезъ относительно весьма короткое время.

Между причинами летальныхъ исходовъ лапароміотоміи, какъ и при другихъ чревосѣченіяхъ, все-таки на первомъ планѣ стоитъ септическое зараженіе, имѣвшее мѣсто или во время производства самой операціи, или же наступающее впоследствии въ случаяхъ, сопровождающихся вскрытіемъ полости матки, со стороны этой послѣдней. Кромѣ развивающейся общей картины септицеміи, благодаря особенности поля операціи, приходится относительно часто наблюдать пораженіе венозныхъ сплетеній съ послѣдовательною картиною піэміи и метастатическихъ абсцессовъ. Летальный исходъ въ первое время послѣ операціи отъ вторичныхъ кровотеченій представляется рѣдкимъ и наблюдается черезъ 12—36 часовъ отъ наступающаго внутренняго кровотечения, вслѣдствіе ослабленія или соскальзыванія наложенныхъ лигатуръ. Случайныя причины смерти представляютъ тѣ же колебанія случайностей, какъ и при всякихъ другихъ большихъ операціяхъ.

### 3) Ракъ матки. (Cancer uteri.)

Между всѣми половыми органами женщины матка занимает первое мѣсто по частотѣ развитія въ ней раковыхъ новообразований. Мѣстомъ развитія рака представляется или шейка, или тѣло ея, причемъ первая поражается гораздо чаще. Эта частота пораженія и клиническія особенности теченія болѣзни заставляютъ насъ разбирать особо ракъ шейки матки и ракъ тѣла ея.

#### а) Ракъ шейки матки. (Cancer colli uteri.)

**Анатомія.** Анатомическія особенности строенія отдѣльныхъ частей шейки матки даютъ различнаго рода почву для развитія раковаго образованія, не остающуюся, по крайней мѣрѣ въ первые періоды его, безъ вліянія на видъ и форму самого новообразованія. Раки, развивающіеся на наружной поверхности влагалищной части, покрытой плоскимъ эпителиемъ, представляютъ другое анатомическое строеніе, чѣмъ раки, имѣющіе своею исходною точкою слизистую оболочку канала шейки матки, покрытую цилиндрическимъ эпителиемъ, и чѣмъ новообразованія, представляющіяся въ началѣ своего развитія лежащими глубоко подъ слизистою оболочкою въ существѣ тканей шейки.

Смотря по мѣсту развитія и связанной съ этимъ въ большинствѣ случаевъ особенности анатомическаго строенія, мы различаемъ три главныхъ вида рака, поражающихъ шейку матки:

1) *ракъ плоскаго эпителия, канкроидъ (cancer epitheliale)*, развивающійся на наружной поверхности влагалищной части, 2) *ракъ цилиндрическаго эпителия, железистый ракъ (carcinoma cylindrocellurae, adeno-carcinoma)*, ведущій свое начало изъ элементовъ слизистой оболочки *canalis cervicis*, и 3) *мозговикъ (carcinoma medullarae)*, начинающій развиваться въ формѣ отдѣльныхъ узелковъ въ толщѣ ткани шейки матки, глубоко подъ слизистою оболочкою.

Всѣ только что поименованные три вида рака шейки матки могутъ быть строго различаемы лишь въ первые періоды своего развитія, до тѣхъ поръ, пока они не обусловили разрушеній на большихъ пространствахъ, ибо при этомъ они не только теряютъ особенности мѣсторасположенія своего развитія, но и особенности ихъ анатомическаго характера, не всегда рѣзко выражены, такъ какъ возможны комбинаціи ихъ другъ съ другомъ въ дальнѣйшемъ теченіи ихъ роста.

Канкроидъ влагалищной части матки развивается, какъ мы



уже сказали, на ея наружной поверхности, имѣющей строеніе, вполнѣ аналогичное строенію слизистой оболочки влагалища, и представляющей типъ строенія кожи. Богатая эпителиемъ межсосочковыя пространства начинаютъ значительно увеличиваться въ объемѣ, эпителий ихъ, разрастаясь, проникаетъ глубоко въ подлежащую ткань и мало-по-малу переходитъ въ эпителиальныя гнѣзда и пучки раковаго новообразованія. Соединительная ткань сосочковъ нерѣдко участвуетъ въ процессѣ разростанія, и мы видимъ тогда новообразованіе, поражающее не только ткани въ глубину, но и разрастающееся надъ ихъ поверхностью въ видѣ болѣе или менѣе значительной величины опухоли. Опухоль эта представляетъ иногда рѣзко выраженный сосочковый, папиллярный характеръ, имѣетъ форму и видъ полипознаго обра-

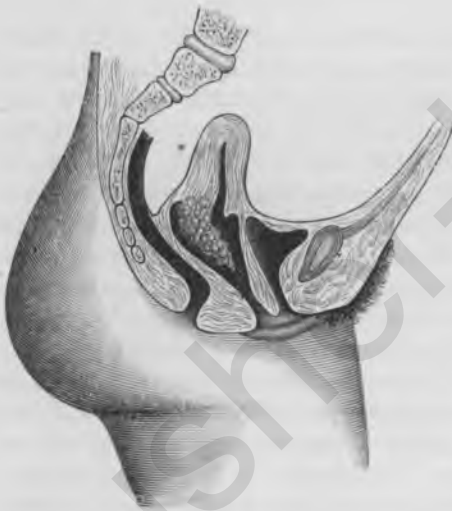


Рис. 282.

зованія, исходящаго изъ одной губы влагалищной части или же и со всей ея поверхности. Сосочковая поверхность такихъ опухолей дала поводъ называть ихъ опухолями вида «цвѣтной капусты» — (cauliflower excrescence англичанъ) (рис. 282). При менѣе выраженномъ сосочковомъ характерѣ канкроидъ влагалищной части, разрастаясь и выступая болѣе плоско надъ поверхностью, приобретаетъ обыкновенно видъ грибовидной опухоли (рис. 283), такъ что губы *portionis vaginalis* представляются какъ бы вывороченными на подобіе шляпки гриба.

Болѣе рѣдко приходится наблюдать почти полное отсутствіе разростанія соединительно-тканныхъ образований и разрастаніе эпителия только въ глубину ткани; при этомъ эпителиальныя образования весьма быстро претерпѣваютъ регрессивныя измѣненія, и плоская опухоль изъязвляется. Такая язва только рѣдко идетъ глубоко въ ткани, обыкновенно же она быстро увеличивается по своей периферіи, захватывая все большіе и большіе участки ткани. Этотъ видъ плоскаго канкроида, быстро изъязвляющагося, нерѣдко описывается какъ *ulcus rodens* влагалищной части («corroding ulcer» англичанъ).

Канкроидъ влагалищной части развивается по преимуществу по поверхности и весьма скоро достигаетъ до мѣста прикрѣпле-

нія свода влагалища и переходитъ на него. На каналъ шейки и въ глубину ткани ея онъ распространяется только вполсѣдствіи, такъ что нерѣдко можно встрѣтить случаи, въ которыхъ вся наружная поверхность *portionis vaginalis* и отчасти влагалище уже заняты новообразованиемъ, тогда какъ *orificium externum* еще цѣло, и слизистая оболочка канала кромѣ незначительнаго воспалительнаго состоянія не представляетъ еще никакихъ измѣненій.

Папиллярный канкроидъ, занимая одну изъ губъ влагалищной части и переходя на прилежащій сводъ влагалища, образуетъ иногда значительной величины опухоль, выполняющую все влагалище и обуславливающую весьма трудное достиженіе *orificii externi*, такъ что является возможность ошибки принять за таковое одну изъ расщелинъ сосочковой опухоли. Особенно подобная ошибка легко возможна при беременности, когда выполняющая почти все влагалище папиллярная опухоль очень рыхла, сочна, легко кровоточитъ и представляетъ рѣзкія и глубокія дѣленія на отдѣльныя опухоли; мы наблюдали подобный случай, въ которомъ только съ началомъ родовъ и раскрытіемъ зѣва матки такая ошибка могла быть точно доказана. Распространяясь по поверхности и занимая уже одинъ изъ сводовъ влагалища, канкроидъ влагалищной части, обыкновенно, прежде чѣмъ проникнуть на большую глубину въ ткань шейки, весьма легко инфильтрируетъ подлежащую клѣтчатку вокругъ шейки. Въ ней уже довольно рано могутъ быть прощупаны увеличенныя лимфатическія железы величиною въ маленькую горошину; подобныя утолщенія въ клѣтчаткѣ располагаются иногда въ видѣ четокъ. Инфильтратъ раковыми массами занимаетъ вначалѣ слои клѣтчатки, непосредственно прилежащіе къ стѣнкѣ шейки матки, и, представляясь на оупь плотнымъ, онъ обуславливаетъ впечатлѣніе значительно увеличенной въ толщину шейки, тогда какъ ткани ея неизмѣнены, и она окружена только слоемъ инфильтрированной клѣтчатки, неуступающей по своей плотности тканямъ ея.



Рис. 283.

Ракъ слизистой оболочки канала шейки развивается, какъ изъ нормально присущихъ ей железистыхъ образований, такъ и изъ патологически развивающихся при воспалительныхъ процессахъ.

Въ началѣ своего развитія онъ рѣзко представляется состоящимъ изъ разросшихся железистыхъ полостей, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ (*carcinoma cylindrocellulare*, *adeno-carcinoma*), мѣстами еще хорошо сохранившихъ свой просвѣтъ, мѣстами же выполненныхъ сплошь разросшимся эпителиемъ, теряющимъ уже свою цилиндрическую форму. Особенность этого вида рака состоитъ также въ томъ, что онъ сначала быстро распространяется по поверхности, покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ, такъ что все пространство канала шейки можетъ

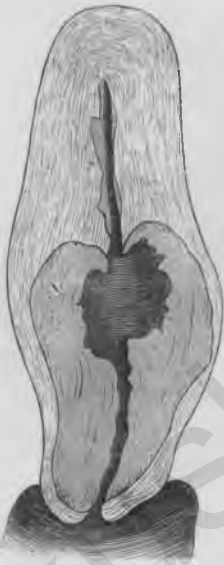


Рис. 284.

уже представиться занятымъ новообразованиемъ, а наружное отверстіе матки еще вполне сохранившимся; кверху за *orificium internum* онъ распространяется тоже легко, занимая продолговатыми участками слизистую оболочку тѣла матки. Другая особенность железистаго рака данной мѣстности. это — его склонность къ скорому распаденію и изъязвленію: вся внутренняя поверхность канала шейки можетъ представляться уже превращенною въ сплошную раковую язву, тогда какъ *orificium externum* еще цѣло, и наружный видъ *portionis vaginalis* не представляетъ сколько-нибудь рѣзкихъ измѣненій (рис. 284).

Въ началѣ своего развитія, при существованіи сильнаго выворота губъ при разрывахъ влагалищной части, железистый ракъ, развиваясь на мѣстѣ эрозіи и не будучи такимъ образомъ заключенъ въ каналѣ шейки, можетъ быть легко принятъ за начинающій развиваться канкроидъ. При дальнѣйшемъ своемъ развитіи въ этихъ случаяхъ онъ обуславливаетъ образованіе большой кратеровидной язвы. Разрушая стѣнки шейки матки, этотъ видъ рака весьма скоро распространяется въ парацервикальную клѣтчатку, инфильтрируя ее на большомъ пространствѣ. Намъ нерѣдко приходилось при микроскопическомъ изслѣдованіи находить железистыя образования съ ясно выраженнымъ просвѣтомъ и съ цилиндрическимъ эпителиемъ далеко въ околوماتочной клѣтчаткѣ въ случаяхъ рака, имѣвшаго исходною точкою своего развитія слизистую оболочку канала шейки.

*Carcinoma medullare* въ началѣ своего развитія представляется въ формѣ узелка въ толщѣ стѣнки шейки матки подъ слизистой

оболочкою ея (рис. 285) и развивается или изъ заходящихъ далеко въ глубь железистыхъ образований, или же для нѣкоторыхъ случаевъ нельзя не согласиться съ мнѣніемъ берлинской школы (*Virchow, Ruge, Veit*), что этотъ видъ рака можетъ развиваться изъ клѣтокъ соединительной ткани («*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», VII; *Ruge u. Veit*, «*Der Krebs der Gebärmutter*»). Развиваясь въ формѣ узелковъ въ ткани шейки, *sarcoma medullare* весьма скоро достигаетъ уже большихъ размѣровъ и выпячиваетъ передъ собою поверхностно лежащія ткани влагалищной части, придавая этой послѣдней бугристый видъ. Весьма скоро въ центрѣ узелка, достигшаго уже значительнаго размѣра, наступаетъ распаденіе новообразованныхъ элементовъ рака, и такой узелокъ вскрывается наружу на подобіе абсцесса, оставляя послѣ себя раковую язву. Такое вскрытіе наружу распавшагося раковаго узла наблюдается, какъ на наружной поверхности *portio-nis vaginalis*, такъ и на внутренней поверхности канала шейки. Чѣмъ меньше карцинома имѣетъ характеръ скирра, и чѣмъ больше выраженъ мозговидный характеръ ея, тѣмъ быстрее ея распространеніе въ окружающія ткани. Гораздо скорее, чѣмъ канкроидъ и железистый ракъ, *sarcoma medullare* распространяется по лимфатическимъ сосудамъ въ околوماتочную клѣтчатку, поражая ея лимфатическія железы и обуславливая въ ней развитіе узелковъ, прощупываемыхъ въ формѣ четокъ. Точно также при этой формѣ рака диссеминаціонные узелки рака могутъ быть встрѣчаемы не только въ толщѣ стѣнокъ шейки матки, но и въ стѣнкахъ ея тѣла, еще въ относительно довольно раннемъ періодѣ заболѣванія.



Рис. 285.

При зашедшемъ уже далеко разрушеніи подлежащихъ тканей и распаденіи новообразованныхъ раковыхъ массъ, мы уже не можемъ съ положительностью различить мѣсто зарожденія рака, и каждый изъ вышеназванныхъ видовъ его можетъ, наконецъ, представить почти одну и ту-же картину глубокаго разрушенія. Распространяясь кверху и занимая все болѣе и болѣе ткани

стѣнокъ матки, ракъ мало-по-малу разрушаетъ этотъ органъ иногда до такой степени полно, что его слѣды могутъ быть едва только найдены. Весьма характерно, что въ большей части случаевъ разрушеніе идетъ такъ, что полость тѣла матки остается рѣзко различной и книзу кончается почти прямою линіею, весьма напоминаящую границу *orificii interni* (рис. 286). Эта рѣзкая линія долго заставляла предполагать, что внутреннее отверстіе весьма стойко, и за нею разрушеніе идетъ только рѣдко, въ исключительныхъ случаяхъ; производя же измѣреніе оставшейся полости тѣла матки, весьма скоро разубѣдились въ подобномъ предположеніи, такъ какъ эта рѣзкая граница въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ помѣщается на различной высотѣ и притомъ



Рис. 286. (Cruveilhier.)

выше бывшаго *orificii interni*. При ракахъ влагалищной части, не давшихъ еще такихъ обширныхъ разрушеній, слизистая оболочка тѣла матки представляетъ весьма часто воспалительныя измѣненія (*endometritis corporis*) съ значительнымъ разрастаніемъ межжелезистой ткани—измѣненія, давшія поводъ говорить о развитіи въ ней саркомы (*Abel*,

«*Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio*», «*Arch. f. Gyn.*», XXXII, 1888, стр. 271). Возможность развитія саркомы въ слизистой оболочкѣ тѣла матки при одновременномъ существованіи рака влагалищной части можетъ быть, конечно, допущено, но только какъ большое исключеніе и отнюдь не какъ частое явленіе. Клиническія наблюденія и результаты вскрытій далеко не подтверждаютъ мысли, высказанной *Abel*емъ.

Ракъ шейки, разрастаясь въ ея стѣнкахъ, раньше болѣе значительнаго распаденія своихъ тканей, обуславливаетъ иногда полную закупорку просвѣта канала ея, такъ что выдѣленія матки, не находя стока, задерживаются въ полости тѣла и значительно растягиваютъ его, —получается *hydro-* или *haematometra*, смотря по характеру содержимаго. — Распространеніе рака въ толщѣ стѣ-

нокъ матки наблюдается, или какъ постепенное превращеніе ихъ въ раковыя массы, или же въ видѣ появленія диссеминаціонныхъ узловъ, заходящихъ иногда довольно далеко за границы рѣзко выраженнаго раковаго инфильтрата. Обыкновенно, какъ этотъ послѣдній, такъ и диссеминаціонные узлы въ разрѣзѣ рѣзко выделяются своимъ гораздо болѣе блѣднымъ видомъ отъ красноватой ткани стѣнокъ матки.

Инфильтрація раковыми элементами, достигая до брюшины, покрывающей матку, вызываетъ въ ней воспалительныя измѣненія, ведущія къ склейкамъ съ окружающими частями, такъ что такая матка на трушѣ обыкновенно представляется покрытою многочисленными ложными перепонками, связывающими ее со стѣнками малаго таза и петлями тонкихъ кишекъ. При дальнѣйшемъ распространеніи новообразованія въ этомъ направленіи наблюдается появленіе отдѣльныхъ раковыхъ узелковъ въ ложныхъ перепонкахъ и въ приращенныхъ къ маткѣ большомъ сальникѣ и кишечныхъ петляхъ; распространеніе рака по всей брюшинѣ въ формѣ общаго *carcinosis peritonealis* встрѣчается только въ рѣдкихъ случаяхъ. Распространеніе раковыхъ узловъ на стѣнки кишечныхъ петель даетъ иногда поводъ къ образованію кишечныхъ фистулъ, открывающихся въ большую полость распада, находящуюся на мѣстѣ матки, почти совершенно уничтоженной ракомъ.

Какъ мы уже видѣли, всѣ виды раковъ весьма скоро обуславливаютъ инфильтрацію парацервикальной и околоматочной клѣтчатки, сначала только близлежащихъ участковъ, впослѣдствіи же инфильтратъ можетъ занимать весьма обширныя пространства, такъ что матка при изслѣдованіи представляется совершенно фиксированною, подобно тому, какъ это наблюдается при параметритахъ; распространяясь по клѣтчаткѣ, инфильтратъ весьма скоро доходитъ до мочеточниковъ и, окружая ихъ, сдавливаетъ болѣе или менѣе значительно ихъ просвѣтъ. Результатомъ суженія и сдавленія просвѣта ихъ начинаетъ развиваться измѣненіе въ почкахъ, — *hydronephrosis* представляется однимъ изъ частыхъ спутниковъ рака матки; нерѣдко къ этому присоединяется еще гнойное воспаление лоханокъ (*pyelitis*). Задержка мочи и уремія суть послѣдствія такихъ суженій мочеточниковъ.

Развитіе вторичной гипертрофіи сердца подъ вліяніемъ измѣненій въ почкахъ при сдавленіи мочеточниковъ раковою инфильтраціею должно считаться анатомически еще не вполне доказаннымъ; почти не существуетъ случаевъ такой гипертрофіи сердца при ракѣ матки, въ которыхъ причиною ея развитія были бы только измѣненія въ почкахъ, такъ какъ рядомъ съ таковыми находятся достаточныя измѣненія и въ артеріальныхъ стволахъ (*arterio-sclerosis*). болѣе просто объясняющія измѣненія въ сердцѣ (*M. Letulle, «Note à propos d'une observation de cancer du col*

*utérin terminée par accidents urémiques. Le coeur dans le cancer de l'utérus.* — «*Bulletin de la société anatomique de Paris*», 1886, *сmp.* 307).

Клѣтчатка между мочевымъ пузыремъ, маткою и влагалищемъ также въ извѣстныхъ случаяхъ скоро представляется инфильтрированную раковымъ новообразованиемъ; инфильтратъ распространяется и ниже и обхватываетъ со всѣхъ сторонъ мочеиспускательный каналъ (рис. 286). Раковая изъязвленія въ этой области ведутъ иногда весьма скоро къ нарушенію цѣлости *septi vesicovaginalis* — получается неизлѣчимая раковая пузырно-влагалищная фистула. Болѣе рѣдко наблюдается распространение инфильтрата далеко книзу въ тканяхъ *septi rectovaginalis*, но и здѣсь могутъ развиваться значительныя потери вещества и образование *fistulae recto-vaginalis*; такимъ образомъ при

извѣстной степени интенсивности разрушеній, обусловленныхъ ракомъ, мы можемъ наблюдать образование одной общей полости, въ которую открывается уцѣлѣвшая часть матки, мочевой пузырь и прямая кишка. Такая клоака представлена на рисункѣ 287.



Рис. 287. (*Farre.*)

Раковая инфильтрація тканей не ограничивается только одною тазовою клѣтчаткою, но и переходитъ на мышцы, нервы и сосуды таза, а также распространяется иногда на надкостницу тазовыхъ костей и на

губчатое вещество ихъ самихъ. Метастазы въ болѣе отдаленные органы при ракъ матки встрѣчаются относительно рѣдко. Лимфатическія железы тазовой полости и забрюшинныя весьма часто и въ болѣе ранніе періоды заболѣванія представляются инфильтрированными раковыми элементами; паховыя железки увеличиваются въ объемъ и раковоперерождаются обыкновенно только въ относительно позднее время. Яичники весьма нерѣдко принимаютъ участіе въ процессѣ, причемъ иногда одновременно съ раковою инфильтраціею ихъ приходится наблюдать развитіе въ нихъ кистъ небольшой величины (*cysto carcinoma ovarii*). Изъ болѣе отдаленныхъ органовъ метастатическіе узлы рака наблюдаются чаще всего въ печени и легкихъ, и затѣмъ идутъ уже другіе органы, при чемъ изъ нихъ нѣтъ ни одного, въ которомъ бы уже хотя разъ не было найдено метастаза рака матки.

Spongiosa костей служить также мѣстомъ развитія метастазовъ, — раковые узлы были находимы даже въ ключицѣ при первичномъ ракѣ матки.

Вторичный ракъ матки относится къ большимъ рѣдкостямъ; при общемъ карцинозѣ встрѣчаются иногда узелки рака на брюшинѣ, покрывающей матку. Распространеніе рака и переходъ его съ сосѣднихъ органовъ встрѣчается также не часто; извѣстны случаи перехода съ прямой кишки и мочевого пузыря.

**Этіологія.** Раковыя новообразованія, вообще, встрѣчаются у женщинъ гораздо чаще, чѣмъ у мужчинъ; число смертности отъ рака между женщинами въ два съ половиною раза больше, чѣмъ между мужчинами, что главнымъ образомъ зависитъ отъ частоты раковыхъ поражений грудныхъ железъ и матки: число смертности отъ рака матки представляетъ приблизительно одну треть всей смертности отъ рака между женщинами. Около 3,5% больныхъ женщинъ имѣютъ ракъ матки. — Онъ встрѣчается весьма рѣдко въ первые годы послѣ начала менструаціи, до 20-лѣтняго возраста, и достигаетъ самой большей частоты между 40 и 50 годами — годы начала менопаузы. До 10-ти лѣтняго возраста извѣстны только нѣсколько отдѣльныхъ случаевъ, но анатомическое изслѣдованіе ихъ на столько не точно, что съ положительностью никакъ нельзя утверждать, что это были дѣйствительно случаи раковаго новообразованія. Наблюденія развитія рака у 17 и 19-лѣтнихъ (*Schauta*, «*Wiener medic. Wochenschrift*». 1880, № 37 и 38, и *Eckardt*, «*Archiv f. Gynaek.*», XXX, стр. 471), подтвержденные точнымъ анатомическимъ изслѣдованіемъ, несомнѣнно указываютъ на возможность развитія его уже въ самой ранней молодости, вскорѣ по наступленіи половой зрѣлости.

Наслѣдственность, выраженная обыкновенно довольно рѣзко въ случаяхъ рака, вообще, не можетъ быть принята для рака матки за одинъ изъ важныхъ этиологическихъ моментовъ, такъ какъ только въ 7,4% случаевъ она могла быть болѣе или менѣе доказана.

Вообще, этиологія рака матки должна еще считаться темною, далеко неразъясненною, и только совпаденіе развитія его съ прежде существовавшими воспалительными процессами шейки матки можетъ играть извѣстную роль въ ученіи объ его этиологіи. Уже давно указывали на существующую якобы связь между хроническими, долго тянущимися катаррами и эрозіями шейки матки и появленіемъ раковыхъ образованій на ней. Изслѣдованія послѣдняго времени, показавшія несомнѣнно эпителиальный характеръ измѣненій, присущихъ эндоцервицитамъ и эрозіямъ, и развитіе въ чрезмѣрномъ числѣ железистыхъ образованій, стоящее иногда въ связи съ разрывами шейки матки. т. е., родовыми



травмами, дѣлають это предположеніе еще болѣе вѣроятнымъ. Мы не думаемъ возводить это предположеніе въ степень аксіомы, какъ это сдѣлалъ для разрывовъ шейки *Emmet* («*Princ. u. Prax. der Gynaekologie*», *Leipzig*, 1881, *стр.* 364), но все-таки, въ виду несомнѣнной связи ихъ съ родовыми травмами, мы не можемъ его игнорировать и обходить молчаніемъ, и должны придать ему хотя возможность теоретическаго вѣроятія. — Дѣйствительно, число нерожавшихъ женщинъ, получающихъ ракъ шейки матки, крайне незначительно и едва достигаетъ 7,8%, а по нѣкоторымъ авторамъ, какъ наприм., *Winckel*'ю («*Lehrbuch d. Frauenkrankheiten*», *стр.* 397), только до 1,7%. Между женщинами рожавшими преобладають многорожавшія, и рожавшія болѣе пяти разъ составляютъ 49,2%. Плодовитость раковыхъ больныхъ также значительно выше средней и достигаетъ въ среднемъ до 5,1 ребенка на каждую; точно также тяжелые и оконченные инструментальнымъ путемъ роды встрѣчаются у нихъ въ среднемъ чаще, чѣмъ обыкновенно. Въ 11,3% случаевъ можетъ быть допущено начало развитія рака вслѣдъ за послѣродовымъ періодомъ. Эти процентныя отношенія говорить, по нашему мнѣнію, въ пользу того, что существуетъ какая-то связь между родовыми травмами и послѣдствіями ихъ — цервикальными катаррами и железистыми эрозіями, съ одной стороны, и развитіемъ рака, съ другой. Клиническій опытъ весьма часто убѣждаетъ насъ въ справедливости того, что ракъ шейки матки развивается преимущественно у женщинъ, страдавшихъ до того въ теченіе долгаго времени катарромъ шейки матки.

Приводимые въ качествѣ этиологическаго момента травмы другого рода, какъ, напр., частый и особенно интенсивный coitus и онанизмъ, не могутъ быть съ достаточною доказательностью признаны въ этой роли, чему отчасти противорѣчитъ и невозможность доказать большую частоту рака между puellae publicae. — Предшествовавшія за извѣстное количество времени развитію рака зараженія гонорреею (*Winckel*) и сифилисомъ (*E. Martin*) не могутъ быть еще точно опѣнены, какъ этиологическіе моменты, ибо возможность случайнаго совпаденія не можетъ быть устранена, благодаря частотѣ тѣхъ и другихъ заболѣваній. Приводимое нѣкоторыми авторами (*Scanzoni*) подавленное, угнетенное душевное состояніе, какъ этиологическій моментъ въ развитіи рака матки, встрѣчается въ анамнезѣ больныхъ далеко не часто; можетъ быть, въ нѣкоторыхъ единичныхъ случаяхъ оно и заслуживаетъ извѣстной степени значенія.

Обстановка жизни и матеріальное благосостояніе, вліяющее вообще, на половыя функціи женщины (*Астребовъ*, «*О половой зрѣлости женщинъ. Уроженки и жительницы сѣвера*»; «*Здоровье*», № 83—86, 1878), оказываетъ также значительное вліяніе на частоту развитія рака. *Schroeder* (l. c., стр. 284)

даетъ таблицу, указывающую на значительно большую частоту рака среди бѣднаго, рабочаго класса населенія сравнительно съ людьми, пользующимися лучшею матеріальною обстановкою; такъ, между больными клиническими было 3,6% раковыхъ больныхъ, а въ частной практикѣ его только 2,1%; разница эта еще болѣе бросается въ глаза сравнительно съ статистикою фиброміомъ матки, представляющихъ обратное процентное отношеніе случаевъ, а именно въ клиникѣ — 1,9%, въ частной практикѣ — 5,7%. — Большая частота рака матки въ средѣ рабочаго класса объясняетъ также давно уже замѣченное частое существованіе туберкулезныхъ заболѣваній въ семьяхъ раковыхъ больныхъ.

Всѣ вышеприведенныя цифры относятся къ населенію Европы; оговорка эта необходима, такъ какъ въ Америкѣ и другихъ странахъ свѣта замѣчено, что туземное населеніе (цвѣтныя расы) вдвое рѣже поражается раковымъ новообразованіемъ матки, чѣмъ бѣлокожія женщины, число заболѣваній между которыми, впрочемъ, также меньше, чѣмъ въ Европѣ.

**Припадки и теченіе.** Теченіе болѣзни, обусловливаемое развитіемъ раковаго новообразованія на шейкѣ матки, по припадкамъ, имъ вызываемымъ, можетъ быть раздѣлено на два періода, періодъ скрытаго теченія болѣзни и періодъ рѣзко выраженныхъ симптомовъ.

Первый періодъ обнимаетъ собою время роста новообразованія, до начала его распада и изъязвленія, причѣмъ ракъ занимаетъ только влагалищную часть и не переходитъ еще на окружающія части. Больныя почти не жалуются ни на какіе припадки, — страдая уже давно хроническимъ катарромъ шейки матки, онѣ такъ привыкли къ извѣстному чувству тяжести вверху живота, незначительнымъ болямъ въ поясницѣ и къ слизистымъ или слизисто-гнойнымъ бѣлямъ, что незначительное усиленіе всѣхъ этихъ припадковъ не достаточно обращаетъ на себя ихъ вниманіе. Общее состояніе больныхъ въ это время настолько хорошо и цвѣтуще, что не заставляетъ желать ничего лучшаго. Обыкновенно въ этомъ періодѣ болѣзни больныя обращаются къ врачебной помощи или случайно, по поводу своего хроническаго страданія, или же ихъ начинаетъ беспокоить значительное выдѣленіе серозной, безцвѣтной, безъ особенно дурнаго запаха жидкости, свойственной присутствію панилярныхъ канкроидныхъ разрашеній на влагалищной части матки; — столь нерѣдко встрѣчающійся вначалѣ развитія рака *pruritus pudendorum* служитъ иногда также причиною болѣе ранняго обращенія къ врачу, причѣмъ и опредѣляется истинный характеръ заболѣванія.

Этотъ періодъ скрытаго теченія болѣзни, указывающій, по видимому, на доброкачественный характеръ заболѣванія («*bénignité apparente*» французскихъ авторовъ), можетъ иногда продолжаться довольно долго и не вызывать никакихъ болѣе

серьезныхъ припадковъ, несмотря на весьма уже обширное распространение новообразованія. Возможность такого скрытаго развитія болѣзни дѣлаетъ ракъ шейки матки, по справедливому замѣчанію *Schroeder*'а, еще болѣе злокачественнымъ заболѣваніемъ, такъ какъ, благодаря этому обстоятельству, весьма часто упускается время, когда поражение представляется только мѣстнымъ, ограниченнымъ, и когда излѣченіе еще было бы возможно.

Второй періодъ развитія болѣзни начинается съ момента распадения и изъязвленія опухоли и заключаетъ въ себѣ всю исторію распространенія ея въ окружающихъ тканяхъ и органахъ малаго таза. Но и въ этомъ періодѣ далеко не всегда больныя обращаются къ намъ въ началѣ его, и иногда врачъ видитъ больную въ первый разъ, когда разрушеніе приняло уже громадныя размѣры, и инфильтраты занимаютъ всю околоматочную клѣтчатку, — больная же жалуется только на нѣкоторое обостреніе давно знакомыхъ ей припадковъ, не подозрѣвая о существованіи болѣе серьезнаго заболѣванія. Къ мѣстнымъ симптомамъ, вызываемымъ распаденіемъ, изъязвленіемъ и дальнѣйшимъ распространіемъ раковаго новообразованія на шейкѣ матки относятся кровотеченія, усиленные, иногда ихорозныя выдѣленія и боли.

Кровотеченія представляютъ почти всегда (82% всѣхъ случаевъ) первый припадокъ, обращающій на себя вниманіе больныхъ. Обыкновенно они развиваются или исподволь въ формѣ усиленной потери крови во время регулъ (*menorrhagia*) и ихъ чрезмѣрной продолжительности, или же они наступаютъ вдругъ, въ формѣ нѣсколькихъ пятенъ крови тотчасъ послѣ *coitus*'а, испражнения или же, вообще, какого либо тѣлодвиженія, связаннаго съ повышеніемъ внутрибрюшнаго давленія; иногда же кровотеченіе наступаетъ безъ всякой видимой причины и бываетъ весьма интенсивно, чтѣ наблюдается преимущественно уже спустя нѣкоторое время, при изъязвленіи, проникающемъ болѣе глубоко и захватывающемъ одну изъ болѣе значительныхъ артеріальныхъ вѣточекъ. Нерѣдко кровотеченіе, появившееся въ формѣ *menorrhagiae*, не прекращается вполне по окончаніи менструаціи, и остается еще на долгое время выдѣленіе массы жидкости, окрашенной кровью, имѣющей до извѣстной степени сходство съ мясными помоями.

Появленіе усиленной потери крови еще не всегда скоро обращаетъ вниманіе больныхъ на заболѣваніе. Женщины, имѣющія за 40 лѣтъ отъ роду, принимаютъ такія усиленные регулы за начало наступленія климактерическихъ годовъ и объясняютъ себѣ ихъ тѣмъ, что «крови мѣшаются», пока наконецъ не убѣдятся въ отсутствіи болѣе продолжительныхъ свѣтлыхъ промежутковъ. Женщины за 50 лѣтъ, не имѣвшія уже

въ теченіе нѣсколькихъ годовъ менструальныхъ кровотеченій, весьма склонны считать появляющуюся потерю крови за явление вновь регуль, что въ началѣ особенно поддерживается замѣчаемою ими нѣкоторою періодичностью въ наступленіи кровепотерь.

Частыя и довольно значительныя потери крови безъ всякой болѣе или менѣе правильной періодичности наблюдаются уже довольно рано при папиллярныхъ канкроидахъ; при плоскихъ же, не смотря уже на значительно выраженный распадъ и изъязвленіе, не рѣдко появляются только болѣе или менѣе сильно окрашенная кровью выдѣленія. Кровотеченіе при ракъ шейки матки только весьма рѣдко можетъ болѣе или менѣе отсутствовать, сюда относятся рѣдкіе случаи скирра и случаи, въ которыхъ быстро наступаетъ распаденіе особенно обильно развивающихся раковыхъ элементовъ, крайне быстро инфильтрирующихъ все большіе и большіе пространства, такъ что такія особенно злокачественныя, быстро распадающіяся новообразованія относительно рѣдко сопровождаются болѣе значительными потерями крови. Съ другой стороны кровотеченіе, при ракъ шейки матки можетъ быть весьма значительно, такъ что весьма быстро развиваются всѣ признаки остраго малокровія; кровотеченіе обыкновенно прекращается, и только въ весьма рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ оно можетъ обусловить быстрый летальный исходъ.

Выдѣленія, какъ постоянный мѣстный симптомъ, обуславливаемый присутствіемъ раковой опухоли, представляются обыкновенно весьма обильными и достигаютъ maximum'a своего развитія при болѣе обширныхъ изъязвленіяхъ. Появляются они въ большемъ количествѣ обыкновенно вслѣдъ за кровотечениями и только при папиллярной формѣ канкроида они могутъ имъ предшествовать. Выдѣленія или совершенно прозрачны въ видѣ серозной жидкости, или болѣе или менѣе окрашены кровью, при существованіи распада поверхности раковой опухоли. Къ нимъ примѣшиваются различной величины хлопья омертвѣлой ткани, придавая имъ мутный, грязноватый видъ и окрашивая ихъ то въ сѣрый, то желтый, то темно-коричневый цвѣтъ. Даже и при существованіи уже изъязвленія, вначалѣ эти раковыя выдѣленія могутъ не обладать почти никакимъ запахомъ, и только впоследствии при проникновеніи въ глубь влагалища и на язву новообразованія колоній бактерій получаютъ рѣзкія явленія гніенія, со свойственнымъ этому процессу отвратительнымъ, довольно острымъ запахомъ. Появленіе такого рода отвратительнаго запаха дѣйствительно приходится иногда наблюдать вскорѣ вслѣдъ за примѣненіемъ различныхъ гинекологическихъ манипуляцій безъ соблюденія достодолжной чистоты и дезинфекціи.

Выдѣленія, сильно пахучія, съ примѣсю частицъ ганг्रे-

несцировавшей части опухоли, имѣющія характеръ ихорознаго распада, представляютъ одинъ изъ наиболѣе тяжелыхъ припадковъ, сильно изнуряющихъ физически и нравственно больныхъ; нѣдко никакія дезинфицирующія средства, какъ бы тщательно они ни примѣнялись, не могутъ устранить этотъ пронзительный, отвратительный запахъ, мало-по-малу проникающій во всѣ окружающіе предметы и дѣлающійся невыносимымъ не только самой больной, но и всѣмъ ея окружающимъ.

Боли, какъ первый, раньше другихъ встрѣчающійся припадокъ, при ракѣ шейки матки наблюдается только весьма рѣдко въ нѣкоторыхъ случаяхъ медулярной карциномы, распространяющейся уже иногда въ парацервикальную клѣтчатку, прежде чѣмъ состоялось распаденіе и изъязвленіе опухоли. Обыкновенно боли появляются уже вслѣдъ за кровотечениями и раковыми выдѣленіями. Пока процессъ инфильтраціи раковыми массами ограничивается только влагалищною частью, болевые ощущенія не наблюдаются, и только съ переходомъ инфильтрата на околоматочную клѣтчатку онѣ мало-по-малу развиваются и достигаютъ иногда степени нестерпимыхъ болей различнаго характера. Въ 5—6% всѣхъ случаевъ боли могутъ отсутствовать почти совершенно, обыкновенно же онѣ развивается сначала какъ болевые ощущенія въ крестцѣ, области почекъ, внизу живота, иррадируютъ въ бедра по передней ихъ поверхности, въ область желудка, и, наконецъ, больныя жалуются на боли, распространяющіяся иногда по всему туловищу и конечностямъ. Иныя больныя ощущаютъ ихъ только временно, особенно при испражненіи и мочеиспусканіи, при приступахъ рвоты или кашля, другія же — постоянно, и днемъ, и ночью. Особенной интенсивности эти боли достигаютъ въ случаяхъ обширныхъ, на ощупь весьма твердыхъ, не скоро распадающихся инфильтрацій нѣкоторыхъ карциномъ, быстро распространяющихся на большія пространства по клѣтчаткѣ полости малаго таза; точно также онѣ достигаютъ maximum'a своего развитія при обширныхъ изъязвленіяхъ глубоко заходящихъ въ околоматочную клѣтчатку. Болевые ощущенія этого рода по всей вѣроятности обуславливаются сдавленіемъ раковымъ инфильтратомъ, какъ болѣе крупныхъ нервныхъ стволонъ, такъ и ихъ мелкихъ развѣтвленій, ихъ концевыхъ аппаратовъ, равно какъ и нарушеніемъ ихъ цѣлости при быстро идущихъ распадѣняхъ и изъязвленіяхъ.

Чѣмъ далѣе кверху идетъ инфильтрація тканей матки раковыми элементами, тѣмъ болѣе рѣзко выраженными представляются измѣненія въ брюшинѣ, ее покрывающей. Обыкновенно мы имѣемъ передъ собою мѣстные, ограниченные хроническіе воспалительные процессы. *Perimetritis chronica circumscripta adhaesiva*, какъ мы уже видѣли, представляетъ постоянный спутникъ болѣе рѣзко выраженныхъ случаевъ рака шейки матки.

Болевая ощущенія, сопровождающія эти мѣстныя ограниченныя воспаленія, особенно рѣзко выступаютъ при попыткахъ пальпаціи, — развивается рефлекторное сокращеніе мышцъ передней брюшной стѣнки, и это явленіе на столько постоянно, что *Schröder* считаетъ характернымъ для позднѣйшаго времени теченія болѣзни при ракахъ матки извѣстную особенную твердость передней брюшной стѣнки. Явленія общаго перитонита при ракъ матки приходится наблюдать только весьма рѣдко, въ случаяхъ перфорации въ полость брюшины полости распавшагося участка раковаго инфильтрата, или же проникновенія черезъ Фаллопиеву трубу ихорознаго раковаго распада (*Gusserow*). Накопленіе въ брюшной полости незначительнаго количества асцитической жидкости встрѣчается нерѣдко, развитіе же общаго *carcinosis peritonei*, какъ распространеніе рака шейки, относится къ большимъ рѣдкостямъ.

Появленіе схваткообразныхъ болей въ формѣ маточныхъ коликъ, развивающихся довольно правильно черезъ извѣстные промежутки времени, наблюдается нерѣдко при значительныхъ раковыхъ разраженіяхъ въ каналѣ шейки матки, обуславливающихъ полную его непроходимость. Болѣзненные сокращенія стѣнокъ тѣла матки, старающіяся изгнать изъ его полости скопившееся выдѣленіе, даютъ поводъ къ появленію этихъ схваткообразныхъ болей. Нерѣдко съ прекращеніемъ ихъ наблюдается истеченіе значительнаго количества сливистой или кровянистой жидкости изъ половыхъ органовъ наружу.

Раковая инфильтрація, распространяясь по влагалищу и околослагалищной клѣтчаткѣ книзу, скоро захватываетъ дно мочевого пузыря, появляется болѣзненное мочеиспусканіе и частые позывы къ нему; инфильтрація стѣнокъ мочевого пузыря занимаетъ обыкновенно область *Trigon. Lieutodii* и сосѣднія съ нимъ части. Задержка мочи въ мочевомъ пузырьѣ наблюдается крайне рѣдко и только при инфильтраціи стѣнокъ мочеиспускательнаго канала, обуславливающей мѣстную непроходимость его, или же при пораженіи стѣнокъ самаго пузыря, теряющихъ способность сокращаться. Отсутствіе мочи или малое ея количество зависитъ обыкновенно отъ закупорки мочеточниковъ, — они могутъ быть непроходимыми какъ разъ у мѣста своего впаденія въ мочевой пузырь вслѣдствіе инфильтраціи *Trigon. Lieutodii*, или же нѣсколько выше на ихъ протяженіи при инфильтратахъ въ околослагалищной клѣтчаткѣ. Стѣнки мочеточниковъ относительно только весьма рѣдко представляются занятыми раковыми узлами, обычно они только сдавлены инфильтратомъ окружающей ихъ клѣтчатки. Задержка мочи можетъ быть полная, сопровождаемая бурными припадками острой уремии; большею же частію моча задерживается только на одной сторонѣ, и почка другой стороны функционируетъ усиленнымъ, викарирующимъ образомъ, или же непроходимость мочеточниковъ не полная, и количество мочи пред-

ставляется только значительно уменьшеннымъ. Постепенное развитіе расширенія мочеточниковъ и гидронефроза сопровождается невыносимыми болями въ поясницѣ, области почекъ и внизу живота, распространяющимися также въ бедра. Эти страшныя боли проходятъ иногда сами собою, благодаря распаденію раковыхъ узловъ, сдавливавшихъ мочеточники на ихъ протяженіи, или же быстро наступающее прекращеніе ихъ наблюдается также и при образованіи раковаго пузырно-влагалищнаго свища, причемъ въ область распавшихся частей вошли также закупоренныя участки мочеточниковъ на мѣстѣ прохожденія ихъ черезъ стѣнку мочевого пузыря.

Образованіе *fistulae recto-vaginalis*, какъ мы уже видѣли, наблюдается при ракѣ шейки матки гораздо рѣже, чѣмъ *fistulae vesico-vaginalis*. Со стороны прямой кишки нерѣдко наблюдается развитіе слѣдующихъ przypadковъ: болѣзненное испражненіе, интенсивныя запоры, особенно въ случаяхъ сращенія тѣла матки съ прямою кишкою и значительной инфильтраціи около-кишечной клѣтчатки, развитіе геморроидальныхъ шишекъ, и, при переходѣ процесса на слизистую оболочку *recti*, катарральное состояніе ея распространяется иногда далеко вверхъ по толстымъ кишкамъ, сопророждаясь колликвативными поносами. Дифтеритическія пораженія слизистой оболочки, какъ мочевого пузыря, такъ и прямой кишки, наблюдаемыя иногда при развитіи влоаки, могутъ обусловливать летальный исходъ даннаго случая.

Инфильтрація раковыми элементами тазовой клѣтчатки, приходя въ соприкосновеніе съ большими венозными стволами, какъ *vv. hypogastrica, iliaca interna* и *communis*, даетъ поводъ къ образованію въ нихъ тромбовъ, — развиваются отеки нижнихъ конечностей, принимающихъ характеръ *phlegmasiae albae dolentis*, а съ другой стороны, эмболическій процессъ можетъ обусловить быстрый летальный исходъ отъ закупорки *arteriae pulmonalis*.

Извѣстны случаи рѣзко выраженаго *ischias* при ракѣ шейки матки съ значительнымъ инфильтратомъ тазовой клѣтчатки.

Общее состояніе больныхъ, какъ мы видѣли, въ началѣ болѣзни представляется удовлетворительнымъ, но съ теченіемъ времени подъ вліяніемъ болѣе или менѣе значительныхъ потерь крови и обильныхъ, сильно изнуряющихъ выдѣленій крѣпкое здоровье ихъ все болѣе и болѣе распатываетя. Присоединяющіяся расстройства со стороны желудочно-кишечнаго канала, какъ то: потеря аппетита, тошноты, рвоты, гастралгическія боли, запоры, еще болѣе вліяютъ на ухудшеніе общаго питанія организма, развивается мало-по-малу общее истощеніе. Сильно исхудавшія больныя, съ грязно желтоватымъ оттѣнкомъ дряблой и обвислой кожи, съ легкимъ отечнымъ состояніемъ лица, съ большими, глубоко ввалившимися въ орбиты глазами, съ блѣдными, плотно облегающими зубы губами, съ страдальческимъ,

безнадежнымъ выраженіемъ лица, представляютъ образецъ того, что называютъ *facies cancosa* или *cachexia carcinomatosa*. Въ теченіе болѣзни нерѣдко приходится наблюдать появленіе болѣе или менѣе распространенныхъ отековъ съ нерѣзко-выраженнымъ коматовымъ состояніемъ, притупленіемъ яснаго сознанія, иногда ничѣмъ не укротимую, часто повторяющуюся рвоту, сильныя головныя боли, бессонницу, разстройство зрѣнія и при этомъ значительно уменьшенное количество мочи, нерѣдко содержащей бѣлокъ—припадки хронической уреміи, развивающейся при не полной закупоркѣ мочеточниковъ. Развивающаяся же въ острой формѣ уреміи съ рѣзко выраженнымъ коматовымъ состояніемъ, полной потерей сознанія и общими судорогами обыкновенно быстро убиваетъ больныхъ («*soma fondroyant*» французскихъ авторовъ), и онѣ только рѣдко могутъ еще снова выправиться послѣ такого рода припадка.

Случаи септического зараженія при ракъ шейки матки весьма рѣдки и встрѣчаются почти исключительно только послѣ свѣженанесенныхъ раненій, при небрежныхъ манипуляціяхъ въ половыхъ органахъ, или же послѣ операціи. Такое отсутствіе септическихъ заболѣваній, не смотря на присутствіе большихъ ихорозныхъ изъязвленій, вполне объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что изъязвляющаяся раковая инфильтрація не содержитъ въ себѣ здоровыхъ, способныхъ всасывать, лимфатическихъ сосудовъ и образуетъ такимъ образомъ преграду между здоровыми тканями организма и ихорозною поверхностью раковаго изъязвленія.

Причинами, обусловливающими смерть больныхъ, чаще всего наблюдаются уремія и общее истощеніе (*marasmus*), иногда съ довольно рѣзко выраженнымъ амилоиднымъ перерожденіемъ большихъ органовъ полости живота, гораздо рѣже — развитіе острыхъ заболѣваній, каковы общій перитонитъ, пневмонія, *pleuritis*, *embol. arter. pulmonalis* и *dysenteria*.

Кромѣ только что приведенныхъ припадковъ и картины болѣзни рака шейки матки у женщинъ внѣ половыхъ функцій ея, мы видимъ, что и эти послѣднія претерпѣваютъ также извѣстныя уклоненія, отъ нормы, и иногда нарушеніе ихъ на столько значительно, что можетъ быть причиною даже летальнаго исхода случая. Особенно опаснымъ является вліяніе рака шейки на правильное теченіе и благополучное окончаніе родового акта. Въ началѣ заболѣванія половое влеченіе у женщинъ представляется даже нѣсколько повышеннымъ, быть можетъ при этомъ играетъ не послѣднюю роль наблюдающійся *pruritus pudendorum*. Забеременѣваніе происходитъ легко въ первый періодъ развитія рака, во второй же, при существованіи изъязвленія и ихорознаго выдѣленія, болѣе затруднено и наблюдается рѣже, хотя можетъ наступить, не смотря на обильныя раковыя ихорозныя выдѣленія и уже значительныя разрушенія влагалищной части. Те-



ченіе беременности большею частью зависитъ отъ степени распространенія раковыхъ пораженій: при ограниченномъ еще только заболѣваніи одной влагалитной части беременность обыкновенно достигаетъ своего нормальнаго конца, при распространеніи же на нижній сегментъ матки она преждевременно прерывается вслѣдствіе недостаточной возможности къ дальнѣйшему росту со стороны этого послѣдняго, равно какъ и обильныя кровотеченія обуславливаютъ также иногда преждевременную смерть плода. Съ наступленіемъ этой послѣдней развиваются сокращенія матки, долженствующія изгнать содержимое ея полости, но, встрѣчая препятствія со стороны неуступчивой и неспособной къ растяженію шейки, они оказываются недостаточными. Существуютъ въ литературѣ наблюденія, указывающія на возможность остановки начавшейся сократительной дѣятельности матки и на отхожденіе по частямъ мацерированнаго разложившагося плода. Случаи такихъ остановившихся родовъ, «*missed labour*» англичанъ, въ особенности въ концѣ нормальнаго срока беременности, должны быть подвергаемы строгому и точному изслѣдованію, такъ какъ возможность смѣшать ихъ со случаями внѣматочной беременности весьма велика, и уже не разъ они давали поводъ къ такого рода ошибкамъ (E. Müller. «*De la grossesse utérine prolongée indéfiniment ou rétention illimitée de l'oeuf dans la matrice (Missed labour des anglais)*», Paris, 1878.)

Подъ вліяніемъ беременности, усиленнаго роста всего полового аппарата женщины раковая опухоль представляетъ также болѣе роскошный и быстрый ростъ, особенно рѣзко это замѣчается при папиллярныхъ канкроидахъ. Относительно только въ рѣдкихъ случаяхъ новообразование въ теченіе всей беременности остается *in statu quo*.

Роды, наступающіе въ срокъ, могутъ окончиться вполне благополучно и легко, если новообразование занимаетъ только одну которую нибудь сторону шейки; при существованіи только весьма незначительнаго свободнаго отъ инфильтрата участка периферіи зѣва матки, раскрытіе его, вполнѣ достаточное для прохожденія головки, происходитъ на счетъ этого уцѣлѣвшаго здороваго участка ткани. При раковой инфильтраціи всей шейки роды иногда еще возможны, благодаря весьма энергичной сократительной дѣятельности матки; раскрытіе шейки можетъ произойти путемъ надрывовъ ея, дѣти при этомъ рождаются обыкновенно мертвыя, умирая *sub partu* вслѣдствіе сильной родовой травмы. Случаи болѣе глубокаго распространенія рака, при инфильтраціи околوماتочной клѣтчатки, обуславливаютъ уже полную невозможность окончанія родового акта только силами природы; усиленные сокращенія мускулатуры матки не могутъ уже преодолѣть препятствія и при отсутствіи помощи со стороны искусства обуславливаютъ такъ называемый произвольный разрывъ матки

sub partu. Течение послѣродового періода въ случаяхъ рака шейки матки представляется въ полной зависимости отъ интенсивности родовой травмы. Легкіе роды сопровождаются обыкновенно правильнымъ, безлихорадочнымъ послѣродовымъ періодомъ; трудные же, съ обширными нарушеніями цѣлости раковыхъ инфильтратовъ и здоровыхъ частей, большею частію осложняются тѣми или другими септическими заболѣваніями; быстрое ихорозное распаденіе опухоли вслѣдствіе разможенія наблюдается нерѣдко. Метрофлебиты съ послѣдовательною піэміею иногда представляютъ исходную точку летальнаго исхода.

Продолжительность болѣзни при ракъ шейки матки весьма различна; не зная обыкновенно, даже приблизительно, сколько времени продолжался первый, скрытый періодъ болѣзни, мы можемъ только опредѣлять продолжительность втораго періода. Съ начала появленія припадковъ изъязвленія до летальнаго исхода при карциномахъ матки проходитъ обыкновенно около 18 мѣсяцевъ, при канкроидахъ—около 36. Кромѣ строенія рака на быстроту теченія его оказываетъ еще вліяніе возрастъ больной: у молодыхъ развитіе новообразованій идетъ быстрее, у старухъ же иногда поразительно медленно. Исключая болѣе рѣдкіе, крайніе случаи, какъ весьма быстрого (3—5 мѣсяцевъ), такъ и весьма продолжительнаго теченія (3—5 лѣтъ), мы не ошибемся, если примемъ для средняго счета продолжительность теченія болѣзни равною отъ одного года до полутора лѣтъ.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** Результаты объективнаго гинекологическаго изслѣдованія при ракъ шейки матки въ большинствѣ случаевъ до такой степени опредѣленны, что распознаваніе даннаго заболѣванія представляется далеко не труднымъ, и ошибка почти невозможна, если только были примѣнены всѣ современные методы изслѣдованія. Конечно, если довѣряясь своей опытности, ограничиваться только общимъ видомъ больной, зловонными выдѣленіями и присутствіемъ какой-то ихорозно распадающейся массы во влагалищѣ, и не дать себѣ труда точно опредѣлить характеръ и мѣсто ея развитія, то возможно принять за ракъ шейки не только ихорозно распадающіяся фиброміомы тѣла матки, но даже и задержанные части яйца послѣ выкидыша или часть дѣтскаго мѣста послѣ срочныхъ родовъ. Возможность такого рода ошибокъ можетъ встрѣтиться только при крайне поверхностномъ объективномъ изслѣдованіи и въ настоящее время совершенно непростительна.

Уже одно только внутреннее гинекологическое изслѣдованіе въ періодѣ изъязвленія и распаденія раковыхъ новообразованій въ большинствѣ случаевъ даетъ вполне удовлетворительные результаты. При папиллярныхъ канкроидахъ мы находимъ влагалище болѣе или менѣе выполненнымъ значительныхъ размѣровъ опухолью, представляющеюся на ощупь мягкой, грубо- и мелко-

дольчатою, весьма легко кровоточащею. Эта способность раковых опухолей легко кровоточить должна быть всегда принимаема въ расчетъ при производствѣ гинекологическаго изслѣдованія: мы должны стараться насколько возможно осторожно манипулировать во влагалищѣ, иначе можемъ обусловить въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма интенсивную потерю крови, требующую специальныхъ мѣръ для остановки. При болѣе значительной величинѣ опухоли папиллярнаго канкроида осторожность эта особенно показуется при усиліяхъ достигъ изслѣдующимъ пальцемъ до основанія ея и при опредѣленіи мѣста нахождения и характера наружнаго отверстія матки. — Плоскіе канкроиды, развивающіеся въ видѣ грибной шляпки («*champignons cancéreux*» *Malgeigne*'a) требуютъ также точнаго опредѣленія характера ихъ основанія и непременно мѣстонахождения *orificii externi*, чтобы не впасть въ грубую ошибку и не принять частичный выворотъ матки съ изъязвившеюся поверхностью за раковое новообразование шейки.

Случай изъязвившагося и на столько уже распавшагося рака, что передъ нами находится только обширная язва, а не опухолевидное образование, представляютъ обыкновенно весьма характерные признаки раковой язвы. Дно такой язвы не ровное, клочковатое, болѣе выступающія части легко отламываются пальцемъ, края ея разворочены, инфильтрированы, рѣзко выступаютъ надъ поверхностью; если уже разрушена вся влагалищная часть, то форма язвы кратеровидная, нерѣдко края ея переходятъ уже на стѣнки влагалища. Входъ въ матку на протяженіи канала шейки или на уровнѣ внутренняго отверстія опредѣляется лежащимъ глубоко на днѣ язвы. Выдѣленія при этомъ обильны, содержатъ значительную примѣсь различной величины, неправильной формы кусочковъ омертвѣвшей раковой ткани.

Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе, особенно производимое *per gestum*, даетъ возможность довольно точно опредѣлять степень распространенія раковаго инфильтрата въ околоматочной клѣтчаткѣ. Особенно примѣненіе этого метода изслѣдованія даетъ цѣнныя данныя въ случаяхъ перваго періода развитія рака, когда отъ степени его распространенія въ клѣтчаткѣ зависитъ рѣшеніе вопроса о возможности и цѣлесообразности производства радикальной операціи его удаленія. Для болѣе точнаго изслѣдованія требуется примѣненіе хлороформированія. Введя два пальца правой руки во влагалище или въ прямую кишку и фиксируя лѣвою рукою черезъ брюшныя стѣнки внутренности малаго таза, мы можемъ весьма обстоятельно изслѣдовать состояніе тазовой клѣтчатки и опредѣлять степень распространенія раковаго инфильтрата. Въ первомъ періодѣ развитія мы стараемся опредѣлить, нѣтъ ли уже въ клѣтчаткѣ около шейки матки увеличенныхъ лимфатическихъ железокъ и характерныхъ четкообразныхъ утолщеній, обусловливаемыхъ ходомъ

раковаго инфильтрата по лимфатическимъ сосудамъ. Путь распространения инфильтрата по основанію широкихъ связокъ и по lig. sacro-uterina долженъ быть тщательно ощупанъ, и точно опредѣлено состояніе этихъ связокъ.

Болѣе точно опредѣлить характеръ мѣстныхъ измѣненій, обуславливаемыхъ раковымъ новообразованіемъ въ началѣ его развитія, возможно только при помощи изслѣдованія зеркалами. Лучше всего пользоваться для этой цѣли ложкообразными и низводить при этомъ матку на сколько возможно, такъ чтобы вся влагалищная часть была вполне доступна зрѣнію. Ракъ, каковаго бы онъ вида ни былъ, представляетъ всегда инфильтрацію тканей разрастающимися эпителиальными клѣтками и по этому уже въ самомъ раннемъ періодѣ развитія имѣетъ характеръ опухоли; инфильтрированная ткань припухаетъ и до извѣстной степени проминируетъ надъ поверхностью. Эту особенность мы встрѣчаемъ при ракъ шейки матки всегда до появленія изъязвленія.

При канкроидѣ наружной поверхности влагалищной части новообразованіе представляется намъ въ формѣ болѣе или менѣе различной величины пятна, рѣзко выстоящаго надъ поверхностью, отличающагося кромѣ того своимъ желтоватымъ цвѣтомъ отъ окружающихъ его тканей; поверхность его также блестящая, какъ и всей наружной поверхности *portiois vaginalis*, но она уже не такая гладкая, а слегка бугристая, причемъ нерѣдко эти бугорчатые возвышенія еще болѣе рѣзко желтаго цвѣта. Окружающія ткани вокругъ такого раковаго инфильтрата обыкновенно гиперемированы, болѣе краснаго цвѣта и содержатъ сосуды, видимые простымъ глазомъ.

*Carcinoma cylindrocellulare*, развивающаяся почти всегда на участкахъ слизистой оболочки, вывернувшихся наружу, вслѣдствіе эктропіона губъ влагалищной части, представляетъ также характерныя измѣненія, отличающія ее отъ окружающихъ частей. Среди насыщено-красной, мягкой, состоящей изъ железистыхъ разраженій слизистой оболочки эрози замѣчается плоское, обыкновенно овальное, болѣе желтоватое пятно, своимъ длиннымъ діаметромъ идущее по длиннику шейки; проводя по немъ пальцемъ, мы убѣждаемся, что оно плотнѣе окружающей ткани и слегка проминируетъ надъ поверхностью, его поверхность не гладка и даетъ ощущеніе какъ бы песчинокъ подъ пальцами. Распространеніе его по плоскости, отсутствіе полушарообразнаго выпячиванія рѣзко отличаютъ его отъ кистовиднаго образованія большей величины (*ovula Nabothi*), наполненнаго гнойнымъ содержимымъ.

*Carcinoma medullare*, развивающаяся въ толщѣ тканей шейки, въ началѣ своего развитія обуславливаетъ только опредѣляемое нами увеличеніе этой послѣдней и притомъ не равномерное: мы

видимъ всегда увеличенную только одну ея часть въ видѣ бугра, значительно выступающаго надъ поверхностью и сидящаго на широкомъ основаніи; слизистая оболочка, покрывающая его, нормальна и иногда только болѣе гиперемирована. Рѣдко удается видѣть только одинъ такой бугоръ, — мнѣ приходилось видѣть ихъ всегда нѣсколько, причемъ который нибудь изъ нихъ представлялся уже изъязвленнымъ и образующимъ характерную глубокую небольшую раковую язву съ значительно подрытыми краями. При карциномѣ же — вѣрнѣе, при возбуждающихъ подозрѣніе бугрообразныхъ утолщеніяхъ шейки матки — уже весьма рано могутъ быть опредѣлимы въ корнѣ широкихъ связокъ и ретроцервикальной клѣтчаткѣ мѣстныя утолщенія, указывающіе на начало диссеминаціи и распространеніе процесса въ тазовую клѣтчатку.

Не довольствуясь вышеизложенными макроскопическими признаками начинающаго развиваться раковаго новообразованія, въ случаяхъ неотложной необходимости несомнѣннаго, точнаго діагноза, должно считаться показаннымъ удаленіе пробныхъ частицъ новообразованія для производства гистологическаго изслѣдованія. Удаленіе ихъ при соблюденіи надлежащей чистоты и обеззараженія представляетъ совершенно безопасную, маленькую операцію. Для удобства микроскопическаго изслѣдованія и полученія болѣе убѣдительныхъ срѣзовъ не надо довольствоваться удаленіемъ частицъ ножницами, а лучше производить вырѣзываніе клиновиднаго куска двумя глубокими взмахами скальпеля. На получающуюся при этомъ раненую поверхность въ видѣ клина весьма цѣлесообразно накладывать швы: заживленіе *per primam* наблюдается только въ здоровыхъ тканяхъ, инфильтрированныя же раковыми элементами обыкновенно не заживаютъ; въ этой особенноти мы имѣемъ, слѣдовательно, также одинъ изъ критеріевъ, позволяющихъ намъ судить о характерѣ почвы, изъ которой былъ вырѣзанъ клинообразный участокъ ткани для дальнѣйшаго изслѣдованія. Предложеніе не довольствоваться удаленіемъ незначительнаго кусочка, а удалять всю влагалищную часть, производя *lege artis* ампутацію ея въ сомнительныхъ случаяхъ, и потомъ уже, изслѣдуя отрѣзанную часть, убѣждаться, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, далеко не всегда удобно, такъ какъ въ случаѣ, если бы оказался дѣйствительно ракъ, дальнѣйшая операція вырѣзыванія всей матки черезъ влагалище могла бы быть нѣсколько затруднена, вслѣдствіе отсутствія *portionis vaginalis* и смѣщенія тканей сводовъ.

Относительно дифференціального распознаванія рака шейки матки въ періодъ его изъязвленія, мы должны только повторить уже сказанное относительно распознаванія его, вообще. Смѣшать ракъ съ чѣмъ бы то ни было при достаточно точномъ

изслѣдованіи почти невозможно, и только какія-либо особыя, непредвидѣнныя обстоятельства могутъ объяснить подобную ошибку, какъ напр. было въ случаѣ *Schroeder'a* (1. с. стр. 298), принявшаго за раковую язву изъязвившуюся подъ вліаніемъ повторныхъ глубокихъ прижиганій полуторахлористымъ желѣзомъ маленькую фиброміому шейки и замѣтившаго свою діагностическую ошибку только уже во время операціи.

Не изъязвившійся ракъ шейки матки уже гораздо легче можетъ послужить къ неточному распознаванію; такъ развивающіяся еще карциномы, увеличивающія объемъ шейки, могутъ быть приняты за гипертрофію ея, и обратно. Присутствіе болѣе или менѣе значительнаго числа *ovula Nabothi* и равномерность увеличенія объема шейки говорятъ обыкновенно за хроническіе воспалительные процессы; присутствіе же характерныхъ глубокихъ язвъ — за ракъ шейки.

Весьма трудно иногда отличить уже ясно опредѣлившійся узелъ карциномы отъ небольшой величины внутристеночной фиброміомы шейки. Болѣе рѣзкія границы этой послѣдней отъ окружающей ткани, отсутствіе воспалительныхъ явленій въ окружности и ея относительно большая плотность позволяютъ иногда поставить вѣрный діагнозъ; въ случаѣ же существующаго сомнѣнія позволительно произвести разрѣзъ черезъ толщу узла, и поверхность его, столь различная при *carcinoma medullare* и фиброміомѣ, сразу рѣшаетъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, такъ что вырѣзываніе пробнаго куска дѣлается даже лишнимъ. Начальный періодъ развитія напиллярнаго канкроида, когда опухоль не велика и напоминаетъ собою пѣтушій гребешокъ, можетъ дать поводъ предположить присутствіе острой кондиломы; но множественность этихъ послѣднихъ и отсутствіе инфильтраціи въ основаніи опухоли исключаютъ сразу это предположеніе. Не смотря на характерный видъ сифилитическихъ язвъ, встрѣчающихся, хотя и рѣдко, на влагалищной части, дифференціальный діагнозъ ихъ отъ язвенныхъ поверхностей раковаго происхожденія можетъ быть иногда настолько затруднительнымъ, что дѣлается необходимымъ удаленіе пробныхъ частицъ для микроскопическаго изслѣдованія. Измѣненія слизистой оболочки влагалищной части при дифтерическихъ воспаленіяхъ верхней части влагалища и развивающіяся при этомъ язвы и обильныя, вонючія выдѣленія могутъ ввести также въ заблужденіе, но общая картина болѣзни и повторное изслѣдованіе весьма скоро разсѣютъ всякое сомнѣніе. Принять только что начинающую развиваться язву раковаго новообразованія на слизистой оболочкѣ шейки матки за железистую эрозію также при внимательномъ осмотрѣ трудно, такъ какъ уже простымъ глазомъ можно точно опредѣлить неизъязвленную, покрытую эпителиемъ поверхность эрозіи.

Приведенныя данныя говорятъ уже достаточно въ пользу того, что ракъ и въ началѣ своего развитія можетъ быть узнанъ, и распознаваніе его, особенно при микроскопическомъ изслѣдованіи удаленныхъ частицъ, остается внѣ всякаго сомнѣнія, такъ что методъ постановки его *ex juvantibus et posentibus* въ обыкновенныхъ случаяхъ оказывается совершенно излишнимъ и можетъ быть примѣнимъ развѣ только при особыхъ обстоятельствахъ и показаніяхъ.

**Предсказаніе.** Какъ мы уже видѣли, больныя, имѣющія ракъ шейки матки, обращаются за врачебною помощью по преимуществу только въ періодѣ распадѣнія и изъязвленія новообразованія, когда уже раковый инфильтратъ занялъ болѣе или менѣе обширныя пространства. Это обстоятельство вполнѣ объясняетъ, почему предсказаніе наше обыкновенно весьма неудовлетворительно и даже *quo ad vitam* весьма печально. — Самопроизвольнаго излѣченія нѣтъ, хотя извѣстны случаи, въ которыхъ таковое якобы наблюдалось, но всѣ они относятся, по всей вѣроятности, къ категории діагностическихъ ошибокъ при ихорозныхъ распадѣніяхъ доброкачественныхъ новообразованій матки. — Предсказаніе въ начальномъ періодѣ развитія рака шейки матки, особенно при канкроидахъ, когда новообразование рѣзко локализовано и еще не успѣло проникнуть въ клѣтчатку, представляется далеко не такимъ ужасающимъ; надлежащее хирургическое пособіе можетъ увѣнчаться полнымъ успѣхомъ. При мозговидныхъ же ракахъ, не смотря на незначительную величину раковаго узла, предсказаніе наше должно быть поставлено крайне осторожно, такъ какъ, не смотря на полное удаленіе такого узла и прилежащихъ къ нему, по видимому, здоровыхъ тканей, рецидивы наблюдаются почти безъ исключенія, такъ какъ распространеніе ихъ по лимфатической системѣ глубоко въ околмышечную клѣтчатку представляетъ присущее имъ явленіе даже въ самые ранніе періоды развитія.

**Лѣченіе.** Точно распознанное присутствіе рака на шейкѣ матки составляетъ уже *eo ipso* показаніе къ радикальному удаленію его, какъ, вообще, каждой злокачественной опухоли. Но такъ какъ больныя обращаются за нашею помощью въ различные періоды его развитія и особенно часто въ періодѣ его обширнаго и глубокаго распространенія, то радикальное удаленіе его далеко не всегда возможно, и наше лѣченіе по этому распадается на радикальное и симптоматическое.

Радикальное лѣченіе состоитъ въ полномъ удаленіи всего новообразованія и можетъ быть удовлетворительно достигнуто только оперативнымъ путемъ. Всѣ прижиганія и выжиганія различнаго рода фѣдкими средствами или каленымъ желѣзомъ представляются недостаточно точными въ своемъ дѣйствіи, такъ какъ мы не можемъ никогда точно опредѣлить глубины ихъ дѣйствія. Удаленіе же новообразованія ножомъ предпочтительно уже по-

тому, что поверхность разрѣза у насъ передъ глазами, и мы можемъ, насколько только это доступно невооруженному зрѣнію, относительно точно опредѣлять состояніе тканей, по которымъ мы проводимъ его произвольно.

Смотря по результатамъ объективнаго изслѣдованія и нашего діагноза, мы относительно достаточно знаемъ глубину распространенія рака въ данномъ случаѣ и ткани, которыя уже вовлечены въ процессъ. Принимая во вниманіе эти данныя и общее правило при удаленіи злокачественныхъ новообразованій производить удаленіе ихъ разрѣзомъ, проходящимъ на 1—1,5 см. отступя отъ опухоли въ здоровыхъ тканяхъ, мы должны модифицировать самый планъ операціи, сообразуясь съ особенностями даннаго случая. — Благодаря этому, существуютъ слѣдующіе четыре оперативныхъ метода, которыми мы падѣмся удалить всѣ пораженныя ткани, смотря по распространенію рака: 1) *amputatio colli uteri infravaginalis s. amputatio portionis vaginalis*, 2) *amputatio colli uteri supravaginalis*, 3) *extirpatio uteri vaginalis*, и 4) *extirpatio uteri per laparotomiam*.

*Ампутація влагалищной части* можетъ быть произведена съ цѣлью радикальнаго удаленія рака только въ относительно рѣдкихъ случаяхъ. Канкроиды, развивающіеся на наружной поверхности *portionis vaginalis* и представляющіеся намъ еще только въ видѣ рѣзко ограниченнаго, возвышающагося надъ поверхностью, желтоватаго пятна или въ видѣ папиллярныхъ, рѣзко ограниченныхъ на маломъ пространствѣ разраженій, подлежатъ этой операціи, такъ какъ граница инфильтраціи ткани новообразованіемъ еще далеко не доходитъ до влагалищныхъ сводовъ. Но такъ какъ въ такомъ раннемъ періодѣ развитія рака приходится встрѣчать больныхъ лишь случайно и весьма рѣдко, то и ампутація только одной влагалищной части относится, какъ мы уже сказали, къ рѣдкимъ операціямъ при лѣченіи рака шейки матки. Операція эта при существованіи сказанныхъ условій производится по общимъ правиламъ всякой ампутаціи влагалищной части (рис. 288); она можетъ быть произведена или экразеромъ, или гальванокаустической петлей, или же ножомъ. Мы предпочитаемъ удалять влагалищную часть ножомъ, какъ это было уже изложено нами при разборѣ, вообще, деталей этой операціи (см. стр. 449).



Рис. 288.



Случаи полного излѣченія путемъ ампутаціи влагалищной части, въ которыхъ больныя не имѣли рецидива въ теченіе 10—20 лѣтъ со дня операціи и, слѣдовательно, должны быть считаемы совершенно выздоровѣвшими, — были уже точно наблюдаемы. Я упомяну только о случаѣ *J. Simpson'a*, видѣвшаго свою больную здоровою черезъ 15 лѣтъ послѣ операціи, при чемъ анатомическій діагнозъ отнятой опухоли былъ поставленъ извѣстнымъ эдинбургскимъ патолого-анатомомъ *Goodsir'омъ* (цитир. по *Gusserow'у*, l. c., стр. 228), и случаи *C. Braun'a* (*ibidem*. стр. 229) ампутаціи раковоперерожденной влагалищной части гальванокаустическою петлею, при чемъ нѣкоторыя больныя совершенно здоровы еще черезъ 8, 12 и 19½ лѣтъ, и *Гриневальда* («*Archiv. f. Gynaek.*», XI, 1877, стр. 510), ампутировавшаго также гальванокаустической петлею грибовидный канкроидъ, при чемъ больная черезъ 5 лѣтъ еще не имѣла рецидива.

Канкроиды, разросшіеся до болѣе уже значительныхъ размѣровъ, распространившіеся до сводовъ влагалища и перешедшіе уже отчасти на стѣнку его, не могутъ быть удалены только одною ампутаціею влагалищной части. Для удаленія этихъ формъ рака шейки матки *Schroeder'омъ* была предложена *надвлагалищная ампутація шейки* (*amputatio colli-uteri supravaginalis*) («*Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekologie*», III, 1878, стр. 419). Производится эта операція («*Zeitschrift für Geb. u. Gynaekol.*», VI, 1881, стр. 218,) слѣдующимъ образомъ: послѣ надлежащей дезинфицирующей промывки влагалища, влагалищная часть захватывается крѣпкими пулевыми или Мюзеевскими щипцами, и матка низводится на сколько можно ниже, такъ что *osificium externum* приходится на уровнѣ входа влагалища. Больная въ полномъ наркозѣ помѣщается при этомъ въ ягодично-спинномъ положеніи на краю операціоннаго стола. Фиксировавъ влагалищную часть и оттянувъ ее на сколько возможно болѣе кзади, намъ дѣлается совершенно доступнымъ низведенный передній сводъ; отступя на 1,0—2,0 см. отъ края раково-инфильтрированныхъ частей, производится полулунный разрѣзъ слизистой оболочки влагалища, проникающій черезъ всю ея толщю и вскрывающій порацервикальную клѣтчатку передней поверхности шейки. Исходя отъ этого разрѣза, весьма легко удастся отдѣлить мочевой пузырь отъ шейки вплоть до брюшины *excavationis vesico-uterinae*; это отдѣленіе достигается препаровкою тупыми инструментами или лучше всего пальцами, только рѣдко клѣтчатка въ этомъ мѣстѣ на столько плотна, что мѣстами ее приходится перерѣзывать ножницами. Благодаря этому отдѣленію, мочевой пузырь и мочеточники при фиксированной книзу маткѣ легко отходятъ на столько кверху, что при дальнѣйшемъ ходѣ операціи нѣтъ никакой опасности произвести ихъ пораненіе. Покончивъ съ отдѣленіемъ

передняго свода, влагалищная часть, захваченная щипцами, переводится на сколько возможно болѣе кпереди, и задній сводъ дѣлается доступнымъ. Здѣсь точно такъ же, какъ и въ переднемъ, производится полулунный разрѣзъ всей толщи слизистой оболочки влагалища, кончающійся съ обѣихъ сторонъ въ разрѣзъ передняго свода. Пальцемъ идя по клѣтчаткѣ, отдѣляется слизистая оболочка влагалища и шейки отъ покрывающей ихъ брюшины *excavationis recto-uterinae* почти вплоть до уровня *orificii interni*; нерѣдко при этомъ приходится нарушать цѣлость брюшины; эти разрывы или тотчасъ же зашиваются швами изъ *catgut'a*, или же часть брюшины, покрывающая шейку, удаляется вмѣстѣ съ нею, а образовавшееся окно въ Дугласовомъ пространствѣ зашивается впоследствии при общемъ наложеніи швовъ на заднюю часть образовавшейся культи. Уже болѣе труднымъ и кропотливымъ представляется отдѣленіе шейки въ боковыхъ сводахъ, — соединительная ткань здѣсь гораздо плотнѣе и содержитъ значительной величины кровеносныя сосуды. Отдѣленіе должно быть произведено острыми инструментами; для избѣжанія болѣе значительнаго кровотечения, перевязка ткани можетъ производиться наложеніемъ, помощью обкалыванія, лигатуръ на *art. uterinae*, или же безъ нихъ, причемъ, тотчасъ же послѣ перерѣзки большихъ артеріальныхъ вѣтвей, онѣ захватываются сжимающими пинцетами, и каждая отдѣльно перевязывается; благодаря значительному смѣщенію матки книзу и натяженію тканей, артеріи эти при ихъ перерѣзкѣ кровоточать не особенно сильно. — Отпрепаровавъ такимъ образомъ всю шейку отъ окружающихъ частей, прежде чѣмъ (рис. 289) отрѣзать ее на уровнѣ внутренняго отверстія, весьма удобнымъ оказывается произвести расщепленіе ея въ обѣ стороны и затѣмъ уже отрѣзать каждую часть отдѣльно (см. стр. 380). Первою отрѣзается получившаяся такимъ образомъ передняя губа; разрѣзъ скалпелемъ черезъ толщу стѣнки матки ведется нѣсколько косо кверху, такъ что удаляется даже часть стѣнки тѣла, лежащая тотчасъ у *orificium internum*. Удаливъ переднюю губу, тотчасъ же накладываютъ глубокіе швы, соединяющіе слизистую оболочку влагалища со слизистой оболочкою матки въ области *orificii interni*; швы эти должны захватывать, кромѣ сказанныхъ слизистыхъ оболочекъ, также и ткани области дна мочевого пузыря, для того чтобы по завязываніи ихъ не образо-



Рис. 289.

валось пространства, могущаго служить для развитія послѣдовательной haemotom'ы. Завязавъ эти швы тотчасъ же по ихъ наложеніи, мы можемъ помощью ихъ весьма удобно удерживать матку въ данномъ положеніи и приступаемъ къ удаленіи задней губы. Отрѣзая ея, какъ переднюю, и накладывая тоже глубокія швы для соединенія слизистой оболочки задней стѣнки влагалища съ слизистой оболочкою матки, мы получаемъ еще незащитыми зіяющія раны по обѣ стороны культи. Наложеніе швовъ на нихъ производится легко, и мы стараемся только придать направленіе имъ насколько возможно перпендикулярное къ ходу артерій данной области, чтобы такимъ образомъ быть еще болѣе гарантированными отъ возможности вторичнаго кровотеченія.

Путемъ этихъ операцій, какъ мы видимъ, можетъ быть удалена вся шейка матки цѣликомъ или любая часть ея. Кромѣ того, производя разрѣзы, мы можемъ всегда контролировать зрѣніемъ состояніе тканей, черезъ которыя они проходятъ. — Канкроиды, занимая всю поверхность влагалищной части, нерѣдко, какъ уже было упомянуто выше, переходятъ гораздо ранѣе на стѣнки сводовъ влагалища, чѣмъ распространяются по ткани ея кверху по направленію къ *orificium internum*. Путемъ надвлагалищной ампутаціи шейки можетъ быть удалена не только вся шейка, но и довольно значительная часть стѣнокъ влагалища. *Schroeder* удалялъ даже болѣе, чѣмъ половину всего влагалища. При соблюденіи и строгомъ выполненіи мѣръ антисептики операція эта, хотя связанная со вскрытіемъ на большомъ протяженіи рыхлой околوماتочной клѣтчатки и нерѣдко брюшины Дугласова пространства, даетъ небольшой процентъ смертности, въ рукахъ *Schroeder*'а не превышавшій 9,5%.

Патологическая анатомія учитъ насъ, что путь распространенія карциномъ въ шейкѣ матки значительно разнится отъ таковаго канкроидовъ. Карциномы, развиваются ли онѣ на слизистой оболочкѣ канала шейки или болѣе глубоко въ ея тканяхъ, уже весьма рано, часто даже прежде, чѣмъ поражается парацервикальная клѣтчатка, даютъ диссеминаціи въ области внутренняго отверстія и выше въ стѣнкахъ тѣла матки. Для этихъ случаевъ удаленіе только одной шейки будетъ уже недостаточно, и мы должны производить экстирпацію всей матки.

*Extirpatio uteri totalis* можетъ быть произведена или путемъ чревосѣченія (*laparohysterectomy*), или же черезъ влагалище (*colpohysterectomy*); первая изъ нихъ даетъ гораздо болѣе большой процентъ смертности отъ операціи, чѣмъ послѣдняя, причемъ количество удаляемыхъ тканей одно и то же, такъ что безспорно преимущества остаются за операціею вырѣзыванія матки чрезъ влагалище, тогда какъ путемъ чревосѣченія она производится только въ особенныхъ, какъ мы увидимъ ниже, имѣющихъ свои собственныя показанія случаяхъ.

*Вырѣзываніе матки черезъ влагалище* производилась въ единичныхъ случаяхъ уже давно, но методъ ея не былъ выработанъ, и она давала ужасающую смертность. Уже въ началѣ настоящаго столѣтія въ Германіи *К. М. Langenbeck* произвелъ ее съ успѣхомъ въ 1813 году; *Blundell* въ Англіи въ 1828 г., во Франціи *Récamier* въ 1829 г., у насъ въ Казани *Киттеръ* и *Елацичъ* въ 1847 г. (цитиров. по *Заяицкому, Дисс. Москва, 1887 г., стр. 96*). *Киттеръ*, изслѣдовавшій свою больную черезъ 14 лѣтъ послѣ операціи, нашелъ ее совершенною здоровою. Въ 1878 году *Czermy* произвелъ экстирпацію матки черезъ влагалище по методу, нѣсколько болѣе разработанному послѣдующими операторами, но въ главныхъ своихъ чертахъ сохранившемуся и до настоящаго времени. Мы увидимъ при изложеніи техники производства операціи, что идея метода ея была уже вполне подготовлена только что изложенной нами надвлагалищной ампутаціею шейки матки, предложенною за годъ передъ тѣмъ *Schroeder*'омъ. Въ Россіи въ первый разъ она была произведена *А. Н. Соловьевымъ* въ Москвѣ въ 1881 году и *А. И. Байковымъ* въ Петербургѣ въ 1882 г. («*Медиц. Обзоръ*» 1881, XVI, стр. 503. «*Протоколы Общ. Русск. врачей въ С.-Петербур. 1882—1883 г.*»).

*Extirpatio uteri vaginalis*, какъ операція, связанная со вскрытіемъ брюшины, требуетъ приготовленія больной, какъ для всякаго чревосѣченія. Наканунѣ операціи больная получаетъ пріемъ *ol. ricini* и только легкую, удобоваримую пищу, вечеромъ — общую ванну. Передъ самой операціею нижній отрѣзокъ кишечнаго канала хорошо промывается высокимъ клистиромъ. Достаточно захлороформировавъ больную, мы укладываемъ ее на край операціоннаго стола въ ягодично-спинномъ положеніи, причеиъ ноги удерживаются въ извѣстномъ положеніи, лучше всего — руками ассистентовъ. Въ *gestum* вкладывается на время операціи небольшой величины ватный, дезинфицированный тампонъ на ниткѣ, и наружные половые органы подвергаются тщательной дезинфекціи и мытью мыломъ, щеткою; лишніе волосы сбриваются; влагалище промывается крѣпкимъ растворомъ (5%) карболовой кислоты, и тогда только мы приступаемъ къ обнаженію раково-перерожденной влагалищной части, что вполне достигается ложкообразными зеркалами. Для постоянной ирригаціи 1% растворомъ карболовой кислоты весьма удобно можетъ быть прииѣнено ложкообразное зеркало — верхняя пластинка — *Fritsch*'а. Раковая опухоль захватывается щипцами *Museum* и оттягивается насколько возможно къ низу; если она велика, мѣшаетъ хорошо фиксировать книзу шейку и дѣлаетъ несорвершено доступными своды влагалища, то представляется цѣлесообразнымъ удалить ее на сколько возможно острою ложкою или ножицами вплоть до болѣе здоровыхъ тканей. Кровотеченіе изъ полученной та-

кимъ образомъ раны останавливается обкалываніемъ, а еще лучше — двумя глубокими, проникающими всю толщу шейки швами, которые придавливаютъ другъ къ другу кровоточащія мѣста и закрываютъ просвѣтъ канала шейки. Концы этихъ швовъ изъ толстой лигатуры служатъ весьма удобно для фиксаціи и низведенія шейки, равно какъ обусловленное этими швами закрытіе просвѣта шейки препятствуетъ истеченію выдѣлений изъ матки и не даетъ послѣднимъ возможности приходиться въ соприкосновеніе съ свѣже произведенными ранеными поверхностями во время операціи. — Приготовивъ себѣ такимъ образомъ поле операціи и оттянувъ книзу и кзади на сколько возможно шейку, мы обнажаемъ передній сводъ; полулуннымъ разрѣзомъ, выпуклостью обращеннымъ кпереди, мы прорѣзаемъ всю толщу слизистой оболочки влагалища и попадаемъ въ парацервикальную клѣтчатку, быстро помощью пальца отдѣляемъ мочевого пузыря отъ матки вплоть до брюшины; кровотеченіе, показывающееся изъ поверхности разрѣза, останавливается обкалываніемъ, концы лигатуръ мы не отрѣзаемъ, а оставляемъ ихъ настолько длинными, чтобы они могли служить въ случаѣ нужды для фиксаціи краевъ раны. Отдѣленіе мочевого пузыря отъ матки, если только нѣтъ инфильтрата парацервикальной клѣтчатки, происходитъ довольно легко, и, строго придерживаясь при отдѣленіи пальцемъ поверхности матки, мы не рискуемъ обусловить нарушенія цѣлости стѣнки мочевого пузыря. По отдѣленіи передняго свода, фиксированная шейка перемѣщается кверху и впередъ, благодаря чѣму обнажается задній сводъ влагалища, въ которомъ производится также полулунный разрѣзъ всей толщи слизистой оболочки, соединяющійся съ обѣихъ сторонъ съ переднимъ, такъ что получается круговой разрѣзъ вокругъ шейки матки. Точно также, какъ и въ переднемъ, пальцемъ отдѣляется шейка отъ покрывающей ее брюшины; въ области боковыхъ сводовъ при этомъ получается обыкновенно кровотеченіе, останавливаемое такъ-же обкалываніемъ. Лежащую теперь передъ нашими глазами брюшину задняго свода, покрытую еще тонкимъ слоемъ клѣтчатки, мы захватываемъ пинцетомъ въ складку и скальпелемъ производимъ достаточно большой поперечный разрѣзъ ея. Углы этого разрѣза нерѣдко значительно кровоточатъ, такъ что требуется наложеніе лигатуръ, причемъ накладывать ихъ слѣдуетъ такъ, чтобы онѣ захватывали брюшину и слизистую оболочку влагалища и удерживали ихъ плотно прилежащими другъ къ другу. Для устраненія возможности понаданія крови въ Дугласово пространство и для предупрежденія возможности выпаденія сальника и кишечной петли весьма цѣлесообразнымъ оказывается вкладываніе въ него небольшой, хорошо обеззараженной губки на длинной толстой лигатурѣ. — И такъ, до этого момента операціи всѣ наши дѣйствія почти совершенно аналогичны таковымъ

же при операціи надвлагалищной ампутаціи шейки *Schroeder'a*, за исключеніемъ преднамѣреннаго вскрытія брюшины Дугласова пространства; мы имѣемъ передъ собою отдѣленные отъ шейки матки своды влагалища, кровоточащія ихъ мѣста обколоты, мочевоу пузырь отсепарованъ, шейка матки свободна, и Дугласово пространство вскрыто, кровотечения никакого. Мы переходимъ къ перевязкѣ широкихъ маточныхъ связокъ. Нижнее ложкообразное зеркало удаляется, шейка матки сильно оття-

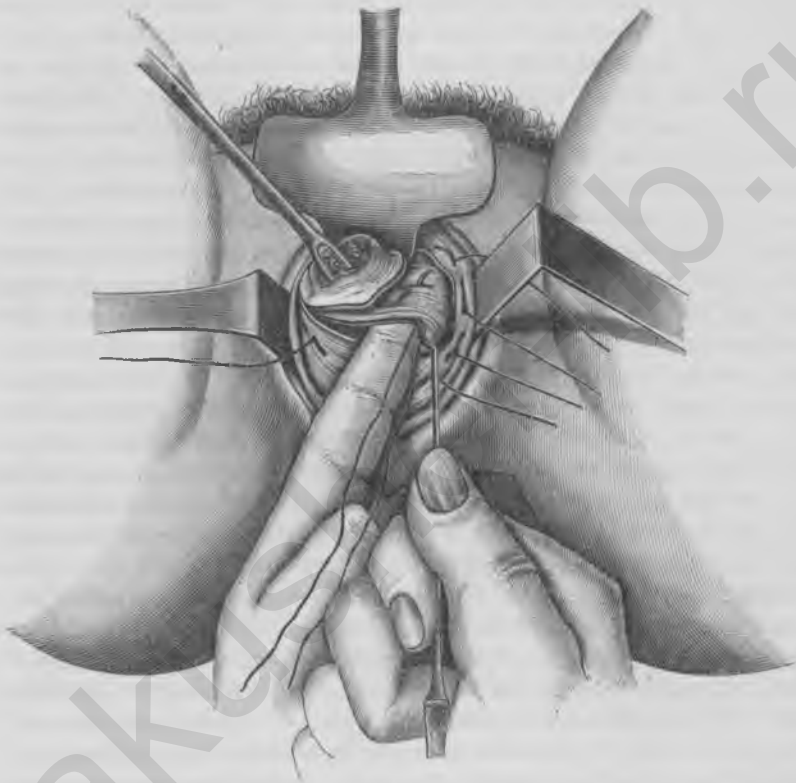


Рис. 290.

гивается вправо, и указательный палецъ лѣвой руки вводится въ Дугласово пространство (рис. 290) и своею верхушкоу выпячиваетъ нѣсколько лѣвую широкую связку, давая на ея заднюю поверхность. По немъ мы вводимъ тупую, незначительно изогнутую аневризматическую иглу, вооруженную крѣпкою шелковоу лигатуроу, еще лучше — взятоу вдвое, и ею сзади напередъ прокалываемъ нижній участокъ широкой связки, не захватывая при этомъ чрезмѣрно много ткани ея. По удаленіи иглы, лигатура завязывается на сколько возможно крѣпко, и перевяз-

занный пучекъ ткани перерѣзается ножницами со стороны матки; если при этомъ перерѣзывается большой артеріальный стволъ, то на зияющій его конецъ накладываемъ отдѣльно лигатуру изъ болѣе тонкаго шелка. Надъ этимъ перевязаннымъ пучкомъ ткани мы тѣмъ же путемъ вводимъ снова аневризматическую иглу и перевязываемъ еще выше лежащій пучекъ и такъ продолжаемъ, пока дойдемъ до лѣвой Фаллопиевой трубы. Отдѣленіе связки, слѣдовательно, идетъ такимъ образомъ, что сначала мы обкалываемъ извѣстные небольшіе участки ея ткани, завязываемъ лигатуру и потомъ только перерѣзаемъ ихъ; каждая лигатура, захватывая вышележащій участокъ ткани, захватываетъ также часть уже перерѣзанной ткани, такимъ образомъ лигатуры переплетаются между собою, не оставляя свободныхъ, не перевязанныхъ промежутковъ между собою. Кровотеченія во все время отдѣленія связки нѣтъ и, если бы таковое показалось, то оно легко можетъ быть остановлено лишнимъ обкалываніемъ. Кончивъ съ отдѣленіемъ связки на лѣвой сторонѣ, переходимъ на правую, причемъ шейка матки фиксируется на сколько возможно болѣе влѣво и кверху. Правая связка отдѣляется совершенно такъ-же, какъ и лѣвая: мы проводимъ аневризматическую иглу также по лѣвому указательному пальцу и постепенно обкалываемъ и перевязываемъ ткани шагъ за шагомъ кверху, такъ что лигатуры лежатъ одна надъ другой этажами. Перевязавъ правую Фаллопиеву трубу и отрѣзавъ ее отъ матки, эта послѣдняя сама собою уже выпадаетъ своимъ правымъ угломъ впередъ, оставаясь еще въ соединеніи съ окружающими частями только брюшиною *excavationis vesico-uterinae* и лѣвою, еще не перерѣзанною трубою. Перевязка одною лигатурою въ одинъ пучекъ участка брюшины между маткою и мочевымъ пузыремъ съ послѣдовательною перерѣзкою удается уже легко, равно какъ и отдѣленіе лѣвой трубы послѣ ея предварительной перевязки. Матка такимъ образомъ дѣлается совершенно свободною и выпадаетъ сама изъ наружныхъ половыхъ органовъ. Губка, введенная въ Дугласово пространство извлекается и замѣняется чистою, укрѣпленною въ губкодержателѣ для того, чтобы удерживать могущіе выпасть черезъ рану во влагалищѣ сальникъ и петли кишекъ. При перемѣнѣ губки весьма легко убѣдиться въ большей или меньшей доступности обоихъ яичниковъ, и если окажется, что они свободны и легко достижимы, то удаленіе ихъ тотчасъ же должно считаться показаннымъ; на ножку, образованную *mesovarium*'омъ, накладывается лигатура, захватывающая, если возможно, также и оставшійся конецъ трубы, который вмѣстѣ съ яичникомъ тотчасъ же удаляется.—Покончивъ съ удаленіемъ матки и яичниковъ, мы должны точно убѣдиться въ полномъ отсутствіи кровотеченія изъ перевязанныхъ участковъ ткани широкихъ связокъ; для этого мы нѣсколько натягиваемъ всѣ

лигатуры и точно осматриваемъ, по временамъ ослабляя натяженіе ихъ, все пространство, ими занятое. На каждое, хотя бы только подозрительное мѣсто должна быть наложена новая лигатура, такъ какъ всякое кровотеченіе вполнѣдствіи не только болѣе трудно остановимо, но и ухудшаетъ прогнозъ самой операціи. Будучи увѣрены, что кровотеченіе повсюду надежно остановлено, мы удаляемъ губку изъ Дугласова пространства, присыпаемъ всю раненую поверхность порошкомъ іодоформа и вводимъ въ сквозную рану влагалища валикообразный тампонъ изъ іодоформенной марли. Влагалище еще разъ всюду чисто вытирается кусками обеззараженной ваты и рыхло тампонируется кусками іодоформенной марли. Длинные концы лигатуръ не выводятся наружу, а остаются во влагалищѣ между кусками тампонирующей его марли.

Продолжительность операціи среднимъ счетомъ 1 часъ, но нерѣдко доходитъ до двухъ и болѣе, легкіе случаи могутъ быть окончены въ полъ-часа и менѣе. Теченіе послѣопераціоннаго періода, если нѣтъ зараженія или какихъ-либо другихъ осложнений, обыкновенно безлихорадочно. Первые 24 часа мы стараемся не вводить больной ничего въ желудокъ, во избѣжаніе легко вызываемой рвоты (хлороформъ), и для утоленія жажды даемъ сосать кусочки льду; въ слѣдующіе дни назначается питательная, удобоваримая діета. Обыкновенно больная можетъ мочиться сама, и какъ исключеніе приходится примѣнять катетеръ. На седьмой день послѣ операціи вызывается первое испражненіе, а съ восьмого дня можно уже приступить къ производству перваго тщательнаго изслѣдованія, причемъ удаляются тампоны и нѣсколько легко доступныхъ ослабшихъ лигатуръ. Лигатуры удаляются въ теченіи второй и на третьей недѣлѣ осторожно, не производя насилія. До начала второй недѣли всякія влагалищныя инъекціи избѣгаются и перевязка раны не мѣняется. На 16—18—20 день больная можетъ не надолго вставать съ кровати и выписывается изъ клиники смотря по состоянію направленія общаго здоровья.

Вышеизложенный методъ производства операціи *colpohysterectomy*—полнаго удаленія матки черезъ влагалище—въ рукахъ различныхъ операторовъ представляется различнымъ; главныя особенности могутъ быть сведены къ слѣдующимъ: по вскрытіи брюшины задняго или передняго свода, матка запрокидывается назадъ или впередъ, при этомъ широкія связки ея перекручиваются и въ такомъ состояніи производится ихъ отдѣленіе послѣ наложенія предварительныхъ лигатуръ *en masse*. Для низведенія матки, при отсутствіи возможности фиксировать влагалищную часть, вслѣдствіе ломкости раковой ткани, было предложено нѣсколько инструментовъ изъ которыхъ самый удобный *uterotractor Barneys'a* (рис. 291). Инструментъ этотъ легко вводится въ матку и снова легко выводится изъ нея; при разведенныхъ его



вѣтвяхъ, помѣщающихся въ полости матки онъ фиксируетъ ее весьма хорошо и надежно. При болѣе значительной величинѣ матки нѣкоторые находятъ удобнымъ разрѣзать ее во время операціи на двое по продольной оси и отдѣлять уже каждую половину отдѣльно, другіе вырѣзываютъ клиновидные куски изъ нея. Сквозная рана, получающаяся во влагалищѣ, нѣкоторыми зашивается на сколько возможно, и въ остающееся отверстіе вкладывается дренажъ. Опасеніе возможности выпаденія сальника или кишечныхъ петель во влагалище въ первые дни послѣ операціи при оставленіи не зашитой раны не подтверждается клиническими наблюденіями. Тампонъ лежащій въ ней въ первые дни достаточно удерживаетъ *in situ* внутренности малаго таза, а въ теченіи весьма скорого времени около отверстія влагалища въ брюшину развиваются достаточно солидныя спайки и сращения, препятствующія такому выпаденію.



Рис. 291.

Затрудненіе при операціи полного отдѣленія матки черезъ влагалище можетъ зависѣть отъ чрезмѣрной узкости этого послѣдняго и недостаточной податливости его стѣнокъ въ особенности въ нижней трети его, какъ это нерѣдко наблюдается у женщинъ нерожавшихъ и у старухъ. Обыкновенно кажущаяся сначала неподатливость стѣнокъ влагалища мало-по-малу преодолевается во время операціи; въ случаѣ же непреодолимаго препятствія со стороны тканей входа во влагалище весьма цѣлесообразнымъ оказывается разрѣзь промежности по *garhe* вплоть до заднепроходнаго отверстія, снова зашиваемый тотчасъ по окончаніи операціи. — Затрудненія со стороны величины самой опухоли, какъ это наблюдается при папиллярныхъ или грибовидныхъ канкроидахъ, устраняется обыкновенно удаленіемъ болѣе или мѣнѣе значительной ихъ части въ началѣ операціи. Въ обоихъ случаяхъ выигрывается много мѣста и матка низводится очень хорошо, если удастся произвести только разрѣзь передняго свода и отдѣленіе мочевого пузыря отъ матки.

Вольшія затрудненія могутъ встрѣтиться при распространеніи

раковой инфильтраціи въ парацервикальной клѣтчаткѣ между маткою и мочевымъ пузыремъ, такъ что отдѣленіе этого послѣдняго дѣлается весьма труднымъ и связаннымъ съ опасностью его пораненія. Введенный катетеръ и точное наблюденіе за его концомъ могутъ иногда предупредить таковое. Инфильтратъ, занимающій ткани, окружающія мочеточники, можетъ дать поводъ къ незамѣтному во время операціи удаленію частей ихъ, какъ это случилось въ поучительномъ случаѣ д-ра *Икавитца* въ Тамбовѣ («*Extirpatio uteri vaginalis in situ и второй случай влагалищнаго вырѣзванія матки*», 1886, Отд. от.), удалившаго кусочекъ праваго мочеточника, длиною въ 1,0 см. Встрѣча болѣе значительныхъ инфильтратовъ въ клѣтчаткѣ, вообще, во время операціи должна быть отнесена къ ошибкамъ діагноза; лучше въ подобныхъ случаяхъ не производить вовсе операціи полного отдѣленія матки или же прекратить уже начатую, такъ какъ, не смотря на то, что хотя операція и можетъ быть выполнена, и больная можетъ отъ нея поправиться и быть нѣкоторое время избавленною отъ кровотеченій и ихорозныхъ выдѣленій, но тѣмъ не мѣнѣе вскрытіе брюшины и быстрое появленіе рецидивовъ нельзя не считать совершенно безразличнымъ, тѣмъ болѣе что значительное облегченіе больной можетъ быть достигнуто такъ же однимъ выскабливаніемъ съ послѣдовательнымъ выжиганіемъ каленымъ желѣзомъ (*Leopold*, «*Acht-und-vierzig Totalexstirpationen des Uterus*», «*Arch. f. Gynaek.*», XXX, 1887, стр. 429).

Анатомическія изслѣдованія вырѣзанныхъ матокъ убѣдили *Leopold'a* въ томъ, что никогда нельзя точно знать границы распространенія раковаго новообразованія съ шейки матки кверху на ея ткани, даже канкроиды и тѣ при уже долгомъ существованіи болѣзни нерѣдко незамѣтно переходятъ границу внутренняго отверстія. Благодаря этому, производство colpohysterectomiae должно быть предпринимаемо почти во всѣхъ случаяхъ ранняго развитія рака, за исключеніемъ, можетъ быть, только случаевъ канкроида, когда развитіе его еще такъ незначительно и рѣзко ограничено, что ампутація влагалищной части и надвлагалищная ампутація шейки еще могутъ быть произведены съ полною надеждою на успѣхъ.

Условіями для возможности разумнаго производства удаленія всей матки должны считаться: 1) ограниченіе распространенія раковаго новообразованія одною только маткою; исключеніемъ могутъ считаться случаи перехода канкроидовъ на незначительной величины участокъ слизистой оболочки влагалищныхъ сводовъ; 2) полное отсутствіе инфильтрата въ околوماتочной клѣтчаткѣ, что весьма удовлетворительно опредѣляется наружно-внутреннимъ изслѣдованіемъ подъ хлороформомъ, или же лучше — путемъ низведенія матки насколько возможно книзу: легко подвижная и низводящаяся свободно въ introitus

vaginae матка служить лучшимъ доказательствомъ отсутствія инфильтраціи околоматочной клѣтчатки.

Несоблюденіе сказанныхъ условій ведетъ обыкновенно къ весьма быстрому появленію рецидивовъ. Уже спустя короткое время, нерѣдко въ теченіе перваго мѣсяца, наблюдается развитіе узловъ рака въ рубцѣ въ глубинѣ влагалища. Очевидно также, что при существованіи инфильтрата въ околоматочной клѣтчаткѣ операція усложняется, дѣлается даже трудною, однако не настолько, чтобы болѣе опытный операторъ не могъ преодолѣть затрудненія и даже такъ успѣшно, что получится выздоровленіе послѣ операціи. Но производство такихъ безцѣльныхъ операцій не составляетъ-ли, по мѣткому выраженію *Fritsch'a* («*Sechzig Totalexstirpationen des carcinomatösen Uterus*», «*Arch. f. Gynaekol.*», *XXIX, 1887, стр. 359*), только недостаточно гуманный спортъ, а не дѣйствительную помощь больнымъ....

Соблюдая же только что приведенныя условія и удовлетворяя тѣмъ вполне показанію операціи, мы будемъ, конечно, достигать все болѣе и болѣе успѣха, какъ относительно уменьшенія процента смертности послѣ операціи, такъ и относительно полученія полныхъ выздоровленій. Смертность отъ операціи уже и въ настоящее время не велика, и мы не ошибемся, оцѣнивая ее приблизительно въ 10%. — Но со временемъ, когда операція будетъ производиться еще въ болѣе ранніе періоды развитія рака при совершенно еще не пораженной околоматочной клѣтчаткѣ, процентъ смертности долженъ еще понизиться весьма значительно. Съ распространеніемъ увѣренности въ томъ, что ракъ шейки матки въ самомъ началѣ своего развитія можетъ быть излеченъ только оперативнымъ путемъ, число случаевъ, присылаемыхъ врачами въ клинику для операцій, должно увеличиваться и притомъ такъ, что будутъ присылаться случаи болѣе ранняго развитія, а не такъ, какъ это наблюдается теперь, когда къ намъ попадаютъ преимущественно больныя послѣ болѣе или менѣе долгаго леченія, при чемъ ракъ шейки матки представляется уже далеко распространеннымъ на околоматочную клѣтчатку.

Въ относительно рѣдкихъ, почти исключительныхъ случаяхъ тѣло матки, пораженной раковымъ новообразованіемъ своей шейки, представляется настолько увеличеннымъ въ объемѣ, что при удаленіи всей матки черезъ влагалище оно не можетъ быть проведено черезъ родовой каналъ и операція не можетъ быть окончена. Подобное увеличеніе тѣла наблюдается чаще всего вслѣдствіи одновременнаго развитія фиброміомы или же при образованіи ruometr'ы или haemotometr'ы, зависящей отъ затрудненнаго стока выдѣлений вслѣдствіе уничтоженія просвѣта канала шейки разросшимся новообразованіемъ. — Такіе случаи могутъ быть окончены только при помощи операціи *laparohysterectomiae*.

Удаленіе всей матки при посредствѣ чревосѣченія было предло-

жено и выполнено впервые въ 1878 году *W. A. Freund*’омъ въ Бреславлѣ («*Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus*», *Vollmann’s Sammlung Klin. Vorträge*, 1878, № 133. *Gynaekologie*», 41). Типическая операція laparohysterectomy, какъ она была предложена *Freund*’омъ, производится слѣдующимъ образомъ: приготовленіе больной и обстановка операціи какъ при каждомъ чревосѣченіи, причемъ особое вниманіе обращается на возможно полную дезинфекцію влагалища и опухоли 5% растворомъ карболовой кислоты. — Разрѣзъ брюшной стѣнки—по *linea alba*, съ той особенностью, что книзу онъ доходитъ до самаго лоннаго соединенія, и сухожилія прямыхъ брюшныхъ мышцъ отдѣляются отъ мѣста ихъ прикрѣпленія къ лоннымъ костямъ, если только

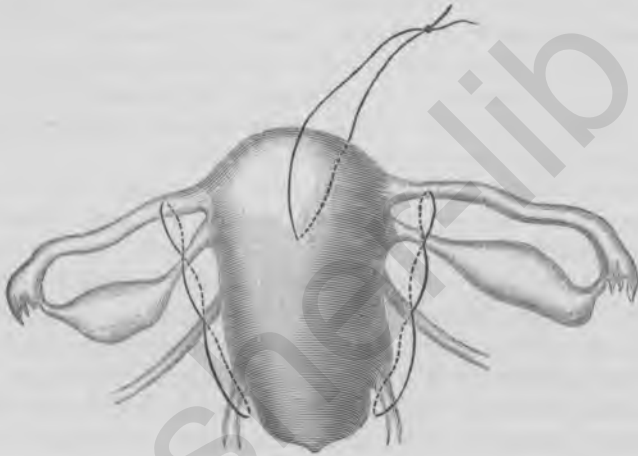


Рис. 292.

мышцы не достаточно вялы и мѣшаютъ свободному проникновенію въ глубь малаго таза. Петли тонкихъ кишекъ отодвигаются кверху, или же выводятся наружу и завертываются въ теплое смоченное 2% растворомъ карболовой кислоты полотенце помѣщаются на *scrobiculum cordis*. Отыскивается тѣло матки, черезъ него проводится толстая шелковая лигатура, посредствомъ которой матка извлекается насколько возможно изъ раны живота. *Ligg. lata* съ обѣихъ сторонъ при этомъ значительно напрягаются и дѣлаются доступными перевязкѣ. На нихъ накладываются по три лигатуры, какъ это показано на рис. 292. Нижняя лигатура, проникающая такъ-же въ сводъ влагалища, должна захватывать насколько возможно меньше слизистую оболочку его, такъ какъ иначе нельзя будетъ достаточно крѣпко затянуть ее и при перевязкѣ этой части широкой связки легко можетъ получиться кровотеченіе. — Перевязавъ съ обѣихъ сто-

ронъ широкія связки, матка еще болѣе натягивается кверху, и сначала въ *excavatio vesico-uterina* производится полудлунный разрѣзъ брюшины между маткою и мочевымъ пузыремъ; пальцемъ или тупымъ инструментомъ отсепаровывается этотъ послѣдній, сводъ влагалища вскрывается; затѣмъ подобный-же разрѣзъ производится въ *excavatio recto-uterina*, и вскрывается задній сводъ. Остается только перерѣзать широкія связки, и матка дѣлается свободною. Могущія быть кровотеченія изъ раненыхъ поверхностей останавливаются обкалываніемъ. Всѣ длинные концы лигатуръ широкихъ связокъ проводятся во влагалище, и при незначительномъ ихъ натяженіи получается до извѣстной степени выворотъ тканей по направлеію во влагалище, такъ что брюшина передней и задней стѣнки таза сближаются. На мѣстѣ этого сближенія накладывается рядъ швовъ изъ тонкой шелковой лигатуры, такъ что на мѣстѣ матки получается только одно углубленіе (*excavatio*) брюшины, подобно *excavatio recto-vesicale* у мужчины. Кишечныя петли вправляются обратно въ полость брюшины и рана передней брюшной стѣнки зашивается по общимъ правиламъ.

*Laparohysterectomy*, производимая по только что изложенному плану или съ нѣкоторыми незначительнымъ измѣненіями его, представляетъ операцію весьма трудную съ технической стороны. Громадный процентъ смертности послѣ нея объясняется не только болѣе легкою возможностью инфекціи при открытой брюшной полости въ теченіи относительно долгаго времени и соприкосновеніи ея съ тканями новообразованія, но и трудностью самой техники операціи. По различнымъ статистическимъ исчисленіямъ процентъ смертности долженъ считаться приблизительно равнымъ 70%—50%. Сравнительно ничтожный процентъ при операціи *colpohysterectomy* и болѣе легкая техника производства совершенно вытѣснили производство *laparohysterectomy* въ томъ видѣ, какъ она была предложена *Freund'*омъ.

Болѣе удобною и легкою представляется *laparohysterectomy*, какъ конечный моментъ влагалищной экстирпаціи матки, т. е. чревосѣченіе дѣлается только тогда, когда уже шейка отдѣлена отъ влагалища и мочевого пузыря, и большая часть связокъ перевязана и такъ-же отдѣлена, такъ что со стороны полости брюшины остается отдѣлить только верхнюю часть обѣихъ связокъ и перерѣзать обѣ трубы. Въ такомъ видѣ операція *Freund'*а еще должна быть сохранена и примѣняема во время производства влагалищнаго вырѣзыванія раковой матки, когда тѣло этой послѣдней вслѣдствіе какихъ бы то ни было причинъ представляется на столько увеличеннымъ, что не можетъ быть извлечено черезъ полость малаго таза книзу (см. случай *Fritsch-Heilbrunn'*а, «*Centralbl. f. Gynaek.*», 1885, № 6).

Примѣненіе всѣхъ вышеизложенныхъ оперативныхъ пособій

для излѣченія рака шейки матки встрѣчается на практикѣ все-таки относительно рѣдко, такъ какъ больныя обращаются, какъ мы уже сказали, весьма поздно за врачебною помощью, при чемъ развитіе раковой инфильтраціи зашло такъ далеко, что случаи не представляютъ уже показаній и условій для производства радикальной операціи, и намъ остается *volens-nolens* примѣнять только симптоматическій методъ лѣченія. Въ большинствѣ подобныхъ случаевъ устраненіе сильно изнуряющихъ больную припадковъ можетъ быть весьма удовлетворительно достигнуто на болѣе или менѣе продолжительное время путемъ оперативнаго удаленія насколько возможно большаго количества новообразованныхъ раковыхъ массъ. Нерѣдко этуо палліативную операцію намъ удается не только освободить больную на время отъ кровотеченій и зловонныхъ выдѣленій, но и задержать до извѣстной степени быстрое теченіе болѣзни. Задачею операціи является только быстрое и насколько возможно большее удаленіе раковаго новообразованія, обреченнаго безъ этого быть удаленнымъ путемъ ихорознаго распаденія въ теченіе долгаго времени. Ихорозное же распаденіе, связанное съ обильными выдѣленіями и значительными кровотечениями, давая поводъ къ разстройству общаго состоянія и развитію кахексіи, обуславливаетъ значительное ускореніе теченія болѣзни, вообще. Кромѣ устраненія явленій ихорознаго распаденія раковой опухоли, путемъ операціи мы достигаемъ также уменьшенія болевыхъ ощущеній и иногда даже полнаго ихъ исчезновенія, какъ это наблюдается въ случаяхъ непроходимости цервикальнаго канала вслѣдствіе разросшихся раковыхъ массъ съ послѣдовательнымъ развитіемъ *haemato-ruometры*.

Частичное удаленіе раковой опухоли шейки матки оперативнымъ путемъ производится слѣдующимъ образомъ: больная въ ягодично-спинномъ положеніи лежитъ на краю операціоннаго стола; помощью ложкообразныхъ зеркалъ обнажается пораженная раковымъ новообразованіемъ влагалищная часть. Влагалище и поверхность опухоли дезинфицируются. Если матка еще до извѣстной степени подвижна, то она смѣщается насколько возможно книзу Мюзеевскими щипцами, захватывающими за опухоль. Удаленіе раково-измѣненныхъ частей можетъ быть произведено скальпелемъ и ножницами, или же острою ложкою; эта послѣдняя заслуживаетъ преимущества, потому что ею, не разрушая здоровыхъ частей, можно удалять глубоко-лежащіе въ тканяхъ раковые участки. Весьма удобною оказывается во время этой операціи предложенная *M. B. Freund'*омъ («*Centralblatt f. Gyn.*», 1882, № 35) острая ложка съ постоянною ирригаціею (рис. 293). Производя выскабливаніе тканей, инфильтрированныхъ раковымъ новообразованіемъ, мы обыкновенно легко опредѣляемъ по особому ощущенію границу, до ко-

торой оно можетъ быть продолжено; здоровыя ткани представляются гораздо плотнѣе и совершенно не ломкими. Не всегда впрочемъ, должны мы руководиться только этимъ ощущеніемъ и искать границы съ здоровою тканью; анатомическія отношенія сосѣднихъ органовъ никогда не должны быть упущены изъ виду, иначе при болѣе значительной раковой инфильтраціи распространеніе которой точно заранѣе не опредѣлимо, мы легко можемъ проникнуть въ мочевой пузырь, прямую кишку или полость брюшины.



Рис. 293.

Кровотеченія во время выскабливанія обыкновенно не наблюдается въ болѣе значительной степени, но бываютъ случаи и особенно при болѣе глубокихъ пораженіяхъ стѣнокъ цервикальнаго канала, когда потеря крови можетъ достигать угрожающихъ размѣровъ. Для предупрежденія таковой возможности весьма цѣлесообразно накладывать предварительно лигатуры на обѣ art. uterinae (см. стр. 454), или же передъ выскабливаніемъ извѣстнаго участка раково-перерожденной влагалищной части проводить подъ нимъ со стороны свода влагалища глубоко захватывающую ткани лигатуру и перевязывать ихъ en masse; наложеніе такихъ лигатуръ по всей периферіи portiois vaginalis также весьма хорошо предупреждаетъ появленіе болѣе значительнаго кровотеченія и даетъ намъ возможность неторопясь удалять все, что еще можетъ быть удалено (*Martin. «Path. u. Ther. d. Frauenkrankheiten». 1887, стр. 313*). Получивъ послѣ выскабливанія обширную раненую поверхность, мы можемъ или зашить ее, какъ предлагаетъ *Martin*, или примѣнить еще различныя прижигающія вещества для болѣе глубокаго разрушенія оставшихся, быть можетъ, раковоперерожденныхъ участковъ. Съ этою цѣлью примѣнялись хлористый цинкъ (1:2 воды), acid. nitricum fumans, бромъ (1:5 спирту) и др., ровно какъ и каленое желѣзо. Не будучи никогда даже и приблизительно увѣрены, насколько глубоко дѣйствуютъ въ данномъ случаѣ прижигающія вещества, мы ихъ не примѣняемъ вовсе, и только каленое желѣзо аппарата *Raquelin'a* можетъ еще быть примѣняемо съ этою цѣлью. Производя выскабливаніе, какъ только что мы описали, и контролируя глазомъ, насколько глубоко оно производится, намъ обыкновенно нѣтъ уже никакой необходимости прибѣгать къ послѣдовательнымъ прижиганіямъ на авось; съ этой точки зрѣнія мы

не употребляемъ также и каленаго желѣза (большихъ прижигателей, раскаливаемыхъ въ жаровнѣ), и только аппаратъ *Raquelin*'а, дающій возможность строго контролировать глубину прижиганія, можетъ быть примѣняемъ для выжиганія подозрительныхъ участковъ, не удаленныхъ почему либо острою ложкою. Примѣняя аппаратъ *Raquelin*'а только съ этою цѣлью, благодаря ложкообразнымъ зеркаламъ, при вполнѣ доступной раненой поверхности, мы никогда не оставались имъ недовольны; конечно, если при посредствѣ цилиндрическаго зеркала начать производить этимъ инструментомъ глубокія прижиганія на авось не вполнѣ удаленныхъ раковыхъ новообразованій, то онъ долженъ вполнѣ уступить гораздо болѣе грубому и объемистому прижигателю стараго образца (*Gusserow*, l. c., стр. 241). Въ обыкновенныхъ случаяхъ мы примѣняемъ каленое желѣзо аппарата *Raquelin*'а не для выжиганія еще остающихся, быть можетъ, раковыхъ массъ, а для остановки напечиматознаго кровотечения, чтобы имѣть далѣе дѣло съ сухою перевязкою. Перевязка довольно обширной кратеровидной раненой поверхности послѣ выскабливанія состоитъ въ выполненіи всего кратера іодоформною марлею; такой тампонъ можетъ оставаться *in situ* 2—4 дня, не вызывая никакихъ явленій разложенія. При тщательномъ удаленіи новообразованія острою ложкою поверхность получающейся раны можетъ дать полное заживленіе, въ случаяхъ наложенія шва—*per primam*, а въ остальныхъ—*per secundam*, такъ что въ теченіе нѣкотораго времени больная вполнѣ освобождается отъ выдѣленій и кровотеченій, и только остающіяся боли, вызываемыя инфильтратомъ околоматочной клѣтчатки, заставляютъ помнить о долженствующемъ появиться рецидивѣ.

Операнія частичнаго удаленія раковаго новообразованія шейки матки должна считаться противопоказанной въ двухъ случаяхъ; во-первыхъ, при *carcinoma medullare*, когда раковые узлы стѣнокъ шейки еще не изъязвились, и, во-вторыхъ, когда инфильтрація рака представляетъ чрезмѣрное распространеніе, такъ что мы рискуемъ легко образовать фистулы въ мочевоу пузырь и прямую кишку и тѣмъ еще болѣе сдѣлать невыносимымъ состояніе больной. Въ подобныхъ тяжелыхъ случаяхъ, когда оперативнымъ путемъ мы уже не можемъ доставить облегченія, въ нашемъ распоряженіи остаются еще лѣкарственные вещества, которыми, хотя и въ гораздо менѣе надежной степени, все-таки еще возможно бороться съ кровотечениями и зловонными отдѣленіями. Влагалищныя спринцованія изъ растворовъ полуторахлористаго желѣза, приходя въ соприкосновеніе съ кровоточащими мѣстами изъязвленной, раково-инфильтрированной шейки, даютъ пріостановку кровотечения иногда на довольно продолжительное время. Болѣе интенсивныя потери крови требуютъ уже обнаженія раковой язвы и непосредственнаго со-



прикосновенія съ крѣпкимъ растворомъ кровоостанавливающихъ средствъ. Вводя цилиндрическое зеркало и устанавливая въ его просвѣтъ кровотокащее мѣсто, мы вливаемъ въ него на половину разбавленную водою полуторохлористое желѣзо. Только весьма сильныя и упорныя кровотеченія требуютъ примѣненія тампонаціи влагалища, причемъ слѣдуетъ рассчитывать только на механическое дѣйствіе тампона, а никогда не смачивать его крѣпкими растворами полуторохлористаго желѣза. Іодоформированная марля представляется однимъ изъ лучшихъ матеріаловъ для влагалищнаго тампона.

Кровоостанавливающія средства, даваемые внутрь, обыкновенно не даютъ удовлетворительнаго результата: ни спорынья и ея производныя, ни рекомендованный за послѣднее время хіосскій терпентинъ не останавливаютъ кровотеченія (*И. И. Смольскій «Труды Общ. русск. врачей въ СПб.», 1882 г., стр. 19*).

Зловонныя выдѣленія требуютъ назначенія дезинфицирующихъ средствъ; влагалищныя инъекціи растворовъ карболовой кислоты, сулемы, *kalii hypermanganici*, креолина и т. п., при частомъ ихъ примѣненіи, даютъ иногда удовлетворительные результаты. Въ случаяхъ болѣе рѣзко выраженнаго зловонія, они оказываются неэффективными и тогда приходится дѣйствовать непосредственно на раковую язву; она обнажается зеркалами, тщательно промывается и къ ней прикладывается или ватный тампонъ, смоченный въ абсолютномъ алкоголѣ, или же тампонъ изъ іодоформированной марли; только этимъ путемъ и то не на особенно долгое время удается устранить зловоніе выдѣленій раковой язвы. При обильныхъ иногда разѣдающихъ выдѣленіяхъ, слѣдуетъ обращать вниманіе на состояніе наружныхъ половыхъ частей и окружающихъ ихъ кожныхъ покрововъ, назначеніе профилактическихъ смазываній ихъ жирными веществами (*ol. provincialis* и *glycerini* aa. p. aeq., или *ac. borici* *Jij*, *vaselini* *ʒi*) иногда на долго предохраняетъ отъ развитія воспалительныхъ состояній. Обильныя выдѣленія, наблюдающіяся при папиллярныхъ формахъ канкрейдовъ влагалищной части, могутъ быть значительно уменьшены назначеніемъ вяжущихъ влагалищныхъ спринцованій (*zincum sulphur.*, *surg. sulphur.*, танинъ, квасцы и т. п.).

Болевые ощущенія, сопровождающія развитіе большихъ раковыхъ инфильтрацій, какъ мы видѣли уже, только иногда, въ извѣстныхъ случаяхъ, могутъ быть устраняемы частичнымъ удаленіемъ раковой опухоли, обыкновенно же они поддаются только примѣненію наркотическихъ средствъ. Опій и морфій стоятъ на первомъ планѣ и назначаются или въ формѣ порошковъ внутрь, или суппозиторіевъ и шариковъ въ прямую кишку, или въ формѣ подкожныхъ инъекцій. Въ безнадежныхъ случаяхъ обширныхъ раковыхъ инфильтрацій у больныхъ, страдающихъ силь-

ными болями, назначеніе наркотическихъ должно быть производимо *larga manu*, такъ какъ нерѣдко въ нихъ однихъ только мы имѣемъ еще надежное средство облегчать полную мученій жизнь такой страдальцы.

Общее состояніе больныхъ требуетъ особаго вниманія со стороны лѣчащаго врача; назначеніемъ удобоваримой легкой питательной діеты удастся иногда весьма долго бороться съ началомъ развитія кахексіи, — заслуженною славою въ этомъ отношеніи пользуется методическое назначеніе препаратовъ мышьяка въ теченіе болѣе долгаго времени. При существованіи отвращенія отъ пищи, постоянной тошноты и иногда рвоты, питать больную мы должны, давая ей пищу часто, при томъ въ незначительномъ количествѣ, такимъ образомъ въ теченіи дня можетъ быть введено иногда достаточное количество удобоваримыхъ веществъ. Не слѣдуетъ также упускать изъ виду качества воздуха, которымъ дышать такія больныя: частыя провѣтриванія комнаты крайне необходимы. Появленіе столь нерѣдко наблюдающихся припадковъ уремїи требуетъ назначенія соотвѣтствующаго лѣченія, направленнаго къ усиленію дѣятельности почекъ и кожи.

Въ равнемъ періодѣ развитія рака, ограничивающемся еще только пораженіемъ влагалищной части, и при одновременномъ существованіи беременности, если эта послѣдняя также не заходитъ за первые мѣсяцы своего развитія, *colpohysterectomy* должна считаться вполне показанной. При дальнѣйшемъ же теченіи беременности, когда тѣло матки уже на столько велико, что не можетъ быть удалено *per vaginam*, выгоднѣе произвести ампутацію шейки матки съ надеждою, что не произойдетъ выкидыша. Если бы все-таки прекращеніе беременности воспослѣдовало вскорѣ послѣ операціи, то время для *colpohysterectomy* и не было бы упущено. Производить же искусственный выкидышъ и затѣмъ *extirpatio uteri vaginalis*, какъ это совѣтуется нѣкоторыми авторами, намъ кажется излишнимъ, и мы предпочитали бы произвести сначала *amputationem portionis vaginalis*. Случаи рака шейки, недопускающіе уже операціи полного удаленія во время беременности, если только не наблюдается присутствія сильныхъ кровотеченій и обильныхъ зловонныхъ выдѣленій, должны быть оставляемы въ покоѣ до конца беременности, и только въ исключительныхъ случаяхъ при существованіи строгихъ показаній можетъ быть произведено частичное удаленіе раковыхъ массъ *sub graviditate*. Хотя и существуетъ достаточное число наблюденій, и мнѣ самому уже не разъ приходилось видѣть, что выскабливаніе влагалищной части и даже ампутація ея при ракѣ беременной матки не прерываетъ нормальнаго теченія беременности, но тѣмъ не менѣе чаще приходится наблюдать наступленіе выкидыша или преждевременныхъ родовъ. Вслѣдствіе этого

въ видахъ сохраненія жизни плода, если только возможно, мы должны откладывать нашу оперативную помощь до послѣднихъ сроковъ беременности. При наступленіи родовъ, въ случаяхъ уже довольно обширнаго раковаго пораженія шейки, частичнымъ удаленіемъ инфильтрированныхъ стѣнокъ ея удается еще иногда дать возможность прохожденію головки плода безъ того, чтобы оно подвергалось чрезмѣрному сжатію, и ребенокъ можетъ родиться живымъ. Раковая инфильтрація, занимающая уже на болѣе значительномъ пространствѣ ткани шейки, представляя непреодолимое препятствіе къ поступательному движенію лежащей части, служитъ абсолютнымъ показаніемъ къ производству родовъ *per vias artificiales*, при чемъ иногда при Кесарскомъ сѣченіи возможно еще удаление всей матки, комбинируя влагалищную экстирпацію ея съ *laparohysterectomi*ей.

### б) Ракъ тѣла матки. *Carcinoma corporis uteri*.

**Паталогическая анатомія.** Мѣстомъ развитія первичнаго рака тѣла матки служитъ слизистая оболочка, выстилающая его полость, причемъ исходною точкою являются железистыя образованія ея съ ихъ цилиндрическимъ эпителиемъ. — По анатомическому своему строенію раки тѣла матки относятся къ карциномамъ и преимущественно къ ихъ мягкимъ формамъ: къ *carcinoma medullare* и *carcinoma cylindrocellulare* (*adeno-carcinoma*).

По наружному виду распространенія раковаго новообразованія могутъ быть довольно рѣзко различаемы двѣ формы: или слизистая оболочка полости тѣла матки представляетъ сплошную инфильтрацію, или же на ней замѣчается болѣе ограниченное, полиповидное разращеніе новообразованія.

Въ первомъ случаѣ вся слизистая оболочка утолщена, рыхла, ломка и грубо складчата, выполняетъ собою всю полость тѣла, причемъ иногда эта послѣдняя представляется увеличенной въ объемѣ и растянутой. Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ превращеніе всей слизистой оболочки въ рѣзко выраженную мозговидную карциному съ присутіемъ ей полиморфными эпителиальными клѣтками; только въ болѣе свѣжихъ случаяхъ, и то только на извѣстныхъ ограниченныхъ мѣстахъ, могутъ быть найдены уцѣлѣвшими маточныя железы, обладающія еще просвѣтомъ и выстилающимъ ихъ цилиндрическимъ эпителиемъ, причемъ, какъ форма, такъ и расположеніе железистыхъ полостей напоминаютъ собою таковыя въ нормальной слизистой оболочкѣ.

При полиповой формѣ разращенія новообразованія (рис. 294) мы видимъ, что только извѣстный участокъ слизистой оболочки тѣла матки представляется занятымъ опухолью въ видѣ полипа,

сидящаго на широкомъ основаніи и выполняющимъ собою растянутую полость его. Микроскопъ указываетъ обыкновенно на ясно выраженное железистое строеніе опухоли, при чемъ рядомъ съ мѣстами, представляющими переходныя стадіи превращенія (рис. 295) доброкачественной аденомы въ злокачественную (см. стр. 537), мы встрѣчаемъ уже картины типично выраженной карциномы. Чѣмъ рѣзче выраженъ характеръ сплошной инфильтраціи раковыми элементами, тѣмъ рѣже встрѣчаются эпителиальные клѣтки, сохранившія еще свою цилиндрическую форму, такъ что препараты, сдѣланные изъ мѣстъ, въ которыхъ уже не сохранились железистыя полости, давшія начало развитію новообразованія, представляютъ только типическія картины мозговидной карциномы съ полиморфными клѣтками, ничѣмъ не отличающіяся отъ таковыхъ же, взятыхъ изъ карциномъ другихъ областей, ведущихъ свое начало не изъ клѣтокъ цилиндрическаго эпителия.

Появленіе дегенеративныхъ процессовъ въ опухоли и развитіе характерной раковой язвы наблюдается наступающимъ весьма скоро, особенно — въ нервной, сплошной формѣ новообразованія. Вся внутренняя поверхность тѣла матки превращается въ одну сплошную язву; новообразование же мало-по-малу инфильтрируетъ подлежащую ткань стѣнокъ матки и мѣстами довольно скоро достигаетъ до брюшиннаго ихъ покрова. Появляющіяся склейки съ брюшиною окололежащихъ органовъ весьма скоро фикси-



Рис. 294. (A. Martin.)

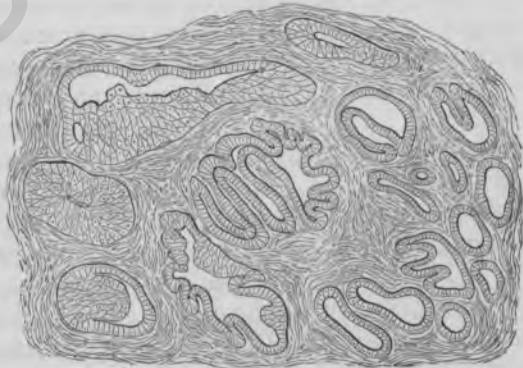


Рис. 295 (C. Schroeder.)

рующей ткань стѣнокъ матки и мѣстами довольно скоро достигаетъ до брюшиннаго ихъ покрова. Появляющіяся склейки съ брюшиною окололежащихъ органовъ весьма скоро фикси-

ругую матку въ томъ или другомъ положеніи. Распространеніе раковой инфильтраціи на брюшинный покровъ матки и разрушеніе его наблюдается нерѣдко заходящимъ и на сосѣдніе полые органы, такъ что получается развитіе различнаго рода фистулъ, сообщающихъ полость матки съ полостью петель кишечнаго канала, или прямой кишки, или мочевого пузыря. Распаденіе инфильтрированныхъ раковыми элементами тканей можетъ быть иногда на столько обширно, что почти все тѣло матки представляется разрушеннымъ и на его мѣстѣ получается обширная полость, отдѣленная отъ полости брюшины массою ложныхъ перепонокъ, плотно спаивающихъ между собою петли кишечнаго канала. — Распространеніе рака съ тѣла матки на ея шейку замѣчается происходящимъ не такъ легко и скоро, какъ на сосѣдніе органы, такъ что нерѣдко она представляется еще относительно хорошо сохранившеюся, тогда какъ тѣло матки почти уже все разрушено, и существуютъ раковыя фистулы съ сосѣдними полыми органами.

Полипозныя формы карциномы слизистой оболочки тѣла матки, развивающіяся вслѣдствіе перехода доброкачественной аденомы въ злокачественную (adeno-carcinoma), существуютъ довольно долгое время, прежде чѣмъ разовьется значительное распаденіе ихъ тканей и образование язвенныхъ поверхностей. Разростааясь и занимая всю полость тѣла матки, они растягиваютъ полость шейки, проникаютъ въ нее и далѣе, черезъ наружное отверстіе, представляются выстоящими во влагалищѣ въ видѣ болѣе или менѣе значительной величины полипозныхъ образований. При появленіи распаденія вся, иногда значительной величины, масса опухоли мало-по-малу извергается изъ полости матки, оставляя на мѣстѣ своего развитія раковую язву, дальнѣйшее теченіе которой совершенно аналогично только что приведенному теченію сплошныхъ раковыхъ новообразований слизистой оболочки тѣла матки. — Изучая на вскрытіяхъ степень распространенія рака тѣла матки, мы находимъ, что помимо значительныхъ мѣстныхъ разрушеній и пораженій сосѣднихъ органовъ (яичники, прямая кишка и мочевоу пузырь) ему свойственны также метастатическіе узлы въ болѣе отдаленныхъ органахъ тѣла, особенно часто въ печени и легкихъ.

Къ первичнымъ ракамъ слизистой оболочки тѣла матки должны быть отнесены также хотя и рѣдко встрѣчающіеся случаи канкроидовъ. Почвою для развитія канкроида въ тѣлѣ матки служитъ плоскій эпителий, столь нерѣдко покрывающій слизистую оболочку при ея хроническихъ воспаленіяхъ (A. Zeller, «Plattenepithel im Uterus. Ichtyosis uterina». «Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.», XI, 1885, стр. 56). Клѣточные элементы канкроида въ этихъ случаяхъ иногда представляются орогоувѣвшими, похожими на эпидермоидальныя клѣтки и прини-

мають характерное расположеніе въ видѣ луковиць (*O. Piering*, «*Ueber einen Fall von atypischer Carcinombildung im Uterus*». «*Zeitschr. f. Heilkunde*», VIII, 1887, стр. 335).

Кромѣ приведенныхъ формъ первичнаго рака тѣла матки, наблюдаются иногда случаи вторичнаго пораженія. Раки шейки матки, прямой кишки, яичниковъ и брюшины (коллоидный) въ извѣстный періодъ своего развитія могутъ переходить *per continuitatem* и на тѣло матки.

**Этіологія.** Ракъ тѣла матки принадлежитъ къ относительно рѣдко встрѣчающимся формамъ заболѣваній, и сравнительно съ раковыми пораженіями шейки онъ наблюдается также рѣдко; правда, за послѣднее время, благодаря болѣе совершеннымъ методамъ изслѣдованія, его удастся діагностицировать чаще, не смѣшивая его ни съ саркомами, ни съ распадающимися фибромиомами, но тѣмъ не менѣе на сто случаевъ рака шейки едва приходится насчитывать три, четыре случая рака тѣла. *M. Duncan* («*Clinical lectures on the diseases of women*», 1883, стр. 312) даетъ нѣсколько большее число, именно 4 на 39, но при этомъ недостаточно устранена возможность, какъ случайнаго совпаденія, такъ и болѣе точнаго исключенія случаевъ саркомы тѣла матки.

Возрастъ больныхъ, представляющихъ развитіе рака въ тѣлѣ матки, болшею частью весьма преклонный, чаще всего отъ 50 до 60 и нерѣдко до 70, тогда какъ возрастъ больныхъ при ракѣ шейки, какъ мы видѣли, чаще всего колеблется между 40 и 50, т. е. около времени наступленія менопаузы. — Ракъ тѣла матки встрѣчается, слѣдовательно, чаще у женщинъ, пережившихъ свои климактерическіе года, и при томъ относительно одинаково часто, какъ у рожавшихъ, такъ и у нерожавшихъ; кромѣ того плодородіе — число родовъ женщины — въ этіологіи рака тѣла не играетъ той выдающейся роли, какъ это наблюдается при ракѣ шейки. Исключенія изъ этого общаго правила однако нерѣдки, и мнѣ уже не разъ приходилось встрѣчать женщинъ отъ 30 до 40 лѣтняго возраста, представлявшихъ развитіе первичнаго рака на слизистой оболочкѣ тѣла матки.

**Припадки.** Хвотечения изъ матки, маточныя бѣли, боли и развитіе кахексіи представляютъ припадки, вызываемые развитіемъ рака въ тѣлѣ матки. Интенсивность всѣхъ названныхъ явленій далеко не одинакова во всѣхъ случаяхъ *carcinomatis corporis*: приходится наблюдать различныя переходныя степени отъ рѣзко выраженнаго комплекса всѣхъ припадочныхъ явленій до почти полнаго ихъ отсутствія. — Кровотечения представляютъ одинъ изъ первыхъ припадковъ; *menorrhagi*'и, переходящія въ *metrorrhagi*'и, не рѣдки; весьма значительныя потери крови относятся все-таки къ болѣе рѣдкимъ явленіямъ, чаще же приходится наблюдать только болѣе или менѣе значительное окрашиваніе кровью вы-

дѣляющейся изъ полости матки жидкости. Эти выдѣленія представляются то весьма обильными и водянистыми, то количество ихъ болѣе умѣренно, и они слизисто-гнионы. Въ періодъ распавенія новообразованія къ выдѣленіямъ примѣшиваются въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ различной величины кусочки ихорозно распадающейся опухоли. Развивающіеся въ содержимомъ полости матки процессы гніенія придаютъ иногда весьма рѣзкій, отвратительный запахъ выдѣленіямъ.

Болевые ощущенія въ теченіи болѣзни не всегда бываютъ одинаковы и не присущи раку, какъ таковому. Боли въ большинствѣ случаевъ носятъ характеръ спозмодическій, напоминающій дисменоррею, и локализируются въ поясницѣ, иррадируя въ ту или другую нижнюю конечность, или и сразу въ обѣ. Продолжительность и время появленія ихъ различны; промежутки между ними иногда до поразительности правильны, такъ что онѣ появляются довольно точно въ извѣстный часъ дня, и больныя съ ужасомъ ожидаютъ наступленія ихъ. Интенсивность ихъ бываетъ весьма значительна и не уступаетъ тяжелымъ формамъ дисменоррейныхъ болей. Наступленіе и развитіе ихъ стоитъ въ связи съ ненормальнымъ содержимымъ полости матки, извергнуть которое является задачей рефлекторно-развивающихся сокращеній мышцъ стѣнокъ ея; болевые приступы прекращаются иногда вдругъ послѣ того, какъ извергается болѣе или менѣе значительный кусокъ омертвѣвшей ткани опухоли. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, съ распространеніемъ рака до брюшиннаго покрова матки, появляются болѣе постоянныя боли внизу живота, вслѣдствіе присоединяющихся мѣстныхъ воспалительныхъ процессовъ брюшины малаго таза.

При ракъ тѣла матки общее состояніе больной иногда весьма долго можетъ представляться удовлетворительнымъ, и только съ появленіемъ значительныхъ разрушеній раковыхъ инфильтрацій и обильныхъ ихорозно-кровянистыхъ выдѣленій развитіе раковой кахексіи наступаетъ какъ бы вдругъ и развивается весьма быстро.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** Выдѣленія изъ полости матки съ примѣсью различной величины хлопьевъ, при неизмѣненной шейкѣ матки, у больныхъ уже престарѣлаго возраста заставляютъ насъ уже думать о возможности рака тѣла матки. При наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи мы находимъ тѣло матки равномерно увеличеннымъ въ объемѣ, консистенція его крайне эластична, подобна той, которая наблюдается при haemotometra; увеличеніе объема матки далеко не во всѣхъ случаяхъ значительно, шейка ея нормальна. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни контуры матки начинаютъ представляться не рѣзко выраженными, подвижность ея значительно ограничена, и давленіе на нее болѣзненно; болѣе рѣдко уже удается прощупать на ней бугристыя утолщенія, соответствующія раз-

растающимъ раковымъ узламъ. Наружное отверстіе пріоткрывается, и въ случаяхъ полипозныхъ раковыхъ разращеній изъ него нерѣдко торчитъ мягкое полипообразное образованіе, симулирующее иногда на первый взглядъ цервикальную полипозную аденому. Вводя въ пріоткрытый *orificium externum* верхушку указательнаго пальца, въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы убѣждаемся въ значительномъ растяженіи полости канала шейки и прощупываемъ выполняющія ее мягкія массы раковыхъ разращеній, идущихъ изъ полости тѣла матки. Мягкая консистенція этихъ разращеній и крайне легкая ломкость ихъ весьма характерны, такъ что микроскопическое изслѣдованіе ихъ въ подобныхъ случаяхъ только подтверждаетъ уже высказанный діагнозъ.

При сплошныхъ, разлитыхъ раковыхъ пораженіяхъ слизистой оболочки тѣла, изслѣдованіе подъ микроскопомъ отходящихъ вмѣстѣ съ выдѣленіями кусочковъ омертвѣвшей ткани не всегда даетъ достаточно точные результаты, и мы должны для вполне удовлетворительнаго изслѣдованія добыть нѣсколько большей величины частицы раково-перерожденной слизистой оболочки. Для этой цѣли, безъ искусственнаго предварительнаго расширенія канала шейки, мы вводимъ маленькую острую ложку въ полость тѣла матки и соскабливаемъ требующуюся часть слизистой оболочки (см. стр. 517). Соскабливаніе это должно быть произведено съ особою осторожностью, такъ какъ мы не знаемъ степени инфильтраціи стѣнокъ матки, и цѣлость раково-перерожденной стѣнки можетъ быть крайне легко нарушена, даже при попыткахъ простого зондированія. Такое нарушеніе цѣлости зондомъ или маленькою острою ложкою одной изъ стѣнокъ тѣла матки въ обыкновенныхъ случаяхъ проходитъ большею частью безнаказанно, въ случаяхъ же рака оно влечетъ за собою развитіе общаго перитонита, убивающаго больную въ теченіе двухъ-трехъ дней.

Доказавъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ извлеченныхъ частицъ слизистой оболочки тѣла матки присутствіе въ ней раковаго новообразованія, мы должны еще доказать отсутствіе таковаго въ слизистой оболочкѣ канала шейки; это послѣднее обстоятельство представляется иногда особенно важнымъ съ точки зрѣнія примѣненія того или другаго метода хирургическаго лѣченія рака тѣла матки. Слизистая оболочка канала шейки изслѣдуется осязаніемъ послѣ предварительнаго искусственнаго расширенія до возможности введенія въ каналъ изслѣдующаго пальца, или же, не расширяя шейки, проводя острою ложкою по слизистой оболочкѣ канала, мы также легко убѣждаемся въ отсутствіи раковой инфильтраціи; конечно, если бы при этомъ были удалены частицы ея, то таковыя должны быть подвергнуты микроскопическому изслѣдованію.

Для опредѣленія вторичныхъ раковыхъ пораженій необходимо



выяснить первичное мѣсто заболѣванія. Точное изслѣдованіе прямой кишки, мочевого пузыря и Дугласова пространства дадутъ намъ достаточныя указанія въ этомъ направленіи. Узлы, прощупываемые на тѣлѣ матки при существованіи асцита, требуютъ болѣе точнаго изслѣдованія асцитической жидкости, выпущенной при пробаторной пункции; присутствіе въ ней большихъ, полиморфныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ говоритъ въ пользу *sarcinosis peritonei*.

**Лѣченіе.** Какъ и при ракѣ шейки, лѣченіе рака тѣла матки представляется или радикальнымъ, или только симптоматическимъ, смотря по тому, въ какомъ періодѣ развитія болѣзни больныя обращаются за нашею помощью. Въ періодѣ, когда новообразование еще строго локализовано, когда раковая инфильтрація еще не достигла до брюшины, и когда матка еще не сращена съ окружающими органами, полное удаленіе матки должно считаться настоятельно показаннымъ. Изъ операцій удаленія матки меньшій процентъ смертности отъ операціи, какъ таковой, до сихъ поръ наблюдается при *colpohysterotomi*'и, и потому эта операція и должна заслуживать преимущества передъ другими. Производство этой операціи уже было нами изложено выше (см. стр. 679), и поэтому теперь мы укажемъ лишь на то, что она можетъ быть производима только, когда тѣло матки не представляется особенно значительно увеличеннымъ; при болѣе-же значительной величинѣ матки къ ней должно быть присоединено чревосѣченіе, и операція окончена, какъ *laparohysterectomy*. Въ исключительныхъ же случаяхъ можетъ быть произведена *amputatio supravaginalis uteri* (см. стр. 639), при чемъ успѣшно удаляется одно только увеличенное тѣло матки.

Оперативный путь лѣченія, какъ и при ракѣ шейки, показанъ только, какъ мы уже сказали, въ начальныхъ періодахъ развитія рака, тогда онъ только и даетъ вполнѣ успѣшные результаты. *Schroeder* могъ наблюдать двухъ своихъ больныхъ еще совершенно здоровыми, одну черезъ 5, другую черезъ 7 лѣтъ послѣ операціи удаленія рака тѣла матки помощью чревосѣченія. Значительное число рецидивовъ даже вскорѣ послѣ операціи объясняется или трудностью въ опредѣленіи распространенія новообразования, или же нѣкоторымъ увлеченіемъ оператора, примѣнившаго радикальное лѣченіе въ случаѣ, въ которомъ операція была уже не показана.

Задачею симптоматическаго лѣченія при ракѣ тѣла матки является устраненіе болей, кровотеченій и пахучихъ выдѣленій съ одной стороны, и съ другой — насколько возможно болѣе энергично поддерживать силы больной, зорко слѣдя за ея общимъ состояніемъ. Какъ и при ракѣ шейки, устраненіе мѣстныхъ припадковъ лучше всего достигается частичнымъ удаленіемъ новообразования. Выскабливая полость матки острою ложкою и удаляя

насколько возможно раково-перерожденную слизистую оболочку и часть стѣнокъ тѣла, мы освобождаемъ большую иногда на довольно долгое время отъ мучившихъ ея припадковъ заболѣванія; особенно рѣзко это замѣчается со стороны болевыхъ ощущеній,— боли пропадаютъ сразу и надолго послѣ выскабливанія. Очевидно, что во время производства выскабливанія должна быть соблюдаема крайняя осторожность, такъ какъ весьма легко, при известной степени распространенія раковой инфильтраціи, произвести сквозное нарушеніе цѣлости стѣнки матки и обусловить смертельный перитонитъ, какъ напр., это наблюдалось въ случаѣ *Spiegelberg'a* («*Arch. f. Gyn.*», VI, стр. 123). При существованіи противопоказаній къ выскабливанію полости матки, лѣченіе должно заключаться въ насколько возможно большей дезинфекціи и поддержаніи чистоты въ полости матки. Частыя промыванія легкими обеззараживающими растворами помощью маточнаго катетера полости матки (см. стр. 516), введеніе въ нее палочекъ изъ іодоформа и, при значительныхъ потеряхъ крови, осторожныя внутриматочныя инъекціи раствора *ol. martis*— составляютъ нашу терапію, дающую иногда значительное облегченіе интенсивности припадковъ.

#### 4) Саркома матки. (*Sarcoma uteri.*)

**Анатомія.** Опухоли соединительно-тканнаго типа, имѣющія всѣ особенности злокачественныхъ новообразованій и известныя въ онкологіи подъ именемъ саркомъ, наблюдаются развивающимися первично также и въ маткѣ, причѣмъ онѣ гораздо чаще встрѣчаются въ тѣлѣ ея, чѣмъ въ шейкѣ, представляя въ этомъ отношеніи полную противоположность тому, что замѣчается относительно рака матки, поражающаго, какъ мы это уже видѣли (см. стр. 651), несравненно чаще шейку. Саркомы тѣла матки въ началѣ своего развитія представляются строго локализованными и развиваются при этомъ или въ слизистой оболочкѣ, или въ толщѣ стѣнокъ *corporis uteri*, причѣмъ исходною точкою ихъ развитія служатъ или межжелезистая, или междумышечная соединительная ткань. Какъ въ слизистой оболочкѣ, такъ и въ стѣнкахъ тѣла матки саркомы наблюдаются или въ видѣ рѣзко-ограниченныхъ опухолей, или же въ формѣ диффузныхъ, разлитыхъ инфильтрацій. На слизистой оболочкѣ полости тѣла онѣ встрѣчаются, или какъ полипозныя образованія, имѣющія иногда довольно ясно выраженную ножку, или же вся слизистая оболочка значительно утолщена, грубоскладчата и превращена въ ткань саркоматознаго новообразованія. Эти саркомы во многомъ при макроскопическомъ изслѣдованіи напоминаютъ собою ракъ слизистой оболочки, онѣ такъ-же, и даже еще болѣе рѣзко выражен-

но, чѣмъ при этомъ послѣднемъ, представляютъ обильныя разращенія ткани, такъ что избытокъ ея направляется въ полость канала шейки, растягиваетъ его и черезъ *orificium externum* проникаетъ во влагалище въ видѣ большей или меньшей величины полиповиднаго образованія. Въ толщѣ стѣнокъ тѣла матки саркомы, развиваясь рѣзко ограниченными узлами (рис. 296), въ начальные періоды своего развитія при изслѣдованіи невооруженнымъ глазомъ весьма похожи на мягкія фиброміомы и подобно имъ встрѣчаются также или въ видѣ подсерозныхъ, или подслизистыхъ, или же междустѣночныхъ опухолей; нерѣдко такая ограниченность новообразованія зависитъ отъ того, что сар-



Рис. 296. (F. Winckel.)

кома развивается изъ уже существовавшей фиброміомы. Болѣе рѣдкіе случаи диффузной саркомы стѣнокъ тѣла матки, причѣмъ слизистая оболочка полости остается не занятой новообразованіемъ, обуславливаютъ иногда значительное увеличеніе всего органа, достигавшаго въ случаѣ, бывшемъ подъ нашимъ наблюденіемъ, до величины болѣе дѣтской головки.

Встрѣчающіяся въ тѣлѣ матки саркомы представляются или кругло-кѣлочковыми (*sarcoma globocellulare*), или же кѣлки ихъ имѣютъ рѣзко выраженную веретенообразную форму (*sarcoma fusocellulare*), иногда въ одной и той же опухоли можетъ встрѣчаться и та, и другая форма кѣлокъ. Кругло-кѣлочковые саркомы наблюдаются преимущественно въ слизистой оболочкѣ, веретенообразно-кѣлочковая же — въ толщѣ стѣнокъ матки.

При изслѣдованіи простымъ глазомъ саркомы представляются въ видѣ весьма мягкихъ, ломкихъ опухолей (*sarcoma medullare, encephaloides*) весьма богатыхъ кровеносными сосудами и нерѣдко съ обширными экстрavasатами въ толщѣ новообразованной ткани. *Sarcoma fusocellulare*, какою она встрѣчается въ мышечныхъ стѣнкахъ тѣла матки, представляется обыкновенно болѣе плотною, съ блестящею бѣловатою поверхностью разрѣза, не рѣдко содержитъ значительное количество волокнистой ткани, приближаясь такимъ образомъ къ фибросаркомамъ. Въ извѣстномъ, уже болѣе позднемъ періодѣ роста въ существѣ круглокѣлочковой саркомы

часто встрѣчаются гнѣзда размягченія, ведущія свое начало изъ бывшихъ экстравазатовъ; ткань въ этихъ мѣстахъ кашицеобразна и легко растирается между пальцами; при доступѣ воздуха подобныя гнѣзда размягченія легко пріобрѣтаютъ ихорозный характеръ, получаются обширныя разрушенія въ опухоли, такъ что нерѣдко наблюдается отхожденіе большей или меньшей величины омертвѣвшихъ кусковъ ея.

Какъ уже было сказано выше, только въ началѣ своего развитія саркома представляются строго локализованными или въ слизистой оболочкѣ, или же въ стѣнкахъ тѣла матки; съ дальнѣйшимъ ростомъ эта рѣзкая граница исчезаетъ, и саркома со слизистой оболочки переходитъ на стѣнки матки. Разростаясь дальше, новообразование захватываетъ все большіе и большіе участки ткани, и относительно довольно скоро мы встрѣчаемъ его уже подъ брюшиною и въ корнѣ широкихъ связокъ матки. Подходя къ брюшинѣ и поражая ее, новообразование обуславливаетъ слипчивыя воспаленія ея съ окружающими частями, такъ что, какъ это особенно рѣзко наблюдается въ *савит retro-uterinum*, можетъ получиться вполнѣ ограниченная ложными перепонками полость, наполненная размягченною и распавшеюся массою саркоматозной ткани. Извѣстенъ случай (*Gusserow*), въ которомъ подобная полость, происшедшая на мѣстѣ новообразованія, проникшаго въ брюшину, вскрылась наружу черезъ покровы живота. Случаи вскрытія полости въ прямую кишку или влагалище встрѣчаются чаще. При распространеніи саркомы въ корень *lig. lati* и околоматочную клѣтчатку, брюшина можетъ представляться не пораженной, и распадающаяся масса опухоли непосредственно вскрывается во влагалище,—такъ было въ одномъ случаѣ подъ нашимъ наблюденіемъ при распространеніи новообразованія стѣнокъ матки въ клѣтчатку между маткою и мочевымъ пузыремъ.

Значительное увеличеніе объема матки при саркомѣ слизистой оболочки полости наблюдается иногда вслѣдствіе значительнаго скопленія слизистой или кровянистой жидкости, или и чистой крови въ этой послѣдней (*hydro-haematometra*); благодаря тому, что разросшаяся масса саркоматозной ткани обусловила непроходимость канала шейки.

Саркомы слизистой оболочки тѣла матки нерѣдко представляютъ сложныя опухоли и встрѣчаются вмѣстѣ съ эпителиальными новообразованіями, какъ карциносаркомы, или же съ лимфомами, какъ лимфосаркомы. Весьма поучительный случай послѣдней категоріи, описанный изъ нашей клиники докторомъ *Велижанинымъ* подъ именемъ *lymphoma malignum haemorrhagicum uteri* («*Arch. f. Gyn.*», XIV, 1879, стр. 164, и «*Врачебн. Вѣдомости*», 1878). Злокачественность саркомъ при ихъ комбинаціи съ лимфомами и раками представляется еще болѣе

рѣзко выраженную, и метастазы въ болѣе отдаленные органы наблюдаются не рѣдко.

Саркомы шейки матки встрѣчаются только, какъ рѣдкіе исключительные случаи, при чемъ опухоль представляетъ особенности, только что указанныя нами при саркомахъ corporis uteri, или же она имѣетъ крайне своеобразный видъ сосочковой



Рис. 297.

опухоли съ какъ бы отечными, увеличенными отдѣльными дольками, грубо напоминающими собою строение пузырнаго заноса (*mola hydatidosa*) (рис. 297). Эти сосочковыя саркомы шейки матки представляются обыкновенно сложными опухолями и чаще всего встрѣчаются вмѣстѣ съ миксомами (*sarcoma papillare mucomatodes*) и нерѣдко съ энхондромами. Развиваясь изъ соединительной ткани сосочковаго слоя наружной поверхности влагалищной части, онѣ удерживаютъ грубую форму сосочковъ, которые увеличиваются значительно въ объемъ, или благодаря разрастанію миксоматочной ткани, или же вслѣдствіи присоединяющихся отековъ; вслѣдствіе это-

го они описываются, или какъ *sarcoma hydropicum papillare* (*Spiegelberg*. «*Arch. f. Gyn.*», XIV, стр. 178), или же какъ *мухома enchondromatodes arborescens colli uteri* (*Рейнз*, «*Протоколы общ. русск. врачей въ СПб.*», 1879—80 г., стр. 306).

Злокачественность саркомъ шейки представляется также рѣзко выраженной, особенно при сосочковой формѣ онѣ рецидивируютъ весьма легко и скоро. Основываясь на такомъ быстромъ

рецидивъ и не достаточно точномъ гистологическомъ изслѣдованіи (старый спиртовый препаратъ), мы должны отнести къ сосочковымъ саркомамъ шейки и случай *Thiede*, описанный имъ подъ именемъ *fibroma papillare cartilagineus portiois vaginalis uteri* («*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*», I., стр. 460). Распространеніе сосочковыхъ саркомъ наблюдается преимущественно въ околوماتочную клѣтчатку и на стѣнку влагалища, кверху же по ткани матки онѣ распространяются гораздо медленнѣе (*Kunitz. «Ueber Papillome der portio vaginalis uteri», Diss., Berlin, 1885, стр. 45*) и на тѣло матки почти никогда не переходятъ.

**Этіологія.** Этіологическіе моменты, обуславливающіе развитіе саркомы въ маткѣ, должны еще считаться въ настоящее время не извѣстными. Быть можетъ существуетъ какая-нибудь связь между развитіемъ саркомы и хроническими, не рѣзко выраженными воспалительными состояніями слизистой оболочки матки, локализирующимися въ межжелезистой соединительной ткани (*endometritis interstitialis*). Саркомы стѣнки матки относительно нерѣдко имѣютъ своею исходною точкою соединительную ткань уже развившихся фиброміомъ, но подъ вліяніемъ какихъ обуславливающихъ причинъ происходитъ этотъ переходъ фиброміомы въ саркому, и играетъ ли при этомъ какую-либо роль такъ называемая *metritis myomatosa*, намъ пока совершенно неизвѣстно.

Саркомы матки встрѣчаются, вообще, не часто и наблюдаются во всякомъ возрастѣ, какъ до наступленія половой зрѣлости и во время полной половой дѣятельности, такъ и спустя уже долгое время послѣ климактерическихъ годовъ; самый преклонный возрастъ, въ которомъ наблюдалась еще саркома матки, былъ 72 года отъ роду. Большинство случаевъ однако встрѣчается между 40—50 годами жизни, слѣдовательно, какъ разъ въ періодъ наступленія полового увяданія. Въ противоположность раку многородящія и особенно плодовитыя женщины не представляютъ особаго предрасположенія къ развитію саркомы, и, наоборотъ, женщины не рожавшія и даже дѣвушки относительно часто поражаются саркомою матки.

**Припадки и теченіе.** Саркомы, помѣщающіяся въ стѣнкѣ матки и происшедшія путемъ перерожденія фиброміомы, нерѣдко не даютъ никакихъ характерныхъ симптомовъ, исключая таковыхъ, свойственныхъ присутствію опухоли (фиброміомы), такъ что діагнозъ злокачественности новообразованія иногда выясняется случайно, на уже вырѣзанной опухоли. Саркомы, развиваясь или изъ уже существовавшей фиброміомы, или же непосредственно къ видѣ узловъ въ стѣнкахъ матки, и разрастаясь довольно быстро, вдаются въ полость тѣла, причѣмъ выстилающая послѣднюю слизистая оболочка также легко вовлекается въ

процессъ и представляется также саркоматозно перерожденною. Въ этотъ періодъ болѣзни припадки, вызываемые саркомою стѣнки матки, обыкновенно вполне аналогичны съ таковыми же при разлитыхъ первичныхъ саркомахъ слизистой оболочки.

Саркомы, обладая въ большинствѣ случаевъ обильнымъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ, представляютъ усиленное выдѣленіе всею своею поверхностью серозной жидкости и весьма легкую кровоточивость при малѣйшемъ прикосновеніи; этими особенностями анатомическаго строенія обуславливаются наблюдаемыя припадочныя явленія. Уже весьма скоро при саркомахъ слизистой оболочки полости матки, развившихся первично или вторично, появляются усиленные выдѣленія изъ матки, имѣющія характеръ свѣтлой, прозрачной жидкости, иногда слегка окрашенной кровью и напоминающей собою мясныя помои. Выдѣленія эти обыкновенно въ теченіи долгаго времени не воюки, и только съ появленіемъ распадаенія опухоли, что при саркомахъ развивается сравнительно позже, они принимаютъ свойства выдѣленій, наблюдающихся при ихорозныхъ распаденіяхъ какихъ бы то ни было опухолей. Совершенно тоже мы наблюдаемъ относительно кровотеченій при саркомахъ матки; вначалѣ, когда еще опухоль цѣла, наблюдаются только усиленные и продолжительныя регулы (*menorrhagiae*), съ появленіемъ же распада *metrorrhagiae* могутъ достигать чрезвычайныхъ размѣровъ. При саркомѣ шейки онѣ появляются чаще и гораздо раньше, такъ какъ опухоль въ данномъ случаѣ подвержена болѣе легко травматическимъ вліяніямъ, чѣмъ будучи заключенной въ полости тѣла матки.

Весьма сильныя болевыя ощущенія и приступы схваткообразныхъ болей, наблюдаемые иногда въ теченіи болѣзни, зависятъ при саркомахъ матки отъ сокращеній этой послѣдней, вызываемыхъ присутствіемъ въ ея полости полипообразной опухоли или же уже свободныхъ частицъ распавшагося новообразованія; съ другой стороны, мѣстныя реактивныя воспаленія брюшины обуславливаютъ рѣзко выраженные постоянныя боли внизу живота, затыгивающіяся иногда на весьма долгое время. Приступы болѣзненныхъ схватокъ достигаютъ весьма высокой степени въ случаяхъ родовъ во влагалище болѣе объемистыхъ саркоматозно-перерожденныхъ подслизистыхъ фиброміомъ. При такой усиленной мышечной работѣ маточныхъ стѣнокъ при удаленіи изъ полости тѣла саркоматозныхъ новообразованій наблюдалось относительно нерѣдко происхожденіе произвольнаго частичнаго выворота матки.

При отсутствіи болѣе значительныхъ кровотеченій истощеніе больныхъ развивается только весьма медленно, но за то тѣмъ рѣзче выступаютъ припадки, обуславливаемые появляющимися иногда метастазами, въ особенности со стороны легкихъ.

Продолжительность течения болѣзни при саркомѣ матки представляется нѣсколько болѣе долгой, тѣмъ при рактѣ, и можетъ быть принята равною 3 годамъ, какъ среднему сроку.

**Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.** Саркомы слизистой оболочки полости тѣла матки при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи могутъ не представлять никакихъ положительныхъ данныхъ, кромѣ болѣе или менѣе значительнаго увеличенія объема матки. Влагалищная часть можетъ быть не измѣнена, *osificium externum* закрыто; увеличенное тѣло матки подвижно и при давленіи не болѣзненно. Но уже весьма скоро картина объективныхъ данныхъ мѣняется; *osificium externum* пріоткрывается и, наконецъ, можетъ свободно пропускать изслѣдующій налецъ въ каналъ шейки и полость тѣла матки. Уже въ каналѣ шейки прощупываются мягкія массы саркоматозной ткани, врастающія сюда изъ полости тѣла. Проникая пальцемъ далѣе въ полость тѣла матки, мы уже можемъ опредѣлить грубый анатомическій характеръ формы новообразованія, т. е. представляется-ли она, какъ *sarcoma tuberosum, lobulare*, или *fungosum*. Ткань опухоли на столько мягка и ломка, что палецъ легко, безъ особаго насилія проникаетъ въ существо ея.

Саркомы, развивающіяся на шейкѣ матки, представляютъ подобныя-же мягкія, сочныя, иногда какъ бы студенистыя массы, выполняющія собою влагалище и такъ заслоняющія доступъ въ *osificium externum*, что иногда необходимо употребить довольно много времени и труда, чтобы точно ориентироваться на счетъ мѣста развитія новообразованія.

Фибро-саркомы стѣнокъ тѣла матки даютъ въ началѣ своего развитія всѣ признаки фиброміомы, отличаясь отъ нея только болѣе быстрымъ ростомъ и появляющейся неправильностью формы увеличивающейся опухоли.

Діагнозъ саркомы матки въ большинствѣ случаевъ не легокъ и часто не можетъ быть поставленъ безъ надлежащаго микроскопическаго изслѣдованія извлеченныхъ тѣмъ или другимъ путемъ частицъ опухоли. Имѣя передъ собою опредѣленную опухоль въ полости матки, состоящую изъ крайне ломкой ткани, дающую большое количество серозно-кровянистыхъ выдѣленій и не представляющую быстрой наклонности къ распаденію и изъязвленію, предположеніе наше о круглоклѣточной саркомѣ слизистой оболочки будетъ почти всегда подтверждено микроскопомъ. Совсѣмъ иначе представляется дѣло при распознаваніи разлитой саркомы слизистой оболочки, не имѣющей еще формы рѣзко опредѣленной опухоли и дающей при микроскопическомъ изслѣдованіи пробныхъ частицъ картины, почти сходныя съ измѣненіями при *endometritis interstitialis*. Извѣстное количество времени наблюденія даннаго случая, — и діагнозъ нашъ становится несомнѣннымъ въ томъ или другомъ направленіи; наблюденіе больной укажетъ намъ на ко-



личество и постоянство серозно-кровоянистыхъ выдѣленій изъ матки, не достигающихъ при эндометритахъ никогда такого обилія, какъ при саркомахъ, и не заключающихъ въ себѣ частицъ распадающихся тканей; при повторномъ внутреннемъ изслѣдованіи измѣненія шейки матки и скоро наступающее пріоткрытие наружнаго отверстія говорятъ уже противъ эндометрита, равно какъ и появленіе разрашеній, нерѣдко заходящихъ изъ полости матки въ каналъ шейки; при эндометритахъ, сопровождаемыхъ обильными потерями крови, больныя могутъ представляться иногда анемичными въ довольно высокой степени, но никогда онѣ не представляютъ ясно выраженного кахектического вида.

Различіе между фиброзою саркомою стѣнки тѣла матки и фиброміомою можетъ иногда представиться также весьма труднымъ. Случаи возвратовъ по удаленіи по видимому мышечныхъ опухолей дали поводъ описывать рецидивирующія фиброміомы, которыя, при болѣе точномъ знакомствѣ съ ними, оказывались фибросаркомами. Развитие опухоли въ климактерическіе года и появленіе обусловливаемыхъ ею кровотеченій въ теченіе времени послѣ уже наступившей было менопаузы, равно какъ и болѣе усиленный ростъ ея въ это же время — говоритъ уже не въ пользу доброкачественной фиброміомы, а указываетъ съ большею вѣроятностью на присутствіе фибросаркомы, въ чемъ насъ убѣждаетъ еще болѣе появленіе быстрого исхуданія, упадка силъ и рѣзко выраженной кахексіи больной.

**Предсказаніе**, вообще, неблагоприятно, такъ какъ болѣзнь, предоставленная самой себѣ, ведетъ къ вѣрной смерти. Только при своевременномъ полномъ удаленіи новообразованія можетъ послѣдовать выздоровленіе. Періодъ времени, когда саркома представляется еще только мѣстнымъ страданіемъ и по удаленіи не даетъ рецидива, по видимому нѣсколько болѣе длиннее, чѣмъ таковой же при ракѣ, такъ что предсказаніе при ней можетъ считаться нѣсколько менѣе неблагоприятнымъ, чѣмъ при этомъ послѣднемъ. Въ запущенныхъ случаяхъ саркомы матки терапия наша совершенно безсильна относительно полнаго выздоровленія, и предсказаніе по этому представляется совершенно неблагоприятнымъ.

**Лѣченіе**, какъ и при ракѣ матки, можетъ быть или радикальное, или симптоматическое, смотря по тому періоду развитія болѣзни, въ которомъ больная обращается за нашею помощію. Задачею оперативнаго лѣченія является удаленіе пораженнаго саркомою тѣла матки, и она можетъ быть выполнена при помощи операций надвлагалищной ампутаціи матки путемъ чревосѣченія, или же *colpohysterectomiae*, или путемъ комбинированія двухъ послѣднихъ операций. Мы будемъ отдавать преимущество влагалищному вырѣзыванію матки во всѣхъ случаяхъ, когда оно

только выполнимо, и когда величина тѣла матки не грозитъ необходимою примѣненіемъ чревосѣченія; операція эта заслуживаетъ предпочтенія уже потому, что процентъ смертности послѣ нея меньше, чѣмъ послѣ надвлагалищной ампутаціи матки, и при ней во всякомъ случаѣ удаляется болѣе ткани и на большей глубинѣ, чѣмъ при этой послѣдней, и дается такимъ образомъ болѣе шансовъ на надежду радикальнаго излѣченія. Colpohysterectomy при саркомѣ шейки матки производится на тѣхъ же основаніяхъ, какъ и при ракѣ ея, хотя при отсутствіи распространенія саркомы вверхъ по тканямъ матки можетъ быть замѣнена высокой ампутаціей шейки съ удаленіемъ, насколько возможно, большихъ участковъ влагалищныхъ стѣнокъ, сводовъ и параметральной клѣтчатки.

Симптоматическое лѣченіе заключается и при саркомѣ матки главнымъ образомъ въ удаленіи, насколько можно, массъ новообразованія путемъ выскабливанія острою ложкою съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ тѣмъ или другимъ средствомъ. Повторныя выскабливанія приносятъ значительное облегченіе больнымъ, устраняя болевья ощущенія, кровотеченія и уменьшая количество выдѣленій. Показанія къ общему лѣченію тѣ же, что и при ракѣ, и были уже нами изложены выше; но я все-таки считаю долгомъ еще разъ указать на крайнюю необходимость общаго лѣченія больныхъ, имѣющихъ саркому матки, и никакъ не ограничиваться только одними мѣстными средствами и оперативными пріемами.



## Алфавитный указатель.

### А.

Абсцессъ матки, 415, 417, 553.  
 — —, см. нагноеніе.  
 Abbreviatio ligg. rotundorum uteri при  
 выпаденіи матки, 388.  
 — — — — при ретрофлексіи, 355.  
 Abortus habitualis при аденомахъ  
 матки, 540.  
 — — при разрывахъ шейки мат-  
 ки, 472.  
 — — при фибромиомахъ матки, 579.  
 — — при хроническомъ метритѣ,  
 431, 440.  
 — — при хронич. эндометритѣ, 511.  
 Adeno-carcinoma colli uteri, 654.  
 — — corporis uteri, 537, 694.  
 Adenoma uteri, 531.  
 — — destruens, 537.  
 — — diffusum, 537.  
 — — malignum, 537.  
 — —, переходъ ея въ ракъ, 537, 695.  
 — — polyposum, 535.  
 — — haemorrhagicum, 532, 537.  
 — — — — myxomatodes, 536.  
 — — — — vasculosum, 536.  
 — — — — cysticum polyposum при фиб-  
 роміомѣ, 553.  
 — — шейки матки, 532.  
 — — —, кистовидная, 533.  
 Acne hyperplastica indurata colli  
 uteri, 468.  
 Acrochordon cervicis uteri, 469, 533.  
 Alexander'овская операція, см. Ab-  
 breviatio ligg. rot.  
 Allongement opératoire при удаленіи  
 подслизистыхъ фиброміомъ мат-  
 ки, 620.  
 Amenorrhoea во второмъ періодѣ хро-  
 нич. метрита, 430.  
 — — при atresia hymenis, 5.  
 — — при atresia vaginae, 42.  
 — — при мочевыхъ свищахъ, 195.

Amenorrhoea при недостаточномъ раз-  
 витіи матки, 276  
 — — при непроходимости шейки мат-  
 ки, 300.  
 — — при рудиментѣ или отсутствіи  
 влагалища, 39.  
 — — при стеновѣ влагалища, 31.  
 — — при uterus rudimentarius, 295.  
 Ампутація влагалищной части при  
 ракѣ ея, 675.  
 — — — — при хроническомъ метри-  
 тѣ, 448.  
 — — — — термокаутеромъ *Paquelin'a*,  
 453.  
 — — — —, частичная, при суженіяхъ  
 нар. зѣва, 287.  
 — — — —, при фолликулярной ги-  
 пертрофіи губъ, 544.  
 — —, надвлагалищная, шейки матки при  
 выпаденіяхъ, 378.  
 — — — — при ракѣ ея, 676.  
 — — матки при невривомъ выво-  
 ротѣ ея, 402.  
 Amputatio uteri myomatosi supravagi-  
 nalis, 639.  
 — — — —, внутрибрюшинный ме-  
 тодь ухода за ножкою, 641.  
 — — — —, въбрюшинный методъ  
 ухода за ножкою, 643, 649.  
 — — — — supravaginalis при ракѣ тѣла,  
 700.  
 — — — — при саркомѣ, 708.  
 — — utero-ovarica при грыжѣ беремен-  
 ной матки, 410.  
 Ампутація шейки матки, какъ при-  
 чина суженій и заращеній зѣва,  
 280, 300.  
 Anteversio uteri, 313.  
 — — при хроническомъ метритѣ, 437.  
 Antepositio uteri, 405.  
 Anteflexio uteri, 318.  
 Антисептическое расширеніе шейки  
 матки по *Kocks'у*, 290, 515.  
 Anus praeternaturalis vaginalis, 239.

- Аспить при ракъ матки, 665, 700.  
 — при фиброміомахъ матки, 578.  
*Atresia hymenis*, 5.  
 — *vaginae*, 41.  
 — — *unilateralis*, 49.  
 — мочеиспускательнаго канала при  
 пузырно-влагалищныхъ свищахъ,  
 217.  
 — шейки матки, 2. 8.  
*Atrophia uteri congenita*, 273.

## Б. (В.)

- Бартолиновы железы, заболѣваніе  
 ихъ, какъ причина вагинизма, 244.  
 Безплодіе при аденомахъ матки, 540.  
 — при *anteflexio uteri*, 323.  
 — при *hyperaesthesia hymenis*, 19.  
 — при *vagina septa*, 24.  
 — при вагинизмѣ, 247.  
 — при моче-влагалищныхъ свищахъ,  
 195.  
 — при разрывахъ промежности, 161.  
 — при ретрофлексіи матки, 340.  
 — при суженіяхъ отверстій матки,  
 281.  
 — при фиброміомахъ матки, 572, 578.  
 — при хроническомъ метръть, 431.  
 — при хронич. эндометритѣ, 511.  
 — при цервикальномъ эндометритѣ,  
 471.  
 Беременная матка въ грыжевомъ  
 мѣшкѣ, 407, 409.  
 — —, хронич. метръть ея, 431. 433.  
 Беременность, вліяніе ея на фибро-  
 міомы матки, 582.  
 —, вѣматочная, въ грыжевомъ мѣш-  
 кѣ, 409.  
 — въ неправоимой выпавшей маткѣ,  
 370.  
 — въ рудимент. рогаъ однорогой матки  
 306.  
 —, менструація и овуляція во время  
 нея, 265.  
 — при ракъ шейки матки, 668, 693.  
 — при фиброміомахъ матки, 596, 630.  
 —, трубная, при полипозн. аденомѣ  
 матки, 540.  
 —, удаленіе опухолей влагалища при  
 ней, 136.  
*Blenorrhoea uteri*, 507, 509.  
 Волѣзвенное совокулленіе, см. *Dyspa-  
 reunia*.  
 Брюшина, воспаленія ея при фибро-  
 міомахъ матки, 567, 581, 583, 605.  
 Брюшное полнокрівіе въ этиологіи за-  
 болѣваній матки, 428, 459, 478, 498.  
 Бугорчатка влагалища, 114.  
 — матки, 529.  
 Бужи *Hegar'a*, 290.  
 Бѣли, влагалищныя, 93, 143, 161.  
 —, маточныя полостныя, 470, 494,  
 507, 518.

- Бѣли, при аденомахъ матки, 539.  
 — при ракъ матки, 663, 698.  
 — при саркомѣ матки, 706.  
 — при фиброміомахъ матки, 574.  
 — при *endometritis tuberculosa*, 531.  
 —, цервикальныя, 470.

## В. (V.)

- Вагинизмъ. 18, 241.  
*Vaginismus superior*, 247.  
*Vagina duplex s. septa*, 23.  
 — —, какъ препятствіе для совоку-  
 пленія, 266.  
 — *subsepta s. partim septa*, 26.  
 — *unilateralis*, 28.  
*Vaginitis adhaesiva*, 30.  
 — *vesiculosa*, 87.  
 — *vetularum*, 88.  
 — *gangraenosa*, 30.  
 — *gonorrhoeica*, 85, 88, 90, 94, 98, 100,  
 104.  
 — *granulosa*, 86  
 — *gummosa*, 111.  
 — *herpetic*, 87.  
 — *dysphteritica* 116.  
 — *emphysematosa*, 106.  
 — *epithelialis*, 110.  
 — *erysipelatos*, 119.  
 — *exfoliativa*. 110.  
 — *catarrhalis*, 84.  
 — *mycotica*, 111.  
 — *necrotica*, 115, 468.  
 — — при мочевыхъ свищахъ, 193.  
 — *simplex*, 85.  
 — *tuberculosa*. 114.  
 — *ulcerosa adhaesiva*, 88.  
 — *follicularis*, 83.  
 Вагинитъ при инородныхъ тѣлахъ, 142.  
 — при разрывахъ промежности, 161.  
*Ventrofixatio uteri* при ретрофлексіи  
 или выпаденіи, 354, 389.  
 Вестибулярный надрѣзъ при фисту-  
 лоррафіяхъ. 216.  
 Влагалище, газовыя кисты его, 107.  
 —, гангрена его, 30, 114, 118.  
 —, одностороння зарощенія его, 49.  
 —, окружающія его мышцы, 241.  
 —, полный выворотъ его, 70.  
 —, постоянное орошеніе его, 624.  
 —, частичныя выпячиванія его, 27.  
 —, чрезмерно узкое или короткое, 27.  
 Влагалищное вырѣзываніе матки, см.  
 Вырѣзываніе.  
 Влагалищныя камни, 142.  
 — свищи вслѣдствіе инородныхъ тѣлъ  
 143.  
 — — мочеыхъ путей, 184.  
 — — прямой кишки, 232.  
 — — тонкихъ кишекъ, 238.  
 Внутробрюшинный методъ ухода за  
 ножкою послѣ *laparomyotomii*,  
 641.

Внутриматочная спринцовка *Braun's*, 523.  
 — тампонация по *Vaillet*, 521, 543.  
 — терапия при ракъ тѣла матки, 701.  
 — — при фиброміомахъ, 601.  
 — — при хронич. эндометритѣ, 521.  
 Внутриматочные катетеры, 516.  
 — пессарія при *ante flexio uteri*, 328.  
 — — при недостаточномъ развитіи матки, 278  
 — — при суженіяхъ цервик. канала, 291.  
 Внутриматочныя впрыскиванія при кровотеченіяхъ, 318.  
 — — при новообразованіяхъ полости матки, 544, 601.  
 Внутрисвязочныя фиброміомы матки, 627.  
 Внутривъночныя фиброміомы матки, 548.  
 Въбрюшинный методъ ухода за ножкою послѣ *laparotomy* 643, 649.  
 Въматочная беременность, 409, 540  
 Водянка. брюшная, при ракъ матки, 665, 700.  
 — — при фиброміомахъ матки, 578.  
 Воспаленіе влагалища, 83.  
 Воспаленіе матки, острое, 412.  
 — —, хроническое, 417.  
 — — — въ этиологіи *anteversionis uteri*, 313.  
 — слиз. оболочки полости матки, острое, 490.  
 — — —, хроническое, 496.  
 — шейки матки, 458.  
 Воспалительные процессы въ фиброміомахъ матки, 563, 567.  
 Восмиобразный пессарій *Schultze*, 350.  
 Вправленіе выворота матки, 399.  
 Врожденные перегибы матки впередъ и назадъ, 320, 335.  
 Врожденныя выпаденія влагалища, 60.  
*Vulvitis*, какъ причина вагинизма, 243.  
 Выворотъ влагалища, полный, 70.  
 — матки, 389.  
 — —, ампутация вывернувшейся части ея, 402.  
 — — при фиброміомахъ ея, 404, 563, 569, 576, 590.  
 — —, чревосѣченіе при немъ, 401.  
 — шейки матки при боковыхъ разрывахъ ея, 460, 465, 659.  
 Выкидышъ при аденомахъ матки, 540.  
 — при разрывахъ шейки матки, 472.  
 — при фиброміомахъ матки, 579.  
 — при хронич. метритѣ, 431, 440.  
 — при хронич. эндометритѣ, 511.  
 Выпаденіе влагалища, 53.  
 — — и матки вслѣдствіе разрывовъ промежности, 159.

Выпаденіе матки, 359.  
 — — при выворотѣ ея, 390.  
 — — при фиброміомахъ ея, 576.  
 Вылущеніе внутрисвязочныхъ фиброміомъ матки путемъ чревосѣченія, 646.  
 — внутривъночныхъ фиброміомъ матки черезъ влагалище, 621.  
 — подбрюшинныхъ фиброміомъ матки путемъ чревосѣченія, 636.  
 Вырѣзываніе матки путемъ чревосѣченія при ракъ тѣла, 700.  
 — — — при ракъ шейки, 686.  
 — — черезъ влагалище при выпаденіи ея, 389.  
 — — — при злокачественной аденомѣ, 544.  
 — — — при ракъ тѣла, 700.  
 — — — при ракъ шейки, 679.  
 — — — при саркомѣ, 708.  
 — — — при хронич. эндометритѣ, 529.  
 Выскабливаніе для распознаванія заболѣвающей внутр. поверхности матки, 476, 517, 542, 699.  
 — полости матки при аденомахъ, 544.  
 — — — при ракъ ея, 701.  
 — — — при саркомѣ ея, 709.  
 — — — при хронич. эндометритѣ и техника его, 514, 517, 526.  
 — рака шейки матки, 689,  
 — слиз. оболочки матки при фиброміомахъ, 602.

## Г. (G. H.)

Газовыя кисты влагалища, 107.  
 Гавгрена влагалища, 30, 114, 118.  
 Гангренозное размягченіе фиброміомъ матки, 563, 581, 583, 594, 625.  
 Гангренозныя воспаленія шейки матки, какъ причина суженій и заращеній ея, 280, 300.  
*Garrulitas vulvae*, 161.  
*Haematocolpos* при *atresia hymenis*, 5.  
 — при *atresia vaginae*, 42.  
 —, какъ причина смѣщенія матки вверхъ, 407.  
 — *unilateralis*, 49, 304.  
*Haematoma vaginae*, 121.  
 — — *polyposum*, 122.  
 — *lig. lati* при разрывахъ влагалища, 149.  
*Haematometra* при *atresia hymenis*, 6.  
 — при заращеніи влагалища, 42.  
 — при непроходимости канала шейки, 298.  
 — при ракъ шейки, 656.  
 — при рудиментѣ влагалища, 39.  
 — при саркомѣ матки, 703.  
 — *lateralis* при однорогой маткѣ, 305, 306.

— unilateralis, 49, 303.  
 — — въ грыжевомъ мѣшкѣ, 409.  
 Haematosalpinx, 6, 11, 39, 43, 50, 299.  
 — unilateralis, 306.  
 Haematocoele при непроходимости шейки матки, 299.  
 — retrouterina, какъ причина смѣшенія матки впередъ, 405.  
 Геморрагическій острый эндометритъ при холерѣ, 493.  
 Hernia vaginalis, 66.  
 — uteri, 407.  
 Herpes colli uteri, 468.  
 Hygroma vaginae, 127.  
 Hydrocolpos, 5.  
 — unilateralis, 128.  
 Hydrorrhoea intermittens при фибромиомахъ матки, 575.  
 Hydrometra при ракѣ шейки, 656.  
 — при саркомѣ матки, 703.  
 — при старческомъ заращеніи внутр. зѣва, 299.  
 — lateralis, 50.  
 Гидронефрозъ при выпаденіяхъ влагалища, 62.  
 — при перегибѣ матки назадъ, 338.  
 — при ракѣ матки, 657, 666.  
 — при фибромиомахъ матки, 577, 596.  
 Hydronephrosis artificialis temporaria для распознаванія свищей мочеточника, 198.  
 Hymen imperforatus; 5.  
 — см. Дѣвственная плева.  
 Hymenectomy, 17, 19, 249.  
 Hymenotomia, 21.  
 Гимнастика, мѣстная, при сращеніяхъ матки, 330, 347.  
 Hyperaesthesia hymenaeica, 18, 244.  
 Гипертрофическія утолщенія шейки матки, 360, 362, 371.  
 Гипертрофія шейки матки при первичномъ выпаденіи влагалища, 71.  
 — — — фолликулярная, 534, 544.  
 Hypoplasia uteri, 273.  
 Hysteria при болѣзняхъ матки, 111, 325, 341, 434.  
 Hysteroceleis temporaria послѣ вправленія выворота матки, 402.  
 Hysterotrachelocleisis temporaria для остановки кровотеченій при фибромиомахъ матки, 603.  
 Hysterotrachelorrhaphia, 482, 484.  
 — по *A. Martin'y*, 486.  
 Hysterostomatia 285.  
 Гистерофоръ *Roser-Scanzoni*, 76.  
 — *Seyfert-Scanzoni*, 376.  
 — *Zwanck'a*, 76, 375.  
 Hysterocele, 407.  
 Глисты во влагалищѣ, 144.  
 Гнойникъ матки, 415, 417, 553.  
 —, околывлагалищный, 98, 122.  
 Гоноррея влагалища, 85, 88, 90, 94, 96, 100, 104.

Гоноррея въ этиологіи вагинизма, 243.  
 — въ этиологіи железист. новообразованій матки, 538.  
 — полости матки, 491, 495.  
 Горячіе души при выпаденіяхъ влагалища, 73.  
 — — при недоразвитіи матки, 277.  
 — — при фибромиомахъ матки, 600.  
 — — при хроническомъ метритѣ, 444.  
 Граафовы пузырьки. созрѣваніе ихъ во время беременности, 268.  
 Graviditas extrauterina въ грыжевомъ мѣшкѣ, 409.  
 Graviditas tubaria при аденомѣ матки, 540.  
 Грыжа, влагалищная, 66.  
 Грыжа матки, 407.  
 Грыжесъченіе при hernia uteri, 409.  
 Губки прессованныя, 25, 290, 514.

## Д. (D.)

Двуорогая матка, 260.  
 — —, смѣшеніе ея въ грыжевой мѣшкѣ, 408.  
 Двусторонній разрѣзъ шейки при суженіяхъ ея канала, 287.  
 Descensus uteri, 359.  
 — — вслѣдствіе наклоненія или перегиба матки назадъ, 332, 335.  
 Дефектъ матки, 296.  
 — шейки матки, 298.  
 Decidua menstrualis, 511.  
 Dysmenorrhoea membranacea, 110, 511.  
 — при антефлексіи матки, 322.  
 — при недостаточномъ развитіи матки, 276.  
 — при ретрофлексіи матки, 339.  
 — при стенозахъ влагалища, 31.  
 — при суженіяхъ отверстій матки, 281.  
 — при фибромиомахъ матки, 575.  
 — при хроническомъ метритѣ, 430.  
 — при хроническомъ эндометритѣ, 508.  
 Dyspareunia вслѣдствіе вагинизма, 18, 244.  
 — при моче-влагалищныхъ свищахъ, 195.  
 — при разрывахъ промежности, 161.  
 — — — шейки матки, 472.  
 Дифтеритъ влагалища, 114.  
 Дифтеритическія воспаленія шейки матки, какъ причина суженій и заращеній ея, 280, 300.  
 Дренажъ полости матки, 521.  
 — при lapaotomotomia, 637, 647.  
 Дѣвственная плева, анатомія ея, 1.  
 — —, аномаліи стресенія ея, 15.  
 — —, заболѣванія ея, 1.  
 — —, новообразованія ея, 21.

Двѣтвенная плева, пороки развитія ея, 3.  
— —, цѣлость ея послѣ родовъ, 17.

## Е. Э.

Экразеръ *Лазаревича*, 616.  
Ectopia vesicae urinariae, 362.  
Ectropion vesicae при пузырно-влагал. свищахъ, 192.  
— canalis cervicis, 460, 465, 659.  
Extirpatio uteri vaginalis при ракъ тѣла матки, 700.  
— — — при ракъ шейки матки, 679.  
— — — при саркомѣ матки, 708.  
Excisio port. vagin. cuneiformis partialis при суженіяхъ наружнаго зѣва, 286.  
Эластическій жгутъ при ампутаціи вывернувшейся матки, 403.  
— — при colpomyotomia, 615; 618  
— — при laryngomyotomia, 634, 639  
643, 646.  
Elevatio uteri, 406,  
— — при подбрюшинныхъ фиброміомахъ, 567.  
Электричество при недоразвитіи матки, 277.  
— при фиброміомахъ матки, 607.  
Embolia art. pulmonalis при фиброміомахъ матки, 554, 584.  
Эмбриологія матки, 253.  
Emenagoga, 277.  
Endometritis atrophicans, 500, 507, 509, 521, 528.  
— blenorragica, 509, 528.  
— vasculosa, 505.  
— villosa, 393, 492, 503, 506.  
— haemorrhagica, 509, 527.  
— — acuta при холерѣ, 493.  
— hyperplastica diffusa, 506, 513.  
— glandularis, 501, 537.  
— — при фиброміомахъ матки, 552.  
— gonorrhoeica, 491, 495, 528.  
— dysmenorrhoeica exfoliativa s. membranacea, 110, 505, 510, 519, 528.  
— dissecans, 504.  
— exanthematica, 494.  
— interstitialis, 503, 509, 510,  
— — при фиброміомахъ матки, 552, 563.  
— colli, 458.  
— corporis acuta, 490.  
— — chronica, 496.  
— polyposa, 499, 506, 527.  
— tuberculosa, 529.  
— fungosa, 499, 506, 509, 513, 527.  
— — при фиброміомахъ матки, 573.  
— cervicis, 458.  
Enterocoele vaginalis, 66.  
Eripocoele vaginalis, 69.

Erisioleisis при мочевыхъ свищахъ, 227.  
— съ предварительнымъ образованіемъ искусств. пузырно-брюшнаго свища, по *Nussbaum'y*, 229.  
Epithelioma cylindrocellulare carcinomatosum, 538.  
Erysipelas vaginae, 119.  
Эрозія шейки матки, 465.  
— — —, отношеніе ихъ къ раку, 659.  
Erosio glandularis, 466, 532, 542.  
— papillaris, 467.  
— simplex, 466.  
— follicularis, 467.

## Ж.

Жгутъ. эластическій, 403, 615, 618, 634, 639, 643, 646.  
Железистая эрозія влагал. части, 466, 532, 542.  
Железистый эндометритъ, 501, 537.  
— — при фиброміомахъ матки, 552.  
— ракъ шейки матки, 654.  
Железистыя опухоли матки, 531.  
Желтое тѣло, истинное, при фиброміомѣ матки, 551.  
Жировое перерожденіе въ фиброміомахъ матки, 554, 559, 583.

## З.

Заматочная кровяная опухоль, см. Haematocoele.  
Запоры, механическіе, при ретрофлексіи матки, 339.  
— при ракъ шейки матки, 666.  
— при фиброміомахъ матки, 577.  
— при хроническомъ метритѣ, 434.  
Заращенія влагалища, 41.  
— —, одностороннія, 49.  
— шейки матки, 300.  
Зачаточная матка, 292.  
— шейка матки, 298.  
Зачаточное влагалище, 37.  
Зачаточный рогъ при однорогой маткѣ, 304.  
Зашиваніе боковыхъ разрывовъ шейки матки, 482.  
— свѣжихъ разрывовъ промежности, 167.  
— старыхъ разрывовъ промежности, 172.  
Зеркала *Sims'a*, *Simon'a* и *Fritsch'a*, 205.  
Зеркало, влагалищное, для ваннъ, 106.  
— *Cusco*, 96.  
— *Heinebaeyera*, 206.  
Зондированіе матки при антефлексіи ея, 325.

Зондированіе матки при фиброміомахъ, 586, 589.  
 — — при хроническомъ эндометритѣ, 513.  
 — —, методическое, при недоразвитіи ея, 278.  
 — фаллопиевыхъ трубъ при выворотѣ матки, 392.  
 Зондъ для вправленія ретрофлексированной матки, 346.  
 Зудъ наружныхъ половыхъ органовъ при вагинитахъ, 97.  
 — — — — при ракъ матки, 661, 667.  
 — — — — при цервикальномъ эндометритѣ, 471.

## И. (I. J.)

Игла *Kaltenbach'a*, 614.  
 Иглодержатель *Hagendorn'a*, 166.  
 Игнипунктура влагалищной части при хроническомъ метритѣ, 454.  
 Икота при ретрофлексіи матки, 341.  
 Impotentia coeundi, 9, 15, 24, 27, 31, 38, 295.  
 Inversio uteri, 389.  
 — — при фиброміомахъ матки, 563, 569, 576, 590.  
 Incontinentia alvi et flatuum при влагалищныхъ свищахъ прямой кишки, 234.  
 — — — — при полныхъ разрывахъ промежности, 162.  
 — — — — при выпаденіи влагалища, 63.  
 — — — — при различныхъ мочевыхъ свищахъ, 194.  
 — — — — при расширеніи мочеиспускательнаго канала, 38.  
 Иородныя тѣла во влагалищѣ, 142.  
 Интерстиціальныя фиброміомы матки, 548.  
 Интралигаментарныя фиброміомы матки, 627.  
 Иодоформированныя внутриматочныя тампоны *Vuillet*, 521, 543.  
 Иодоформированныя разбухающія средства, 514.  
 Irritatio spinalis при вагинизмѣ 245.  
 Искусственная менопауза послѣ кастраціи, 612.  
 Искусственный гидронефрозъ, 198.  
 Искусственный пузырно - брюшной свищъ, 229.  
 — — — — пузырно-влагалищный свищъ, 187, 429.  
 Исправленіе положенія матки при ретрофлексіи ея, 344.  
 Ischias при ракъ шейки матки, 666.

## К. (C.)

Кавернозные сосуды въ капсулѣ фиброміомъ, 550, 574.

Камни, маточные, 555.  
 —, мочевые, отхожденіе ихъ per vaginam, 556.  
 Канализированныя полипы *Oldham'a*, 534.  
 Канкроидъ тѣла матки, 696.  
 — шейки матки, 651 671.  
 Сancer epitheliale colli uteri, 651, 671.  
 — colli uteri, 651.  
 — vaginae, 136.  
 Carcinoma corporis uteri 694.  
 — medullare colli uteri, 654, 671.  
 — cylindrocellulare colli uteri, 654, 671,  
 Кастрація при отсутствіи влагалища, 39.  
 — — при недоразвитіи матки, 278.  
 — — при антефлексіи матки, осложненной периметритомъ, 327.  
 — — при uterus rudimentarius, 297.  
 — — при фиброміомахъ матки, 609.  
 — — при хроническомъ эндометритѣ, 529.  
 Sauterisatio intravesicalis при пузырно-влагалищныхъ свищахъ, 202.  
 — — — — intrafistularis при нихъ-же, 201.  
 — — — — perifistularis при нихъ-же 202.  
 —, см. Прижиганіе.  
 Киста яичника, выпавшая черезъ разрывъ свода влагалища, 69.  
 Кистовидныя аденомы шейки матки, 533.  
 — — фиброміомы матки, 549, 564.  
 Кисты влагалища, 124.  
 — — — — газовыя, 107.  
 — — — — дѣтственной плевы, 22.  
 Кишечно-влагалищныя свищи, 232.  
 Кишечные свищи при ракъ матки, 657, 658.  
 Clavus hystericus при ретрофлексіи матки, 341.  
 Climax praematurus послѣ кастраціи, 612.  
 Клиновидное вырѣзываніе влагалищной части при суженіяхъ наружнаго зѣва, 286.  
 Лоака при ракъ шейки матки, 658.  
 Coitus reservatus въ этиологіи болѣзней матки, 426 497.  
 Coitus sub menstruatione въ томъ-же отношеніи, 413, 459.  
 — см. Совокупленіе.  
 Collum conicum, 279.  
 Colporrhoeis, 149.  
 Кольеинтерьеръ для вправленія выворота матки, 400.  
 Colpitis, см. Vaginitis.  
 Colpo-hyperplasia cystica, 106.  
 Colpohysterectomy, см. Вырѣзываніе матки черезъ влагалище.  
 Colposclerosis при мочевыхъ свищахъ, 223, 556.  
 — — — — partialis mediana, 383.



Colporrhaphia, самопроизвольный, при мочевых свищахъ, 200.  
 Colpomyotomia, 614.  
 Colporrhaphia anterior при выпаденіи влагалища, 77.  
 — — при выпаденіи матки, 381.  
 — mediana, 387.  
 Colporrhaphia posterior, 81.  
 Colporrhaphia по Hegar'y, 381.  
 — по A. Martin'y, 385.  
 Кольцо Mayer'a при anteversio uteri, 316.  
 — — при выпаденіи влагалища, 74.  
 — — при выпаденіи матки, 375.  
 — — при retroversio uteri, 334.  
 — — при хроническомъ метритѣ, 456.  
 Кольцо, см. Пессарій.  
 Conglutinatio orificii externi uteri, 283.  
 Кондиломы, острия, влагалища, 88.  
 Крестцово-маточныя связки, укороченіе ихъ, какъ причина неправильныхъ положеній матки, 314, 321, 330, 406.  
 Кровеносныя сосуды фиброміомъ матки, 547, 550, 556, 574.  
 Кровоизвлеченія, мѣстныя, при хроническомъ метритѣ, 442, 479.  
 Кровоизліянія въ ткань фиброміомъ матки, 559.  
 Кровоостанавливающая терапия при фиброміомахъ матки, 598.  
 Кровотеченіе изъ разрыва дѣвственной плевы, 17.  
 Кровотеченія, вторичныя, послѣ зашиванія мочевыхъ свищей, 221.  
 Кровотеченія, см. Menorrhagia, Metrorrhagia.  
 Кровяная опухоль влагалища, 121.  
 — —, заматочная, 299, 405.  
 Крутлыя связки, укороченіе ихъ при выпаденіи матки, 388.  
 — —, — — при ретрофлексіи матки, 355.  
 Кэгутъ, обработанный ol. juniperi, 77.  
 —, обработанный въ хромовой кислотѣ, 387.

## Л. (L.)

Laminaria, 25, 290.  
 —, йодоформированная, 515.  
 Larynhysterectomy при ракъ тѣла матки, 700.  
 — при ракъ шейки матки, 686.  
 Laryomyotomia, 626.  
 —, см. Amputatio uteri.  
 — въ два сеанса, 633.  
 Laryotomia explorativa, 594.  
 Laryotomia, см. Чревосѣченіе.  
 Lapides in utero noti, 555.  
 Lateroversio,—flexio uteri, 358.  
 Lateropositio uteri, 406.  
 Lacerationes colli uteri, 458, 659.

Levator ani въ состояніи покоя и сокращенія, 246.  
 — —, спавъ его, 32, 248, 251.  
 Leptotrix vaginalis, 113.  
 Ligamentum recto vesicale при двурогой маткѣ, 264.  
 Лимфангоитъ при vaginitis gonorrhoeica, 98.  
 Лимфатическія сосуды фиброміомъ матки, 547, 556.  
 Lymphoma malignum uteri, 703.  
 Липомы влагалища, 142.  
 Ложкообразныя зеркала, 205.  
 Лоскутный способъ образованія новаго влагалища по Геннеру, 40.

## М.

Mastodynia при хроническомъ метритѣ, 433.  
 Матка, нормальное положеніе ея 308.  
 —, постоянное орощеніе ея, 624  
 Маточныя артеріи, перевязка ихъ при хроническомъ метритѣ, 454.  
 — —, — — передъ выскабливаніемъ рака шейки матки, 690.  
 Между-менструальныя боли при хроническомъ метритѣ, 431.  
 Membrana dysmenorrhoeica, 110, 511.  
 Meningocele sacralis anterior, какъ причина смѣщенія матки впередъ, 405.  
 Менопауза, искусственная, послѣ кастраціи, 612.  
 Menorrhagia при anteversio uteri, 315.  
 — при выпаденіи матки, 369.  
 — при остромъ метритѣ, 414.  
 — при ракъ матки, 662, 697.  
 — при retroversio,—flexio uteri, 333, 339.  
 — при саркомѣ матки, 706.  
 — при хроническомъ метритѣ, 430, 435.  
 — при хроническомъ эндометритѣ, 508.  
 — при цервикальномъ эндометритѣ, 471.  
 Менструація, coitus во время нея, 413, 459,  
 — викарная, 295.  
 —, внезапное прекращеніе ея при остромъ метритѣ, 414.  
 —, продолжающаяся во время беременности, 265.  
 —, одновременная, при раздвоеніяхъ матки, 264, 270.  
 Metritis acuta, 412.  
 — colli, 418, 455.  
 — myomatosa, 545, 555, 582.  
 — syphilitica 428.  
 — chronica, 417.  
 — — въ этиологіи наклоненія матки впередъ, 313.  
 — — при фиброміомахъ матки, 575.  
 — cervicis, 418, 458.  
 Metrocolpocele, 68.

- Metroorrhagia при аденомахъ матки, 539.  
 Metroorrhagia при выворотѣ матки, 396.  
 — при фиброміомахъ матки, 508, 573.  
 Metroorrhagia, см. Menorrhagia.  
 Mycosis vaginae, 111.  
 Міомы влагалища, 131.  
 — матки, 545.  
 Missed labour при ракъ шейки матки, 668.  
 Мозговикъ шейки матки, 654, 671.  
 Molimina menstrualia при atresia hy-  
 menis, 7.  
 — — при atresia vaginae, 42.  
 — — при atresia vaginae unilateralis,  
 51.  
 — — при рудиментѣ влагалища, 39.  
 — — при непроходимости шейки мат-  
 ки, 301.  
 — — при uterus rudimentarius, 295.  
 Мочевой пузырь, изслѣдованіе его  
 пальцемъ по *Simon*'у, 199.  
 — —, катарръ его при выпаденіяхъ  
 влагалища, 63.  
 — —, есторія его, 362.  
 — —, выворотъ его при пузырно-  
 влагал. свищахъ, 192.  
 Мочевые камни, отхожденіе ихъ per  
 vaginam, 556.  
 — свищи, 184.  
 — — при ракъ шейки матки, 658.  
 Мочеиспусканіе, произвольное, см.  
 Недержаніе мочи.  
 —, расстройства его при ракъ шейки  
 матки, 665.  
 — — — при фиброміомахъ матки,  
 557.  
 —, частые позывы къ нему при ante-  
 versio, — flexio uteri, 315, 324.  
 —, — — — при хроническомъ ме-  
 тритѣ, 429.  
 Мочеиспускательный каналъ, атрезія  
 его при пузырно-влагалищныхъ  
 свищахъ, 217.  
 — —, оперативное восстановленіе его,  
 226.  
 — —, совокупленіе черезъ него, 9,  
 38, 244, 250, 295.  
 Мочеточники, перегибъ ихъ при ре-  
 трофлексіи матки, 338.  
 —, см. Гидронефрозъ.  
 —, пораненіе ихъ при фистулографіи,  
 213.  
 Мочеточниковые свищи, 188, 191.  
 Мышцы, окружающія влагалище, 32,  
 241.  
 — — —, разрѣвъ или разрывъ ихъ  
 при вагинизмѣ, 250.  
 Мѣсячногонныя сределца, 278.
- Н. (N.)**
- Нагноеніе въ фиброміомахъ матки,  
 553, 567, 581, 583.
- , какъ исходъ остраго метрита, 415.  
 Надвлагалищная ампутація, см. Ам-  
 путація.  
 Наклоненіе матки впередъ, 313.  
 — — въ сторону, 338.  
 — — назадъ, 331.  
 Neuralgia vulvo vaginalis, 242.  
 Неврозы, отраженные, при заболѣ-  
 ваніяхъ половыхъ органовъ, 111,  
 162, 325, 341, 433, 512.  
 Невромы наружныхъ половыхъ ор-  
 гановъ, какъ причина вагинизма,  
 244.  
 Недержаніе кала и газовъ при вла-  
 галищныхъ свищахъ прямой киш-  
 ки, 234.  
 — — — при полныхъ разрывахъ про-  
 межности, 162.  
 — мочи при выпаденіяхъ влагалища,  
 63.  
 — — при различныхъ мочевыхъ сви-  
 щахъ, 194.  
 — — при расширеніи мочеиспука-  
 тельнаго канала, 38.  
 Недостаточное обратное развитіе, см.  
 Subinvolutio.  
 Недостаточное развитіе матки, 273.  
 Некротизирующія воспаленія влага-  
 лища, 30, 114, 193, 468.  
 Неправильныя положенія матки, 308.  
 — — — въ этиологіи хроническаго  
 метрита, 427.  
 — — — при фиброміомахъ ея, 567,  
 577, 579.  
 Непроходимость внутренняго зѣва  
 при антефлексіи матки, 319, 326.  
 Нервы въ фиброміомахъ матки, 547.  
 Nephrectomia при мочеточниковыхъ сви-  
 щахъ, 220.  
 Новообразованія влагалища, 121.  
 — дѣственной плевры, 21.  
 — матки, 531.  
 — — при порокахъ развитія ея, 271,  
 571.  
 Ногодержатели, 204.  
 Ножныя *Vegetan'a*, 208.  
 Нормальное положеніе матки, 308.
- О.**
- Обеззараживаніе влагалища, 103.  
 — полости матки, 516, 624.  
 Obliteratio vulvae rectalis по *Rose*, 227.  
 Объявленіе фиброміомъ матки, 551,  
 555.  
 Ovariocele vaginalis, 68.  
 Ovula Nabothi, 468, 533.  
 Овуляція во время беременности, 265,  
 Однорогая матка, 257.  
 — —, разрывъ ея во время родовъ,  
 259.

Односторонний дефектъ шейки матки, 303.  
 Одностороннія заращенія влагалища, 49.  
 Ожоги значительныхъ поверхностей тѣла въ этиологии фунгознаго эндомиетрита, 498.  
*Oidium albicans*, 113.  
 Омѣленіе фиброміомъ матки, 551, 555.  
 Ованизмъ, какъ причина болѣзней матки, 337, 426.  
 Операциі, пластическія, при суженіяхъ и заращеніяхъ влагалища, 36, 40, 47, 121, 226.  
 Операциа выпаденія матки, 377.  
 — *Emmet's* при разрывахъ шейки матки, 482, 484.  
 — *Rawick's* при функциональной недостаточности мочеиспускательнаго канала, 231.  
 — *Porro* при грыжѣ беременной матки, 410.  
 — при *anus praeternaturalis vaginalis*, 240.  
 — *Sims's* при вагинизмѣ, 250.  
 — укороченія круглыхъ связокъ матки, 355, 388.  
 — — передней стѣнки влагалища по *Sims'у* при *anteversio uteri*, 317.  
 — *Schröder's* при эрозіяхъ влагалищной части, 482, 486.  
 — — при полипахъ цервикальнаго канала, 544.  
 Опухоли, см. Новообразованія.  
 — крестцово-подвздошнаго сочлененія, какъ причина смѣщенія матки впередъ, 405.  
 Опущеніе матки, 359.  
 — —, вслѣдствіе наклоненія или перегиба ея назадъ, 332, 335.  
 — яичниковъ, какъ причина вагинизма, 244.  
 Орошеніе, постоянное, полости матки и влагалища, 624  
 Оскопленіе, см. Кастрація.  
 Острыя ложки, 517, 689.  
 — —, см. Выскабливаніе.  
 Отекъ фиброміомъ матки, 556.  
 Откручиваніе полиповъ матки, 543.  
 Отравленіе свинцомъ, какъ причина вагинизма, 244.  
 Отсутствие влагалища, 37.  
 — матки, 292.

## П. (Р.)

Папиллома влагалища, 88, 142.  
 Папиллярный канкроядъ шейки матки, 653, 669.  
*Paravaginitis*, 120.  
 — *phlegmonosa*, 30.  
 — — *dissecans*, 31, 120.  
 Паразиты влагалища, 111.

Параметриты, влияніе ихъ на боковыя смѣщенія матки, 406.  
 Парезъ нижнихъ конечностей при перегибахъ матки назадъ, 340.  
*Pemphigus vaginae*, 93.  
*Penis cartivus*, 247, 251.  
 Перевязка *art. uterinarum* передъ выскабливаніемъ рака шейки матки, 690.  
 — — — при хроническомъ метритѣ, 454.  
 Перегибъ матки впередъ, 318.  
 — — въ сторону, 358.  
 — — назадъ, 335.  
 Перегибы матки подъ влияніемъ фиброміомъ. 551.  
 Перерѣзка *p. pudendi* при вагинизмѣ, 252.  
 Пересадка кожи по *Reverdin'у* на звы влагалища, 121.  
*Perimetritis*, какъ осложненіе антефлексіи матки, 324.  
 — *chronica* при ракъ шейки матки, 657, 664.  
*Perineorrhaphia primaria*, 167.  
 — — при полныхъ разрывахъ промежности, 170.  
 — *secundaria* по *Emmet'у*, 176.  
 — — по *Frend'у*, 175.  
 — — по *Lawson-Tait'у*, 176, 182.  
 — — — при полныхъ разрывахъ промежности, 179.  
 — — по *Simon'у*, 175.  
 — — при полныхъ разрывахъ промежности, 178.  
 Пессарія *Breisky'а* при выпаденіяхъ влагалища, 76.  
 — — при выпаденіяхъ матки, 375.  
 — внутриматочныя, при *anteflexio uteri*, 328.  
 — — при недостаточномъ развитіи матки, 278.  
 — — при суженіяхъ цервикальнаго канала, 291.  
 Пессарій, восьмиобразный, *Schultze*, 350.  
 — *Hodge's* послѣ разрѣза перегородки въ *vagina septa*, 25.  
 — — при выпаденіяхъ влагалища, 75.  
 — — при выпаденіяхъ матки, 375.  
 — — при *retroversio uteri*, 331.  
 — — при *retroflexio uteri*, 349.  
 — *Mayer's*а, см. Кольцо.  
 — стебельчатый, при выпаденіи матки, 376.  
 — *Thomas's*а, 350.  
 — *Zwanck's*а при выпаденіи влагалища, 76.  
 — — при выпаденіи матки, 375.  
 — *Schatz's*а при функциональной недостаточности мочеиспускательнаго канала, 231.  
 Пинцетъ *Sims-Hegar's*а, 79, 82.

- Ruocolpos unilateralis, 28, 53.  
 Ruometra при непроходимости шейки матки, 300.  
 Пластическія операціи при суженіяхъ и зарощеніяхъ влагалища, 36, 40, 47, 121.  
 Пластическое удлиненіе влагалища по *Simon'у*, 226.  
 Placenta praevia при хроническомъ эндометритѣ, 511.  
 Plethora abdominalis въ этиологіи заболѣвающей матки, 428, 459, 478, 498.  
 Поворотъ матки вокругъ ея продольной оси, 410.  
 Подбрюшинныя фиброміомы матки, 565.  
 Подготовительное лѣченіе по *Bogetan'у* при моче-влагалищныхъ свищахъ, 207.  
 Подслизистыя фиброміомы матки, 559.  
 Полипозныя аденомы матки, 532.  
 — фиброміомы матки, 549, 560, 566, 574, 587, 614.  
 — формы рака тѣла матки, 694.  
 — саркомы матки, 701.  
 Полипы, слизистые, матки, 468, 533.  
 Polypi cystici, hydatidosi, 536.  
 Положеніе матки, нормальное, 308.  
 Положеніе матки, неправильныя, 313.  
 Поперечная облитерация влагалища при мочевыхъ свищахъ, 223.  
 Пороки развитія влагалища, 23.  
 — — дѣвственной плевы, 3.  
 — — матки, 257.  
 Постоянное орошеніе полости матки и влагалища, 624.  
 — — при производствѣ гинекологическихъ операцій, 78.  
 Преджеваніе дѣтскаго мѣста при хроническомъ эндометритѣ, 511.  
 Пресованныя губки, 25, 290 514.  
 Прижиганія влагалищныхъ свищей прямой кишки, 235.  
 — моче-влагалищныхъ свищей, 201.  
 —, повторныя, слизистой оболочки вывернувшейся матки, 404.  
 — полости матки при фиброміомахъ, 601.  
 — рака шейки матки, 690.  
 — слизистой оболочки цервикальнаго канала, 480.  
 — шейки матки, какъ причина суженій и зарощеній ея, 280, 300.  
 Пришиваніе перегнутой назадъ или выпавшей матки къ передней брюшной стѣнкѣ, 354, 389.  
 Пробный тампонъ *Schultze*, 518.  
 Проколъ atresiae vaginae unilateralis, 54.  
 — haematometrae вслѣдствіе непроходимости шейки матки, 303.  
 — — unilateralis, 307.  
 — haemelytrometrae черезъ мочевоу пузырь, 46.  
 Prolapsus, см. Выпаденіе.  
 Prolapsus uteri sine descensu, 360, 362.  
 Промежность, разрывы ея, 153.  
 Промываніе матки по способу *Bandl'я* 524.  
 — полости матки при остромъ метритѣ, 417.  
 — — — при фиброміомахъ ея, 601.  
 — — — при хроническомъ эндометритѣ, 516.  
 — — —, техника его, 516.  
 Простуда въ этиологіи заболѣвающей матки, 413, 459, 491.  
 Pruritus pudendorum при вагинитахъ, 97.  
 — — въ началѣ рака шейки матки, 661, 667.  
 — — при цервикальномъ эндометритѣ, 471.  
 Прямая кишка, влагалищные свищи ея, 232.  
 Pseudocyesis при перегибѣ матки назадъ, 340.  
 Психовы, какъ послѣдствіе вагинизма, 245.  
 Пузырчатые полипы, 536.

## Р. (R.)

- Разбухающія средства, 25, 290.  
 — —, іодоформированныя, 514.  
 Разлитая аденома матки, 532.  
 — форма рака тѣла матки, 694.  
 — — саркомы матки, 701, 707.  
 Разрывъ беременнаго рудиментарнаго рога матки, 306.  
 — однорогой матки во время родовъ, 259.  
 — срощеній при ретрофлексіи матки, 347.  
 Разрывы влагалища, 146.  
 — задней стѣнки влагалища во время родовъ, 69.  
 — промежности, 153.  
 — —, какъ причина выпаденій влагалища и матки, 57, 159.  
 — —, зашиваніе ихъ, см. *Pegineogharpha*.  
 — —, центральные, 183.  
 — — шейки матки, 458  
 — — — въ этиологіи хроническаго метрита, 427.  
 — — —, отношеніе ихъ къ раку, 659.  
 Разрѣзъ или разрывъ мышцъ, окружающихъ влагалище, при вагинизмѣ, 250  
 — перегородки въ двуполостной маткѣ, 272.  
 — septi recto-vaginalis передъ зашиваніемъ влагалищнаго свища прямой кишки, 237.

- Ракъ влагалища, 136.  
 — тѣла матки, 694.  
 — — —, развивающійся изъ аденомы, 537, 695.  
 — — —, развивающійся изъ фиброміомы, 559, 564.  
 — шейки матки, 651.  
 — — — одновременно съ фиброміомою тѣла ея, 559.  
 — — —, отношеніе къ нему разрывовъ ея, 659.  
 Расширеніе полости матки по способу *Vuillet*, 521.  
 — шейки матки, безкровное, 289.  
 — — — кровавымъ путемъ, 288, 588.  
 — — — по *Kocks*'у, 290, 515.  
 — — — при новообразованияхъ 542, 588, 617.  
 Расширители, влагалищные, 35.  
 Расширители *Hegar*'а, 516.  
 — *Fritsch*'а, 516.  
 Расщепленный тазъ, какъ причина выпаденія матки, 362.  
 Рвота при ретрофлексіи матки, 341.  
 Rostosele при выпаденіяхъ влагалища и матки, 59, 62, 367, 372, 373.  
 Репозиторъ *Aveling*'а при выворотѣ матки, 00.  
 Retroversio uteri, 331.  
 Retropositio uteri, 406.  
 Retroflexio uteri, 335.  
 Refrigerator vaginae, 601.  
 Рогъ, зачаточный, при однорогой маткѣ, 304.  
 Роды, осложненные пороками развитія и суженіями влагалища, 27, 37.  
 — при ракъ шейки матки, 668, 694.  
 Рудиментъ влагалища, 37.  
 — матки, 292.  
 Рудиментарное развитіе шейки матки, 298.

## С. (S.)

- Самопроизвольное исчезновеніе фиброміомъ матки, 583.  
 — отдѣленіе фиброміомъ матки, 553, 564, 566, 583.  
 Саркома влагалища, 140.  
 — матки, 701.  
 — — —, развивающаяся изъ фиброміомы, 559, 564, 705.  
 — шейки матки, 704.  
 Свищи, влагалищные, мочевыхъ путей, 184.  
 —, кишечно-влагалищные, 232.  
 —, пузырно-влагалищные, методъ *Vogetan*'а при нихъ, 35.  
 Свищъ, пузырно-брюшной, искусственный, 229.  
 —, пузырно-влагалищный, искусственный, 187, 429.  
 —, см. *Fistula*.

- Связки матки, 313.  
 — —, круглыя, см. Укороченіе.  
 — крестцово-маточныя, см. Укороченіе.  
 Сифилисъ влагалища. ?0.  
 — въ этиологіи хроническаго метрита, 428.  
 Скарификаціи влагалищ. части при остромъ метритѣ, 417.  
 — — — при хроническомъ метритѣ, 442, 479.  
 Складка, поперечная циркулярная, въ каналѣ шейки матки, 279, 291.  
 Слизистая оболочка матки, измѣненія ея при фиброміомахъ, 563, 573.  
 — — — при ракъ шейки ея, 656.  
 — — — цервикальнаго канала, удаленіе ея термокаутеромъ, 489.  
 Слизистые полипы матки, 533.  
 Смѣщеніе матки впередъ, 405.  
 — — въ грыжевой мѣшокъ, 407.  
 — — въ одну изъ сторонъ, 406.  
 — — кверху, 406.  
 — — назадъ, 406.  
 Смѣщенія влагалища, 55.  
 Сокрущеніе, болѣзненное, см. *Dyspareunia*.  
 — во время менструаціи, 413, 459.  
 —, задержанное (*coitus reservatus*), 426, 497.  
 —, какъ причина поврежденій половыхъ органовъ, 147, 155.  
 —, препятствія къ нему, 9, 15, 24, 27, 31, 38, 295.  
 — при выпаденіи матки, *immissio renis* въ каналѣ шейки, 369.  
 — черезъ мочеиспускательный каналъ, 9, 38, 244, 250, 295.  
 Сосочковая эрозія влагалищной части, 467.  
 Сосуды, кровеносныя и лимфатическія, фиброміомъ матки, 547, 556.  
 Спазмодическія боли при аденомахъ матки, 540.  
 Спазмъ окружающихъ влагалище мышцъ, 32, 241.  
 Сращенія наклоненной или перегнутой назадъ матки, 332, 342, 346.  
 — подбрюшинныхъ фиброміомъ съ брюшными органами, 567.  
 Срединное сшиваніе стѣнокъ влагалища, 387.  
 Стебельчатые влагалищные пессаріи, 376.  
 — внутриматочные пессаріи, 278, 291, 328.  
 Stenosis, см. Суженіе.  
 Subinvolutio половыхъ органовъ въ этиологіи выпаденій, 56, 158, 360.  
 Subinvolutio uteri въ этиологіи хроническаго метрита, 425.  
 Superfecundatio et superfœtatio при двойной маткѣ, 265.

- Sarcurus uterinus* при фибромиомахъ, 593.  
 Сухіе влагалищныя души, 601.  
 Суженіе внутренняго аѣва при антефлексіи матки, 319, 326.  
 Суженія влагалища, 28.  
 — — вслѣдствіе язвенныхъ процессовъ при породныхъ тѣлахъ, 143.  
 — отверстій матки, 278.

## Т.

- Тампонація влагалища при его выпаденіяхъ, 73.  
 Тампонъ, пробный, *Schultze*, 518.  
 Тампоны, внутриматочныя, *Vuillet*, 521, 543.  
 — изъ твердаго каучука, 35.  
 Товилообразный поппъ *Virchow'a*, 534.  
*Torsio uteri*, 410.  
 — — при подброшинныхъ фибромиомахъ, 567.  
*Trachelorrhaphia*, 482, 484.  
 — по *A. Martin'*, 486.  
 Трещины задняго прохода, какъ причина вагинита, 244.  
*Trichomonas vaginalis*, 94.  
 Тромбозъ венъ въ фибромиомахъ матки, 554, 563.  
 — — нижнихъ конечностей при фибромиомахъ матки, 578.  
 — — при ракъ шейки матки, 666.  
 Трубная беременность при полиповой аденонъ матки, 540.  
 Трубочки *Bandl'* для промыванія цервикальнаго канала, 480.  
 Тубы, фаллопиевы, зондированіе ихъ при выворотъ матки, 392.  
 Турело. см. Разбухающія средства.  
*Tussis uterina*, 341.

## У. (U.)

- Удаленіе воспаленной слизистой оболочки цервикальнаго канала термокаутеромъ *Raquelin'a*, 489.  
 — пробныхъ частицъ изъ полости матки, 476, 517, 542, 699.  
 — ретроцервикальныхъ фибромиомъ черезъ влагалище, 626.  
 — фибромиомъ матки при выворотъ послѣдней, 404.  
 — — — путемъ чревосоенія, 626.  
 — — — черезъ влагалище, 614.  
 — — —, частичное, 608, 620, 623.  
 Укороченіе круглыхъ связокъ при ретрофлексіи матки, 375.  
 — — — при выпаденіи матки, 388.  
 — *ligg. sasto-uterinorum*. какъ причина неправильныхъ положеній матки, 314, 321, 330, 406.

- Ulcus rodens colli uteri*, 652.  
 Уремія при ракъ шейки матки, 657, 665, 667.  
*Urethritis g.orrhoeica*, 95.  
*Urethrocele* при выпаденіяхъ влагалища, 65.  
*Uterotractor Barney's'a*, 683.  
*Uterus arcuatus*, 263.  
 — *bicornis*, 261.  
 — — *duplex*, 261, 303.  
 — — *infra-simplex s. unicolis*, 263.  
 — —, смѣщеніе ея въ гнѣзевой мѣшокъ, 408.  
 — *bilocularis*, 269.  
 — *bipartitus*, 293.  
 — *bitoris supra simplex*, 270.  
 — *didelphys*, 261, 303.  
 — *duplex separatus*, 265.  
 — *incudiformis*, 263.  
 — *infantilis*, 255, 273.  
 — —, какъ предрасположеніе къ развитію фибромиомъ, 571.  
 — *infraseptus*, 270.  
 — *pubescens*, 273.  
 — *rudimentarius*, 293.  
 — *septus*, 269.  
 — *subseptus unicolis*, 269.  
 — — *unicorporeus*, 270.  
 — — *uniforis*, 269.  
 — *unicornis*, 44, 257, 304.  
 — *foetalis*, 255, 273.

## Ф. Ф. (Ph.)

- Fibro-adenoma polyposum cysticum part. vaginalis*, 534.  
 Фибровые полипы, 561.  
*Fibroma papillare cartilagineus portionis vaginalis uteri*, 705.  
 Фибромы стѣнокъ влагалища, 131.  
*Fibromyoma uteri*, 544.  
 — — *intra-ligamentare*, 627, 646.  
 — — *intraparietales interstitiale*, 548.  
 — — — *polyposum*, 550, 560, 562.  
 — — — *retrouterinum et retrovaginae*, 552.  
 — — *cavernosum*, 550, 556.  
 — *cavernosum cervicis uteri*, 570.  
 — *colli uteri*, 567.  
 — *uteri lymphangiectodes*, 557, 564, 594.  
 — *lymphangiectodes cervicis uteri*, 570.  
 — *mucosum*, 556.  
 — переходъ ея въ саркому или ракъ 559, 564, 705.  
 — *polyposum*, 550.  
 — *retrocervicale*, 570, 595, 613, 626, 638.  
 — *submucosum uteri*, 559.  
 — — *polyposum*, 561.  
 — — *cysticum*, 564.  
 — *subserosum uteri*, 565.