

Проф. Л. Л. Окинич

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

Проф. Л. Л. ОКИНЧИЦ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

—
Ч А С Т Ь I

**Инфекционные воспалительные заболевания женских
половых органов**

Со 111 рисунками в тексте

(Из клинических лекций, читанных студентам Государственного
Института Медицинских Знаний в Ленинграде)

Издание ВТОРОЕ.

ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“
(основ. В. С. Эттингер)
ЛЕНИНГРАД
Проспект Володарского, 49
1926

Ленинградская Коммунальная типо-литография. Улица 3-го Июля, 55.
Ленинградский Гублит № 12061. 18½ л. Тир. 4000 экз. Зак. № 6141.

О Г Л А В Л Е Н И Е.

	Стр.
Предисловие	3
I. Общая часть	5
II. Заболевания женских половых органов, вызванные гноеродными бактериями	41
1. Parametritis purulenta	47
2. Pyosalpinx	71
3. Peritonitis acuta	92
4. Trombophlebitis; bacteriaemia	115
III. Заболевания женских половых органов, вызванные гонококком	135
1. Urethritis, vulvitis et endocervicitis	141
2. Peritonitis et salpingitis acuta	150
3. Salpingo-oophoritis; pelveoperitonitis adhaesiva	162
4. Sactosalpinx; retroversio uteri fixata	182
IV. Заболевания, вызванные кишечной палочкой	197
1. Appendicitis chronica, salpingo-oophoritis dextra	204
2. Appendicitis acuta; pelveoperitonitis exsudativa purulenta	217
3. Perisigmoiditis exsudativa serosa; retroversio-retroflexio uteri infantilis	231
4. Parametritis atrophicans posterior	244
V. Заболевания, вызванные туберкулезной палочкой	254
1. Peritonitis exsudativa; salpingo-oophoritis	258
VI. Заболевания женских половых органов, вызванные случайными и более редкими инфекциями	281

Предисловие.

Приступая к изданию „Гинекологической клиники“, представляющей собою серию клинических лекций, я руководствовался следующими соображениями: во-первых, русская медицинская литература по гинекологии вообще не богата, и учащимся приходится рекомендовать по преимуществу переводные сочинения; во-вторых, в руководствах по гинекологии изложение ведется в системе заболевания отдельных органов, и таким образом не получается цельной картины болезни, с которой встречаешься у постели больной.

В моем изложении я старался быть ближе к клинике, к тому материалу, с которым и учащемуся, и врачу приходится встречаться наиболее часто, поэтому я брал случаи, не запутанные в отношении диагноза.

При выборе и оценке методов лечения я не стремился привести все существующие в науке способы, а ограничивался лишь теми, которые, на основании личного опыта, считал наиболее целесообразными, и которые применяются у меня в клинике. Такое субъективное освещение некоторых вопросов, конечно, имеет свою слабую сторону, но мне казалось более полезным дать начинающему что-нибудь определенное, чем предоставить ему на выбор множество различных способов, в которых он за недостатком личного опыта разобраться не может. В дальнейшей практической работе каждого это не помешает заменить предлагаемые мною способы более совершенными.

Для иллюстрации моих лекций рисунками я пользовался частью оригинальными рисунками, частью же заимствовал их у Lipman'a Menge и Opitz'a, Döderlein'a и Krönig'a, Winter'a, Bumm'a, Eden'a и Lockyer'a, Ott'a и других.

Профессор Л. Окинчиц.

I. Общая часть.

Как в патологии вообще, так и в заболеваниях женского полового аппарата с каждым днем приобретает все большее значение инфекционное начало, и в то время, как еще недавно сущность целого ряда болезней оставалась для нас неизвестной, сейчас, благодаря крупным успехам бактериологии, удалось установить их возбудителя.

В настоящее время можно уже с полной уверенностью сказать, что среди всех гинекологических заболеваний группа инфекционных является наиболее крупной.

Однако, приходится сознаться, что в этой области еще очень много вопросов остается для нас темными и неразрешенными; например, мы еще очень мало знаем о роли анаэробных микробов в патологии женских половых органов; затем, нам далеко еще не ясно значение тех видов бактерий, которые до сих пор считались невинными сапрофитами; наконец, и те микроорганизмы, которые сейчас признаются всеми за возбудителей определенных форм заболеваний, часто по причинам, не поддающимся нашему учету, дают чрезвычайно разнообразные клинические проявления болезни, иногда же, будучи несомненно найдены в организме человека, не вызывают здесь никаких изменений; так, например, Bunt и Sigwart находили у 75% нормальных родильниц в выделениях стрептококка, а Schmidt и Lamers находили у нелихорадящих родильниц в выделениях в 7% даже гемолитического стрептококка, причем инфекция не развивалась, несмотря на особо благоприятные для нее условия в послеродовом периоде.

Следовательно, для возникновения инфекционного заболевания, кроме наличности определенного микроорганизма, необходимы еще какие-то условия. Рассматривая же всякое инфекционное заболевание, как борьбу между микробом, являющимся в данном случае возбудителем болезни и зараженным организмом, мы должны признать, что оно будет слагаться из трех компонентов, именно, из биологических особенностей возбудителя болезни, из локализации последнего в тех или других тканях больного организма и из защитительных приспособлений инфицированного субъекта.

Что касается первого фактора, то при воспалительных инфекционных заболеваниях женского полового аппарата нам приходится встречаться с очень многими из видов бактерий; может быть даже правильнее будет сказать, что любая из бактерий может вызвать такое заболевание; однако, среди микроорганизмов имеются такие, которые главным образом являются возбудителями гинекологических заболеваний, в то время, как другие служат только случайной причиной.

Надо иметь в виду, что существует целый ряд условий, которые особенно благоприятствуют проникновению возбудителя инфекции в половые органы женщины.

Прежде и легче всего микроорганизмы попадают сюда из воздуха, при чем с наружных половых частей они распространяются во влагалище и цервикальный канал; при обычных условиях вышележащие отделы половой трубки свободны от микробов, но в состоянии полового аппарата женщины существуют физиологически такие условия, именно послеродовой период, когда бактерии проникают и в полость матки, находя здесь особенно благоприятную почву для размножения; вторым обстоятельством, способствующим проникновению микробов в женские половые органы, является близость к ним заднего прохода, а также прямой кишки и других отделов кишечника, всегда содержащих вирулентных бактерий; третьим условием является половая жизнь, с которой часто связано заражение гонококком, а также возможность внесения и других микробов.

С другой стороны, здесь имеет значение то, что половой аппарат женщины, даже при условиях физиологических, не всегда располагает одинаковой устойчивостью по отношению к попадающим сюда возбудителям инфекции, так, например, и во время месячных, и во время беременности и послеродового периода сопротивляемость тканей половых органов значительно понижена.

В последнее время, изучая причины так часто наблюдаемых у женщин выделений из половых органов, называемых белями, Schröder и Löser стараются объяснить их недостаточной сопротивляемостью тканей полового аппарата, зависящей от пониженной внутрисекреторной деятельности яичников; по мнению первого из названных авторов, сущность дела состоит здесь в колебаниях содержания клетками влагалищного эпителия гликогена, а по мнению второго — в частичном, местном проявлении „слабой конституции“.

Из сказанного мы можем сделать вывод, что в определенных отделах полового аппарата женщины всегда могут находиться разнообразные микроорганизмы, угрожая постоянно возможностью инфекции, которая становится особенно вероятной в периоды пониженной сопротивляемости тканей.

Как известно, на этом и основана признаваемая сейчас большинством возможность аутоинфекции, и условия для нее были бы чрезвычайно благоприятны, если бы половой аппарат женщины не обладал способностью к самоочищению.

В этой способности освобождаться от попадающих в него микробов половой аппарат в значительной степени обязан некоторым свойствам его нормальных выделений, среди которых особое значение придается кислой реакции влагалищного секрета.

По наблюдениям Menge и Heurlin'a, влагалищный секрет имеет кислую реакцию в 55%—88% всех случаев, при чем она зависит от присутствия и жизнедеятельности целой группы влагалищных бактерий, а не только от палочки Döderlein'a, как думали прежде, так как названная палочка была находима во влагалище всего лишь в 13% случаев.

Кроме кислой реакции выделений, конечно, целый ряд других причин влияет на характер флоры женского полового аппарата, при чем несомненное значение имеет, как общее состояние организма, так и местные причины; т. е. нормальное или ненормальное состояние

самих половых органов. Но для того, чтобы иметь возможность дать правильную оценку тем результатам, которые мы получаем при исследовании выделений из половых органов, мы должны быть знакомы с наиболее часто встречающимися представителями микробов, представляющими нормальную флору аппарата женщины.

П. Циклинская дает следующую общую характеристику бактериям, населяющим женские половые органы при нормальных условиях: „Постоянными обитателями влагалища являются особые, так называемые, влагалищные палочки, которые нередко встречаются почти в чистой культуре. Они имеют между собою много общих признаков, и между ними трудно провести резкую границу; по форме они все связаны между собою всевозможными переходами в длине и толщине от длинных палочек до коротких, подобных коккобациллам. Большинство имеет склонность располагаться по две или в цепочку, все неподвижны, не имеют спор, красятся по Грам'у, хорошо растут на кислых питательных средах с содержанием сахара и принадлежат к типу кислотофильных“.

Тот же автор приводит следующие наиболее часто встречающиеся отдельные их формы:

1. *Vacillus vaginalis vulgaris*. Толстая, крупная палочка с обрубленными концами; при исследовании влагалищного секрета она располагается парами, в культурах же нередко располагается в виде длинных стрептобацилл; неподвижна, не образует спор, красится по Грам'у, хорошо растет в высоком сахарном агаре. Колонии довольно крупные, звездообразные с неровными краями. В кислом агаре обильно развивается при содержании 5 — 30 к. с. молочной кислоты на литр; бульон мутит, но впоследствии он просветляется с образованием на дне осадка. Молоко свертывается без отделения сыворотки, имеет редуцирующие свойства и обесцвечивает индиго; жизнеспособность средняя: сохраняется в течение 3—4 недель без перевивки.

2. *Coccobacillus vaginalis*. Короткие, овальные коккобациллы располагаются почти исключительно парами и имеют склонность соединяться при этом большими скоплениями; в сильно кислых средах располагаются цепочками. Неподвижны, не имеют спор, красятся по Грам'у, лучше переносят кислород, чем предыдущая форма и сравнительно хорошо развиваются в щелочных сахарных питательных средах; в высоком сахарном агаре быстрый и обильный рост. Колонии в глубине агара круглые, мелкозернистые, достигающие величины иногда 5 микрон; индиго очень слабо обесцвечивается; в сахарном бульоне образуется муть, но потом наступает просветление и выпадение обильного осадка; в простом бульоне очень слабый рост и едва заметный осадок; молоко свертывается, но не всегда; жизнеспособность сохраняется в течение 3—4 недель.

3. *Vacillus bifidus* Tissier. Облигатный анаэроб: крупная палочка с утонченными концами; располагается по две параллельно друг другу; неподвижна; спор и капсулы не образует; погибает при 60° в течение часа; температурный оптимум 37°; бульон равномерно мутит и образует осадок; на агаре хорошо растет вдоль укола; молоко не свертывает; на средах, содержащих сахар, газа не образует; по Грам'у окрашивается; не патогенен.

4. *Streptococcus anaerobicus* Menge. Облигатный анаэроб; в морфологическом отношении не отличается от обычного стрептококка, но

более последнего склонен к полиморфизму и иногда дает удлиненные формы, в которых длина превышает ширину в 5—8 раз; иногда посреди таких длинных бациллярных форм появляются вздутия; растет в виде цепочек по 15—20 кокков; в высоком сахарном агаре дает рост, отступя на 3 сантиметра от поверхности; лучше растет в кислой среде; отличается небольшой жизнеспособностью и после нескольких генераций на питательных средах обыкновенно погибает.



Рис. 1. *Bacil. vaginalis vulgaris*. (Döderlein).

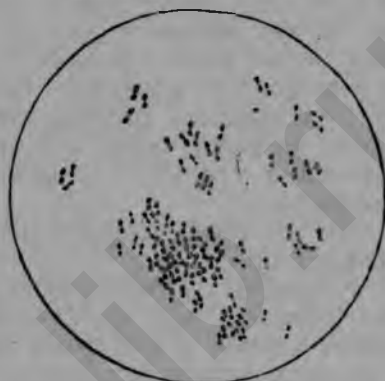


Рис. 2. *Coccobacillus vaginalis*.



Рис. 3. *Bacil. bifidus* Tissier.



Рис. 4. *Streptococcus anaerobicus* (Menge).

Кроме названного стрептококка, во влагалище часто встречаются и другие анаэробные его формы, которые тоже считаются непатогенными сапрофитами, но они еще слишком мало изучены.

В своей классической монографии по исследованию флоры половых органов у здоровой и больной женщины М. Neurlin установил четыре степени их чистоты, принимая в расчет кислотность влагалищного секрета, количество содержащихся в нем лейкоцитов, абсолютное число бактерий и их характер.



Рис. 5. Streptococcus.

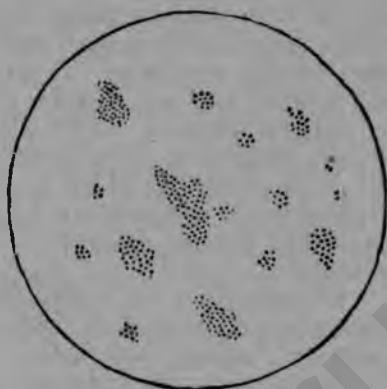


Рис. 6. Staphylococcus.

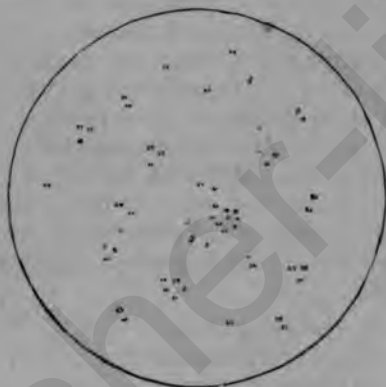


Рис. 7. Гонokokcus.

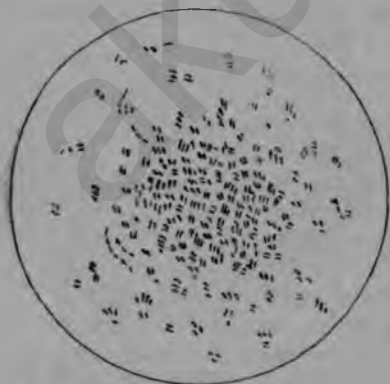


Рис. 8. Bacterium coli commune.

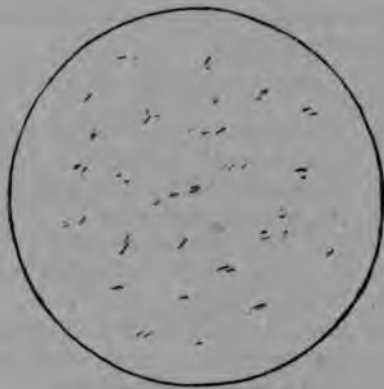


Рис. 9. Bacillus tuberculosis

По его схеме первая степень (IR), соответствующая нормальному состоянию влагалищного секрета, характеризуется чистой культурой влагалищных бактерий или примесью к ней лишь единичных кожных сапрофитов, как *staph. albus* или *b. pseudodiphtheriae*.

Вторая степень (IIR) характеризуется симбиозом влагалищных бактерий с примесью анаэробов и аэробов.

Третья степень (IIIR) характеризуется присутствием во влагалищном секрете очень небольшого количества влагалищных бактерий или почти полным их исчезновением со значительным преобладанием анаэробных кокков.

Четвертая степень (IVR) характеризуется полным отсутствием влагалищных бактерий и обилием самых разнообразных кокков и бактерий, как анаэробных, так и аэробных.

Хотя только что перечисленные представители нормальной флоры полового аппарата женщины и относятся обычно к невинным и не представляющим опасности микробам, но, вероятно, правильнее будет признать, что эта невинность существует только до известной степени, только при достаточной сопротивляемости тканей; если же последняя почему-либо ослабевает, то и безобидные до тех пор сапрофиты могут сделаться опасными для здоровья и жизни. Но если о патогенности приведенных микроорганизмов можно спорить, то относительно целого ряда других можно сказать с уверенностью, что они в зависимости от условий, то являются невинными и случайными обитателями половых органов, то, наоборот, оказываются чрезвычайно патогенными.

В настоящее время, на основании клинического опыта, можно сказать, что в громадном большинстве случаев возбудителями воспалительных инфекционных заболеваний женских половых органов является весьма ограниченное число различных представителей микробов, именно сюда относятся:

1. *Streptococcus*.
2. *Staphylococcus*.
3. *Gonococcus*.
4. *Bacterium coli*.
5. *Bacillus tuberculosis*.

Кроме того, в литературе приводятся случаи, где возбудителем инфекции оказывался другой микроорганизм, но эти случаи сравнительно не многочисленны и скорее представляют не правило, а исключение.

Сюда относятся следующие микроорганизмы:

- | | |
|---|---|
| 1. <i>Diplococcus lanceolatus capsulatus pneumoniae Fränkeli</i> | 9. <i>Bacillus pyocyaneus</i> . |
| 2. <i>Pneumobacillus Fridlenderi</i> . | 10. <i>Bacillus fundiliformis</i> . |
| 3. <i>Bacillus diphtheriae</i> . | 11. <i>Bacillus radiiformis</i> . |
| 4. <i>Bacillus influenzae Pfeifferi</i> . | 12. <i>Bacillus anthracis</i> . |
| 5. <i>Bacillus typhi abdominalis</i> . | 13. <i>Bacillus tetani puerperalis</i> . |
| 6. <i>Proteus vulgaris</i> . | 14. <i>Bacillus pseudotetani</i> . |
| 7. <i>Bacillus perfringens Welchii</i> ; s. <i>phlegmonae emphusematodes</i> , s. <i>aerogenes capsulatus</i> . | 15. <i>Micrococcus tetragenus</i> . |
| 8. <i>Bacillus fusiformis Vincenti</i> . | 16. <i>Bacillus faecalis alcaligenes</i> . |
| | 17. <i>Bacillus ulceris mollis Ducrey</i> . |
| | 18. <i>Spirochaeta pallida Schaudinii</i> . |
| | 19. <i>Bacillus pseudodiphtheriae</i> . |



Рис. 10. *Diplococcus lanceolatus pneumoniae* Fränkel'я.



Рис. 11. *Diplobacillus pneumoniae* Friedlander'a.

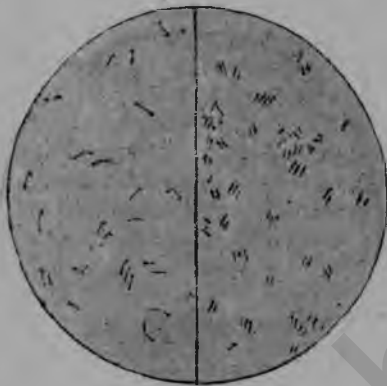


Рис. 12. *Bacillus diphtheriae*. *Bacillus pseudodiphtheriae*.

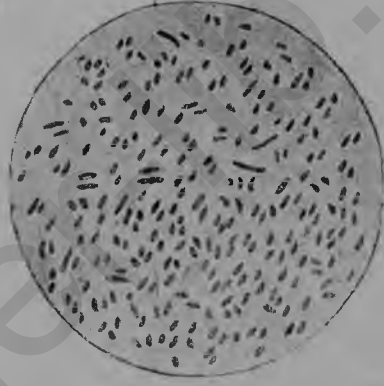


Рис. 13. *Proteus vulgaris*.

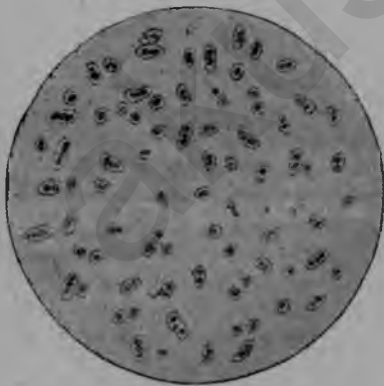
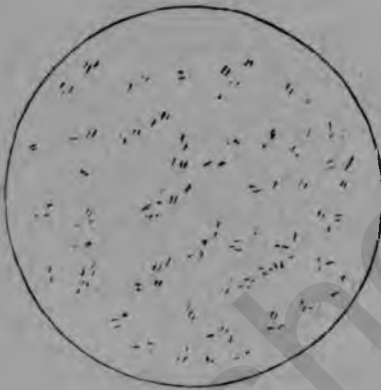
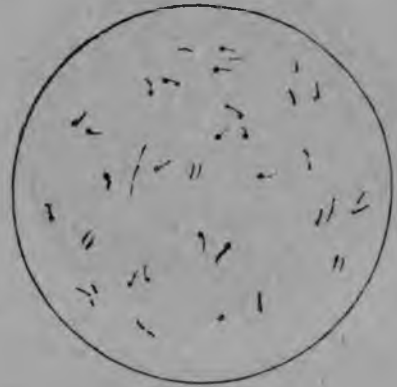
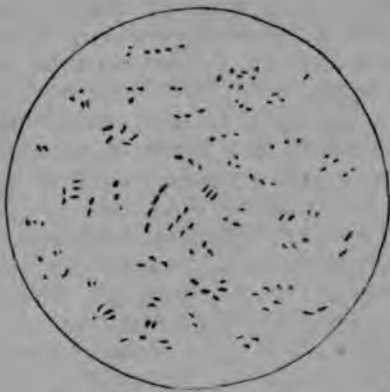
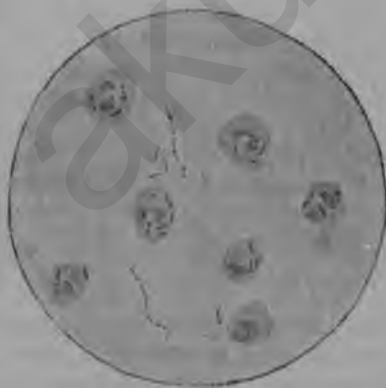
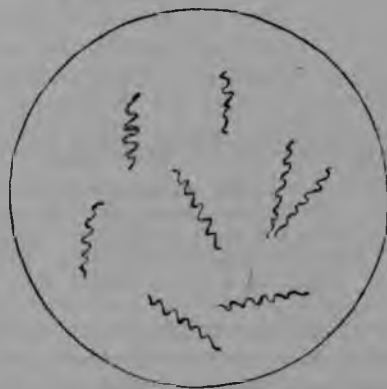


Рис. 14. *Bacillus aerogenes capsulatus*; *B. phlegmonis emphysematosaes. perfringens* Welchii.



Рис. 15. *Bacillus Vincenti*.

Рис. 16. *Bacillus typhi abdominalis*.Рис. 17. *Bacillus influenzae*.Рис. 18. *Bacillus pyocyaneus*.Рис. 19. *Bacillus anthracis*.Рис. 20. *Bacillus pseudotetani*.Рис. 21. *Bacillus tetani puerperalis*.

Рис. 22. *Bacillus radiiformis*.Рис. 23. *Bacillus fundiformis*.Рис. 24. *Bacillus faecalis alcaligenus*.Рис. 25. *Micrococcus tetragenus*.Рис. 26. *Bacillus ulceris mollis* Ducrey.Рис. 27. *Spirochaeta pallida* Schaudinii.

Не входя здесь в подробную оценку биологических особенностей и патогенности всех перечисленных микроорганизмов, что мы сделаем, когда займемся отдельными формами заболеваний, ограничимся только некоторыми замечаниями общего характера.

Для того, чтобы в каждом случае воспалительного инфекционного заболевания женского полового аппарата мы были в состоянии поставить правильный диагноз и предсказание, а также наметить план лечения, мы должны точно определить возбудителя болезни.

Конечно, лучше всего это сделать посредством бактериоскопического исследования на окрашенных препаратах, полученных из выделений половых органов, или приготовлением чистых культур на питательных средах при помощи посевов из крови или из выделений.

Для правильной оценки результатов такого исследования необходимо пользоваться всегда определенной, точно выработанной схемой.

Схема бактериологического исследования.

A. Исследование выделений, экссудатов и проч.

I. Непосредственная обработка полученного материала.

1. Бактериоскопическое исследование на мазке.

- a) Обычная окраска.
- b) Окраска по Gram'у или Nicolle.
- c) Специальная окраска (Ziehl-Neelsen и др.).

2. Посев в пробирки с обыкновенным жидким агаром в трех разведениях разливка в чашки Петри.

3. Посев штрихом на кровяной агар.

4. Посев в глубокий слой сахарного агара (анаэробы).

II. Выбор отдельных колоний из выросших на пластинках агара и дальнейшее их исследование.

1. Бактериоскопическое исследование каждой разновидности колоний на окрашенных мазках.

(Обычная окраска, окраска по Gram'у, окраска спор, ресничек и т. д.).

2. Пересевы из отдельных видов колоний.

- a) На желатину.
- b) На бульон.
- c) На молоко, картофель и т. п.

3. Исследование отдельных колоний в висячей капле.

4. При получении анаэробов пересев на агар, желатину и бульон в приборе Боткина.

B. Бактериологическое исследование крови.

Кровь из локтевой вены собирается в количестве 5—10 к. с. в колбочку с таким же количеством дистиллированной стерильной воды, одни сутки сохраняется в термостате, затем приготавливаются разливы с агаром в чашечках Петри и полученные через сутки колонии исследуются в приведенном выше порядке. Кроме того, производится сосчитывание полученных колоний.

Выделив возбудителя инфекции, нельзя для точного его определения ограничиться только его морфологическими признаками, так как они часто недостаточны, а следует обязательно дать найденной бактерии точную характеристику по следующей схеме:

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина
2. Группировка
3. Подвижность
4. Реснички
5. Капсула
6. Споры
7. Отношение к кислороду
8. Температурный оптимум
9. Сопrotивляемость
10. Образование пигмента
11. Способность к гемолизу
12. Интенсивность роста

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - a) Вид колоний
 - b) Разжижение
2. Бульон:
 - a) Муть
 - b) Осадок
 - c) Пленка
3. Агар:
 - a) Рост на простом агаре
 - b) Рост на сахарном агаре
 - c) Рост на кровяном агаре
4. Молоко (свертывание)
5. Картофель
6. Отношение к сахару и спирту
7. Наиболее благоприятные среды
8. Отношение к цветным средам

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска
2. Окраска по Граму
3. Специальная окраска

IV. Бактериологический диагноз.

Однако, нередко приходится встречаться с такими случаями, где выделить возбудителя инфекции приведенным способом невозможно, например, когда микроорганизмы гнездятся в трубах, в клетчатке или других глубоких и недоступных отделах полового аппарата; здесь приходится для правильного распознавания воспользоваться данными анамнеза и совокупностью всех клинических симптомов болезни, а также теми способами, которыми в настоящее время располагает серодиагностика.

Что касается значения анамнеза в диагностике инфекционных заболеваний женских половых органов, то об этом много говорить не приходится; достаточно вспомнить, насколько характерен анамнез женской гонорреи; больная обычно указывает, что в связи с началом половой жизни у нее начались рези при мочеиспускании и бели.

Значение совокупности клинических признаков, например пульса, температуры, общего вида больной и т. д., тоже понятно, так как можно с полной уверенностью сказать, что названные признаки далеко не одинаковы при различных видах возбудителя инфекции, являясь проявлением определенной степени и формы реакции со стороны зараженного организма. Подробнее мы остановимся на этом вопросе при изложении отдельных форм заболеваний.

Наконец, что касается применения серодиагностики в гинекологии, то, несмотря на громадные успехи, сделанные бактериологией за последние годы, поле применения биологических реакций в гинекологии пока остается очень ограниченным и еще ждет своей разработки.

Как известно, наиболее распространенными биологическими реакциями в настоящее время являются следующие:

1. Реакция агглютинации Gruber—Vidal'я.
2. Реакция связывания комплемента Bordet—Geugou.
3. Реакция определения опсоинов Wright'a.
4. Антитриптическая реакция Marcus'a и Fuld'a.
5. Реакция анафилаксии Pirquet, Calmette и Koch'a.
6. Реакция преципитации Kraus'a.

До настоящего времени ни одна из них не нашла широкого применения при заболеваниях женских половых органов, частью вследствие технической сложности некоторых из них, частью вследствие недостаточно убедительных результатов, но надо надеяться, что клиницики сумеют справиться с представляемыми ими трудностями и тщательной разработкой и проверкой, отведут им должное и, несомненно, почетное место среди других диагностических приемов.

В частности, мы можем здесь указать, что реакция связывания комплемента Bordet—Geugou была испытана, например, для распознавания гонорреи, но, на основании исследования Теребинской и других, приходится признать, что она не может быть здесь использована, так как дает отрицательный результат даже при явной наличности гонококков в выделениях.

Реакция агглютинации находит себе применение только в тех случаях, где вопрос идет об исключении не гинекологического заболевания, например, брюшного тифа.

Реакция определения опсонического индекса, встречаемая с большим энтузиазмом, сейчас не имеет широкого применения, так как получаемые от нее результаты оказались весьма разноречивыми, что вероятно зависит от следующих условий: во-первых, употребляемые для реакции культуры бактерий могут обладать различным отношением к фагоцитам и, таким образом, не могут считаться величиною постоянной; во-вторых, белые кровяные шарики и сыворотка крови, взятые от здорового человека, тоже не безупречны в отношении их постоянства, так как никогда нельзя исключить перенесенной данным субъектом инфекции в прошлом хоть бы в легкой степени. Благодаря приведенным соображениям, названная реакция подвергалась различным модификациям и вероятно, наконец, выльется в удобоприменимую и рациональную форму.

Антитриптическая реакция может быть, повидимому, использована не для распознавания присутствия в организме того или другого микроба, а для определения совершающегося в организме процесса

усиленного распада тканей, что наблюдается, например, при нагноении, а также при злокачественных новообразованиях.

Реакции анафилаксии хотя и применяются в гинекологической практике для распознавания туберкулеза, но результаты мало доказательны, так как всегда, например, существует возможность туберкулезного фокуса в других областях тела, не имеющих отношения к половым органам.

Наконец, реакция преципитации, как и еще, некоторые реакции, в гинекологической практике до настоящего времени почти совершенно не применялись.

Этими общими замечаниями мы ограничимся при оценке первого из упомянутых трех факторов, дающих в сумме картину воспалительного инфекционного заболевания, и перейдем к определению второго, а именно, к оценке значения того пути, которым возбудитель инфекции проник в организм больной, и способа локализации его в определенных тканях.

Подробно мы займемся этим вопросом при описании отдельных форм воспалительных инфекционных заболеваний женских половых органов, здесь же ограничимся только общими замечаниями.

Прежде всего мы должны отметить, что способ проникновения в ткани полового аппарата различных видов микроорганизмов далеко не одинаков, именно, для одних необходима наличность нарушения целостности покровов, например, для стрептококка и стафилококка, в то время, как другие, как например, гонококк, проникают через неповрежденные слизистые оболочки.

Это обстоятельство имеет очень большое практическое значение, как в интересах профилактики, так и с точки зрения диагностики и предсказания.

Далее, не менее важное практическое значение имеет то обстоятельство, что различные микроорганизмы, проникнув тем или иным путем в ткани половых органов, весьма разнообразно проявляют здесь свою жизнедеятельность; зависит это, с одной стороны, от биологических особенностей самого микроорганизма, а с другой стороны, от различной сопротивляемости тканей.

Как известно, некоторые микроорганизмы имеют стремление проникать в глубину, распространяясь последовательно на соседние участки, или путем лимфатической и кровеносной системы разносятся по всему больному организму, например, стрептококк, стафилококк и многие другие, вызывая, таким образом, картину местной или общей инфекции: другие же, например, возбудители дифтерии или столбняка, всегда остаются на месте их внедрения в больший организм и отсюда оказывают свое пагубное действие путем интоксикации.

Знакомство с этими биологическими особенностями различных микроорганизмов, конечно, имеет большой практический интерес, так как только этим путем нам удастся иногда разобраться в запутанной картине болезни, установить правильное распознавание, предсказание и лечение.

Как было только что упомянуто, большое значение имеет также и характер тканей, куда успел проникнуть возбудитель инфекции, так как тот же микроб может в зависимости от этого дать совершенно различную картину болезни и оказаться различно опасным для зараженного организма. Например, стрептококк одинаковой вирулентности

проявит свою жизнедеятельность совершенно иначе в зависимости от того, проникнет ли он в клетчатку, на брюшину, в лимфатические или кровеносные сосуды, так как и защитительные приспособления различных тканей весьма различны, да и другие обстоятельства, например, возможность применения того или другого лечебного приема, могут быть совершенно иные.

Последним из трех факторов, совокупность которых дает картину инфекционного воспалительного заболевания, является та сумма защитительных приспособлений, которыми располагает человеческий организм в борьбе с инфекцией.

В этом отношении наше внимание в настоящее время, главным образом, привлекает кровь, так как она по преимуществу является ареной борьбы больного организма с возбудителем инфекции, при чем участие в этой борьбе принимают как форменные элементы крови в лице красных и белых кровяных шариков, так и плазма, благодаря находящимся в ней ферментам.

Еще недавно, основываясь на фагоцитарной теории Мечникова, создавшей эпоху в медицине, единственным защитительным приспособлением организма против инфекции, или проявлением иммунитета, считали способность белых кровяных шариков воспринимать и переваривать различных микробов внутри своего тела и таким образом освобождать от них больной организм.

За последнее время, однако, не умаляя значения фагоцитарной теории, в вопросе об иммунитете выдвигается новое учение, именно, гуморальная теория Вичнера, которая приписывает при иммунитете защитительную роль против возбудителей инфекции главным образом сокам организма, не содержащим клеток. Эти вещества первоначально были названы Вичнером алексидами, в настоящее же время их принято называть антителами, относя сюда целый ряд веществ, возникающих в кровяной плазме в ответ на тот или иной антиген. Хотя в чистом виде антитела еще не получены, и химическая природа их точно не установлена, тем не менее сейчас различают уже довольно много определенных антител, как, например, антитоксины, антиферменты, преципитины, агглютинины, опсоины, цитолизины, бактериолизины и некоторые другие.

Для того, чтобы в каждом отдельном случае болезни дать правильную оценку способности организма бороться с инфекцией, мы должны уметь разобраться во всех данных, которые мы получаем при исследовании крови.

Для женщины Ehrlich считает за норму число красных шариков или эритроцитов от 4.500.000 до 5.250.000 в одном кубическом миллиметре, поэтому, получая при исследовании крови у больной числа меньше указанной нормы, мы должны это обстоятельство учитывать, как признак неблагоприятный, так как он представляет собою одну из форм анемии, так называемую „*oligocythaemia*“. Однако, один этот признак, состоящий в уменьшении количества эритроцитов, приобретает гораздо большее значение, когда при повторном исследовании удастся установить прогрессирующее уменьшение или, наоборот, увеличение этого количества, поэтому, в интересах, как диагностики, так, особенно, прогноза, весьма желательно производить повторное определение числа эритроцитов.

Еще большее практическое значение, чем количество эритроцитов, имеет изменение содержания в них гемоглобина, а также некоторых других морфологических особенностей.

Патологические формы красных кровяных шариков могут представлять отклонения от нормальных типов в следующих четырех направлениях: 1) изменение их цвета и окраски; 2) изменение величины; 3) изменение формы и 4) изменение структуры.

Так как цвет эритроцита зависит, главным образом, от содержания в нем гемоглобина, то при обеднении эритроцита гемоглобином наблюдается бледность окраски или гипохромная окраска. Определить это можно, во-первых, рассматривая эритроциты под микроскопом, так как известно, что при нормальных условиях красный кровяной шарик имеет более интенсивную окраску по периферии и более бледную по направлению к центру, где имеется почти вовсе лишенный окраски диск; таким образом, ненормально большая величина диска будет говорить за уменьшение количества гемоглобина. Во-вторых, судить об уменьшении красящегося вещества в эритроцитах, мы можем посредством определения показателя окраски или цветного коэффициента, который вычисляется из отношения общего количества гемоглобина к общему же числу красных кровяных шариков, принимая его за единицу при 5.000.000 эритроцитов и при 100% гемоглобина.

Понижение цветного коэффициента наблюдается как при дегенеративных, так и при регенеративных изменениях в эритроцитах, так как оно обычно встречается, как при анэмии, зависящей от какого-либо хронического отравления организма, так и при анэмии, вызванной острой потерей крови, когда в кровяное ложе поступают из кровотворных органов молодые, недостаточно зрелые и слишком бедные гемоглобином, шарики. Поэтому этот весьма ценный признак приобретает решающее значение только в связи с другими изменениями в крови.

Из только что сказанного, мы видим, что определение количества гемоглобина в крови имеет значение для вычисления цветного коэффициента, но так как уменьшение количества гемоглобина или „oligochromia“ может зависеть не только от гипохромной окраски шариков, но также и от уменьшения числа последних, то, при оценке полученных результатов, мы должны всегда считаться как с количеством эритроцитов, так и с коэффициентом окраски и общим количеством гемоглобина, и только совокупность этих данных дает нам возможность сделать правильное заключение.

Кроме обеднения эритроцита гемоглобином и вызванного этим побледнения его, нередко приходится наблюдать изменение в отношении его к различным краскам; как известно, при нормальных условиях эритроциты воспринимают только кислые краски, например, эозин, молодые же, не вполне зрелые формы их обладают сродством одновременно и к кислым, и к основным краскам и окрашиваются поэтому растворами Leuck-Giemsa в розовато-фиолетовый, синевато-розовый, а иногда даже в резко синий цвет; такое свойство эритроцитов носит название полихромазии, а сами эритроциты называются полихроматофилами, при чем наличие их в крови говорит за усиленную регенерацию ее, единичные же экземпляры наблюдаются и в нормальной крови, например, у женщин во время месячных.

Наконец, нельзя здесь не упомянуть еще об одном изменении в окраске высушенных препаратов крови, о так называемой базофильной зернистости эритроцитов в виде различной величины синеватых точек и черточек; этот признак неоднократно был отмечен при наличии внутреннего кровотечения, поэтому он приобретает особый интерес в гинекологии при распознавании нарушенной внепочечной беременности с кровоизлиянием в брюшную полость.

Вторым уклонением в состоянии эритроцитов является изменение их величины, носящее название анизоцитоза; проявляться оно может как в сторону уменьшения величины, и тогда эритроциты носят название микроцитов с диаметром меньше шести микрон, так и в сторону увеличения, при чем эритроциты имеют в диаметре больше девяти микрон и называются макроцитами.

Микроциты и макроциты являются результатом дегенеративных изменений, обычно появляются одновременно и могут быть единственным симптомом анемии.

Третьим уклонением является изменение формы эритроцитов, носящее название пойкилоцитоза; оно тоже есть результат дегенеративных изменений в крови, при чем пойкилоцитоз никогда не встречается без анизоцитоза, как это утверждает Глауберман.

Наконец, последним уклонением в состоянии эритроцитов мы назвали изменение их структуры; сюда относятся: во-первых, красные кровяные шарики с ядрами или эритробласты и, во-вторых, эритроциты с остатками ядерного вещества.

Присутствие первых в крови объясняется тем, что в патологических случаях, при усиленной потребности организма в новых эритроцитах после обильных кровотечений или при усиленном распаде красных шариков, увеличивается и регенерация их в костном мозгу, и если такое усиленное возрождение эритроцитов в кровотоке не в состоянии уравновесить их гибель в циркулирующей крови, то в последней появляются в большем или меньшем количестве незрелые молодые формы эритроцитов (Глауберман).

Различают эритробласты двух типов: 1) нормобласты и 2) мегалобласты, при чем в основу их различия положена не столько величина всей клетки, сколько структура и величина ядра; в то время, как у нормобласта ядро состоит из грубых, толстых перекладин, у мегалобласта оно нежно-сетчато или тонко-петлисто.

Нормобласты встречаются в крови, как после больших кровопотерь, так и при тяжелых и обычных хронических анемиях.

Мегалобласты встречаются только при тяжелых токсических анемиях и при других тяжелых заболеваниях крови.

Среди эритроцитов с остатками ядерного вещества имеются: 1) содержащие тельца Howell-Jolly; 2) кольца Cabot'a и 3) красную базофильную зернистость. Все они наблюдаются сравнительно редко и потому для клинических целей практического значения не имеют.

Однако, гораздо большее значение при инфекционных заболеваниях мы придаем второй группе форменных элементов крови, именно белым кровяным шарикам или лейкоцитам.

Здесь нас прежде всего интересует в каждом случае абсолютное количество лейкоцитов, так как в большинстве инфекционных заболеваний нам приходится видеть увеличение их числа. Но если бы мы ограничивались только определением числа лейкоцитов и оценивали

интенсивность инфекции степенью увеличения их количества, то мы часто получали бы превратное представление. Только принимая в расчет целый ряд других признаков, мы можем дать правильную оценку изменению лейкоцитоза в каждом отдельном случае.

Прежде всего, признавая нарастание лейкоцитоза при инфекции как благоприятную для организма защитительную реакцию, мы должны иметь в виду, что не все возбудители инфекции вызывают ее в одинаковой степени и в то время, как стрептококк или стафилококк обычно резко повышают лейкоцитоз, гонококк, напротив, или совсем не вызывает увеличения числа лейкоцитов, или вызывает его в очень незначительной степени.

Далее, на колебание лейкоцитоза оказывает значительное влияние способ локализации инфекции в организме; например, при стрептококковом заражении, распространяющемся на клетчатку или брюшину, лейкоцитоз обычно резко повышен, в то время, как при локализации той же инфекции в крови, при так называемой бактериемии, увеличение лейкоцитоза не происходит. Наконец, колебание количества лейкоцитов в одном и том же случае болезни, в ту или другую сторону, может зависеть от разных причин, и этому обстоятельству можно дать правильную оценку, только принимая в расчет и другие симптомы болезни; так, например, уменьшение лейкоцитоза, идущее параллельно с падением температуры, замедлением пульса и улучшением самочувствия больной, является признаком несомненно благоприятным, в то время, как такое же уменьшение лейкоцитоза в связи с нарастанием температуры и учащением пульса указывает на то, что силы организма в борьбе с инфекцией истощены и он не в состоянии реагировать на нее далее в надлежащей степени.

Из сказанного мы должны сделать вывод, что лейкоцитоз несомненно имеет большое диагностическое и прогностическое значение, но только в связи с целым рядом других признаков, кроме того следует иметь в виду, что в состоянии женского организма встречаются такие физиологические условия, когда вместо нормального числа лейкоцитов, равного 7.000—8.000 в кубическом миллиметре, их насчитывается до 29.000 и больше; такое нарастание лейкоцитоза всегда приходится наблюдать в первые дни послеродового периода, и это обстоятельство приобретает особо важное диагностическое значение, так как в это же время обычно возникает большинство инфекционных послеродовых заболеваний.

Кроме определения общего количества белых кровяных шариков, имеет весьма важное значение вычисление лейкоцитарной формулы, т.е. процентного отношения отдельных видов белых кровяных шариков.

В настоящее время наибольшим распространением пользуется классификация Ehrlich'a, по которой все лейкоциты распределяются на следующие пять групп:

1. Первую и вместе с тем самую большую группу представляют нейтрофилы или полиморфноядерные лейкоциты, составляющие от 55% до 70% общего количества лейкоцитов и дающие от 4.400 до 5.200 в одном кубич. миллиметре; отличительными их особенностями служит то, что ядро разделено на несколько долей, от 1 до 5, соединенных нитями хроматина, и окрашено в темно-фиолетовый цвет; протоплазма розовая, оксифильная и содержит красновато-фиолетовую зернистость.

2. Вторую группу представляют эозинофильные лейкоциты или эозинофилы, дающие от 1% до 4% общего количества лейкоцитов или 80—320 на один кубич. миллиметр крови; ядро у них сине-фиолетового цвета, различной формы; протоплазма содержит крупную зернистость красного цвета.

3. Третью группу составляют базофильные лейкоциты, базофилы или тучные клетки (Mastzellen). Общее количество их в крови сравнительно ничтожно, от 0,1% до 1% или 20—80 на один кубич. миллиметр крови; ядро имеет различную форму, но обычно не распадается на отдельные дольки, а имеет лапчатый вид; в протоплазме имеется довольно крупная зернистость, обильная, окрашивающаяся в темно-фиолетовый цвет.

4. Четвертую группу составляют лимфоциты, дающие от 20% до 30% общего числа белых кровяных шариков или 1.600—2.400 на 1 куб. миллиметр крови; отличительными их особенностями является круглое или овальное ядро, содержащее 1—4 ядрышка и выполняющее большую часть клетки; протоплазма окрашивается в голубовато-синий цвет, не имеет нейтрофильной зернистости и окружает ядро более или менее широким поясом; чем старше лимфоцит, тем пояс протоплазмы шире, поэтому принято сейчас различать мелкие и крупные лимфоциты.

5. Пятую группу составляют большие мононуклеары и переходные их формы; первые дают около 0,5%, а второе от 2% до 5%, так что в совокупности они дают от 250 до 500 на один куб. миллиметр крови; отличительной их особенностью является величина, равная 12—20 микронам и превосходящая все другие нормальные элементы крови: кроме того, они не имеют зернистости, протоплазма окрашивается в голубой или голубовато-серый цвет; ядро у более молодых экземпляров круглое или овальное, у более зрелых оно становится лапчатым и окрашивается довольно бледно. По мнению Эрлиха, названные виды белых шариков представляли собою молодые экземпляры нейтрофильных лейкоцитов, однако, в настоящее время все пришли к заключению, что как большие мононуклеары, так и переходные их формы являются вполне обособленным, отдельным видом лейкоцитов, ничего общего не имеющим ни с нейтрофилами, ни с лимфоцитами крови.

Таким образом, отношение отдельных видов лейкоцитов в крови при нормальных условиях представляется в следующем виде:

1. Нейтрофилов	55%—70%	. . . . .	4.400—5.200
2. Эозинофилов	1%—4%	. . . . .	80—320
3. Базофилов	0,1%—1%	. . . . .	20—80
4. Лимфоцитов	20%—35%	. . . . .	1.600—2.400
5. Мононуклеаров больш. и переходных	3%—6%	. . . . .	250—500.

При условиях же патологических нам приходится наблюдать изменения лейкоцитарной формулы в двух направлениях: во-первых, может нарушиться только что приведенное взаимоотношение, благодаря увеличению или уменьшению числа шариков того или другого вида; во-вторых, на ряду с нормальными элементами могут появиться в крови патологические их формы.

Для того, чтобы уметь разобраться в получаемых при исследовании данных и дать им правильную оценку, мы должны знать то назначение, которое имеет каждый отдельный вид шариков и должны уметь различать патологические их формы.

Как было уже упомянуто, лейкоцитам приписывается весьма важная роль в борьбе с инфекцией, при чем, по имеющимся в настоящее время данным, эта роль распределяется между отдельными их формами следующим образом:

На первом месте стоят по своему значению нейтрофилы, которые обладают значительно выраженным фагоцитозом, т. е. поглощают микробов и называются микрофагами; кроме того, в теле их содержится окислительный фермент или оксидаза, а также протеолитический и аутолитический ферменты; нарастание числа нейтрофилов или нейтрофильный лейкоцитоз наблюдается при большинстве инфекций, особенно при заражении стрептококком и кишечной палочкой, и считается признаком благоприятным, в то время, как уменьшение, числа или лейкопения при общих тяжелых явлениях болезни считается плохим признаком, хотя при некоторых видах инфекции, например, при брюшном тифе, оно наблюдается как правило.

Роль эозинофилов в крови изучена до сих пор гораздо меньше; Блюменталь приписывает им накопление питательного материала; другие же считают, что они удаляют из крови остатки погибших клеточных элементов; во всяком случае большинство придает им большое как диагностическое, так и прогностическое значение; например, по Gräfenberg'у и Lange, при гонорее число эозинофилов возрастает до 10%—20%, в то время как при брюшном тифе, по Naegeli, оно всегда резко уменьшено; эозинофильный лейкоцитоз наблюдается также при эхинококке, глистах, астме, некоторых кожных болезнях, иногда при остеомалации и некоторых новообразованиях; при большинстве инфекционных болезней количество эозинофилов уменьшается соответственно тяжести инфекции, с выздоровлением же снова начинает повышаться количество их.

Назначение базофилов или тучных клеток в крови тоже еще далеко не выяснено, но все же им приписывают некоторое диагностическое значение, например, Блюменталь считает их увеличение характерным для туберкулезного перитонита, другие считают уменьшение их числа типичным для Базедовой болезни и лимфатической лейкемии.

Лимфоцитам приписывается довольно разнообразная роль, именно более мелкие из них идут на образование соединительной ткани, а более крупные, называемые макрофагами, удаляют погибшие тканевые элементы; кроме того они вырабатывают специальное вещество—липазу, обладающую защитительными свойствами особенно при туберкулезной инфекции. Уменьшение числа лимфоцитов при инфекционных заболеваниях считается признаком неблагоприятным; по наблюдению Grafenberg'a особенно дурным признаком является, когда число мелких лимфоцитов становится меньше числа крупных, т. е. когда изображающие их кривые перекрещивают друг друга. Лимфоцитоз имеет и некоторое диагностическое значение, так, например, он наблюдается обычно при гонорее.

Назначение крупных мононуклеаров и переходных их форм состоит в том, что, по мнению Raueг'a они связывают свободные токсины и освобождают также организм от менее ядовитых белковых субстанций.

Из сказанного очевидно, что определение количества отдельных форм лейкоцитов имеет большое практическое значение, но оно никогда не должно ограничиваться определением только процентных отношений, а всегда параллельно с ним должны быть приведены и абсолютные их цифры, иначе, например, при увеличении общего числа лейкоцитов за счет нарастания количества нейтрофилов процентное отношение лимфоцитов и эозинофилов окажется пониженным даже тогда, когда абсолютное число не уменьшено и это обстоятельство может быть неправильно истолковано.

Перейдем теперь ко второму вопросу, именно, к тем патологическим формам лейкоцитов, с которыми нам чаще приходится иметь дело.

Сюда мы должны отнести, во-первых, регенеративные формы лейкоцитов и, во-вторых, дегенеративные их формы.

Понимая под регенеративными формами незрелые, недоразвитые экземпляры лейкоцитов, мы для ясности должны в кратких словах представить схему развития лейкоцитов и отметить те главные этапы, которые они проходят в своем развитии.

Прежде всего мы должны здесь подчеркнуть, что и в настоящее время много вопросов как о происхождении, так и о классификации отдельных видов лейкоцитов остаются спорными.

В основу наших рассуждений мы кладем те данные, которые нам удалось почерпнуть из „Клинической гематологии“ Глаубермана издание 1917 г. и „Краткого руководства к изучению клинической гематологии“ Хосроева, издание 1913 г.

Родоначальником для нейтрофила, эозинофила и базофила является миэлобласт, образующийся в костном мозгу и служащий, следовательно, для развития всех видов зернистых лейкоцитов.

По Naegeli миэлобласт характеризуется следующим образом: это недифференцированная клетка с большим круглым, занимающим почти всю клетку, ядром и сравнительно узкой, большею частью резко базофильной протоплазмой.

Ядро миэлобласта обыкновенно окрашивается бледнее чем ядра других лейкоцитов; структура его представляется чрезвычайно нежно-сетчато-петлистой или нежно-зернистой; в ядре можно видеть от 3 до 6 ядрышек; протоплазма окрашивается в довольно темноголубой цвет.

Величина миэлобласта может быть различна, при чем одни различают три разновидности: микромиэлобласта, мезомиэлобласта и макромиэлобласта; в предложенной Хосроевым системе различаются два типа, малый, имеющий в диаметре от 8 до 15 микрон, и большой, имеющий в диаметре от 15 до 25 микрон.

Если принять это деление, то с большой долей вероятности можно признать, что встречающиеся в крови обычно нейтрофилы, эозинофилы и базофилы развиваются из малого миэлобласта, в зависимости от степени зрелости, давая различные их виды, от одноядерной до многоядерной формы; из большого же миэлобласта развиваются большие мононуклеары и их переходные формы, достигающие в редких случаях такой степени зрелости, что ядро становится множественным. Это предположение становится тем более вероятным, если мы сравним описание, данное Хосроевым большим миэлобластам и миэлоцитам, с описанием, которое Глауберман дает большим мононуклеарам и пе-

реходным их формам; при обеих формах величина клетки колеблется от 12—15 микрон до 20—25 микрон, протоплазма базофильна, ядро бледное.

Второй ступенью зрелости лейкоцита будет по Паппенгейму лейкобласт, характеризующийся слабо базофильной протоплазмой, свободной от всякой зернистости, и круглой или овальной формой ядра, имеющего более грубое петлистое строение.

Третьей ступенью является премиелоцит, который отличается от предыдущей формы только тем, что в базофильной или полихроматофильной протоплазме уже можно различать нейтрофильную, эозинофильную и базофильную зернистость.

Четвертой ступенью зрелости лейкоцита является миелоцит; эта форма характеризуется тем, что протоплазма уже становится оксифильной, т. е. окрашивается в розоватый цвет, зернистость выражена резче чем в предыдущей форме, ядро же имеет еще круглую или овальную форму.

Пятой ступенью является метамиелоцит, который от предшествующей формы отличается только тем, что ядро имеет подковообразную, лентовидную или другую неправильную форму.

Наконец, шестой и последней ступенью является зрелый лейкоцит, который имеет оксифильную протоплазму, хорошо выраженную нейтрофильную, эозинофильную или базофильную зернистость и ядро, состоящее из двух 2—5 долей, соединенных тонкими нитями хроматина.

При нормальных условиях в крови кроме зрелых лейкоцитов всегда приходится видеть метамиелоциты в количестве от 3% до 6%.

При патологических условиях, например, при различного рода инфекциях количество метамиелоцитов всегда увеличивается, при чем этому обстоятельству придают важное диагностическое значение, например, при перитоните, аппендиците и других.

Миелоциты обычно при нормальных условиях не встречаются или встречаются очень редко; при анемиях же и при воспалительных лейкоцитозах незначительное увеличение их количества наблюдается всегда.

Остальные более молодые формы встречаются редко и указывают на очень значительное раздражение миелоидной ткани.

Вторую группу патологических форм зернистых лейкоцитов представляют дегенеративные формы; сюда относятся гигантские экземпляры и плазматические клетки. Практический интерес представляют главным образом последние, которые называются также клетками раздражения Тюрка; отличительные их особенности состоят в следующем: это крупные клетки с круглым или овальным ядром, в котором часто наблюдаются нуклеолы; протоплазма резко базофильна, образует довольно широкий пояс темносинего цвета, более светлый в непосредственной окружности ядра; иногда в протоплазме имеются вакуолы. Клетки эти в нормальной крови не встречаются и присутствие их всегда является симптомом раздражения кроветворного аппарата.

Что касается лимфоцитов, то и они кроме нормальных форм могут встречаться в крови в виде форм или незрелых, или дегенеративных. К первой категории причисляется большой лимфоцит, называемый лимфобластом или макролимфоцитом; он отличается крупным

ядром, имеющим грубоватую структуру, содержащим несколько ядершек и окрашивающимся бледнее чем у обычного лимфоцита; протоплазма базофильна.

К группе дегенеративных форм лимфоцита следует отнести только плазматическую клетку Тюрка, которая отличается от такой же миелотической клетки только ядром, хроматин которого располагается радиально.

Кроме определения лейкоцитарной формулы с обозначением ее особенностей в случае нахождения патологических форм, в настоящее время многие придают важное значение следующему признаку: как мы видели, нейтрофилы при нормальных условиях могут содержать различной формы ядро; оно может быть круглым, овальным, подковообразным или лентообразным и, наконец, может быть разделено на несколько долей.

Arneth воспользовался этим признаком и на основании своих наблюдений пришел к заключению, что в нормальной крови отношение отдельных форм нейтрофилов в зависимости от количества ядер представляет величину постоянную, при инфекционных же заболеваниях это отношение нарушается, и им можно воспользоваться для предсказания. К этому взгляду присоединились и другие исследователи, именно Wolff, Lange, Kothe и многие другие. -

Нормальное отношение отдельных форм выражается приблизительно так:

Количество ядер	I	II	III	IV	V
Количество отдельных форм	8 ⁰ / ₁₀₀	24 ⁰ / ₁₀₀	48 ⁰ / ₁₀₀	16 ⁰ / ₁₀₀	4 ⁰ / ₁₀₀

По мнению Arneth'a при инфекционных заболеваниях происходит увеличение одноядерных элементов за счет пяти и четырехядерных, т. е. происходит перемещение картины крови влево; чем интенсивнее инфекция, тем и смещение это выражено сильнее. Объясняет Arneth это явление тем, что в первую очередь в борьбу с микробами вступают более зрелые элементы, при чем многие из них погибают; для замещения их кроветворные органы стремятся доставить в кровь новые порции шариков, которые оказываются самыми молодыми; а так как большинство признает многоядерных нейтрофилов более зрелыми формами, то естественно, что при этих условиях и происходит только что приведенное изменение в соотношении разных форм нейтрофилов.

Wolff несколько изменил способ оценки этого явления; он предлагает ограничиваться простым сосчитыванием числа ядер в 100 нейтрофилах и, принимая среднее количество ядер при нормальных условиях за 300 приблизительно, он, по полученным в каждом случае данным подсчета, судит о характере и степени изменения картины.

По мнению Wolff'a, при инфекции в зависимости от ее интенсивности уменьшение числа ядер происходит в арифметической прогрессии, а увеличение общего числа лейкоцитов происходит в геометрической прогрессии; по его же мнению определение лейкоцитарной формулы имеет диагностическое значение, а определение количества ядер имеет прогностическое значение.

Для упрощения этого приема, требующего довольно много времени, Kothe предложил ограничиваться только определением количества

однойдерных экземпляров на 100 лейкоцитов, при чем, по его наблюдениям, принимая нормальное количество однойдерных шариков за 8%, при легкой инфекции оно повышается до 16%, при средней до 30% и при тяжелой до 40% и выше.

Известное значение, кроме того, имеет и самый характер однойдерных нейтрофильных лейкоцитов. Torgau делит все нейтрофилы первого класса на два разряда; к первому он относит молодые формы, представляющие собою метамиелоцитов; ко второму разряду он относит дегенеративные формы, отличающиеся более узкими, темными, пикнотическими ядрами.

Чтобы закончить вопрос о значении форменных элементов крови, мы должны еще остановиться на роли кровяных пластинок Bizzozero; как известно, количество их в крови равняется 250—400 тысячам на 1 кубич. миллиметр; увеличение их числа наблюдается при некоторых анемиях, например, раковой, далее, при нагноениях и при септицемии; уменьшение количества их отмечено в начале всех инфекционных болезней.

Реакция больного организма на инфекцию не ограничивается в крови только теми или другими изменениями морфологического ее состава, но в той или иной степени распространяется и на некоторые физико-химические ее свойства.

Для того, чтобы иметь по возможности полную картину этих изменений, принято производить следующие исследования:

1. Определение процентного содержания гемоглобина.
2. " количества сухого остатка.
3. " удельного веса крови.
4. " коэффициента вязкости.
5. " скорости свертывания.
6. " щелочности крови.
7. " резистентности эритроцитов.
8. " содержания гликогена в лейкоцитах.
9. " быстроты оседания эритроцитов.

То важное значение, которое имеет для врача определение содержания гемоглобина, станет нам вполне понятным, если мы вспомним, что красные кровяные тельца являются носителями кислорода, который находится в связанном состоянии в красящем веществе их—гемоглобине в виде оксигемоглобина. В нормальной человеческой крови в 100 к. с. ее находится 15—16 грамм гемоглобина или 15—16%; принимая это содержание гемоглобина за норму, равную 100%, мы можем в каждом случае определить относительное его содержание в процентах. Для этого предложено несколько приборов, из которых наибольшим распространением пользуются гемометр Sahli, при чем кровь разводится децинормальным раствором соляной кислоты и сравнивается с взвесью определенной концентрации солянокислого гематина в глицерине. Так как, по мнению Sahli, средняя норма содержания гемоглобина при пользовании его прибором равна для женщины 70 делениям, то вычисление в каждом случае производится так:

$$70 \text{ делений} = 100\%$$

A (тождество цветов в данном случае) = X

$$X = \frac{100 \cdot A}{70}$$

При определении гемоглобина до истечения часа после взятия крови следует к полученному результату прибавить, по наблюдениям Türk'a еще 5%, так как образование солянокислого гематина происходит не сразу.

Что касается значения количества сухого остатка, то мы можем пока только ограничиться замечанием, что при тяжелых инфекционных заболеваниях, наряду с другими глубокими изменениями крови, идет и уменьшение сухого остатка, который с нормальных 21% может пасть даже до 6%; этот признак может, следовательно, быть использован как прогностический.

Удельный вес крови, который у женщины колеблется между 1050 и 1056, определяется или весовым способом по методу Schmaltz'a Zeitschr. f. Geburtshilfe и Gynäkologie 1909 г. В. 64. Н. 2. S. 281) или по методу Hammerschlag'a при помощи смеси из хлороформа и бензола; не имея самостоятельного диагностического и прогностического значения, он тем не менее представляет большой интерес в связи с другими данными исследования крови, например, количеством гемоглобина, количеством форменных элементов, вязкостью крови и др.; при чем наблюдения говорят за то, что при тяжелых септических заболеваниях удельный вес обычно понижен до 1040 и ниже.

Коэффициент вязкости крови у женщины в среднем равняется 4,38, у мужчины = 4,72. Определяется он или прибором Hess'a или прибором Determann'a. По наблюдениям Hess'a возраст оказывает некоторое влияние на вязкость крови, именно, у лиц женского пола она равняется:

от 1 до 10 лет	3,8
„ 11 „ 35 „	4,2
„ 35 „ 50 „	4,4
„ 51 „ 80 „	4,5

В патологических случаях вязкость крови подвержена очень большим колебаниям, от 1,72 до 22,89. У здоровых людей замечается строгий параллелизм между количеством гемоглобина и форменных элементов с одной стороны и вязкостью крови с другой стороны. По Hess'у, коэффициент вязкости составляет приблизительно $\frac{1}{20}$ числа, показывающего процентное содержание гемоглобина данной крови; таким образом 100% гемоглобина соответствуют вязкости = 5,0; 80% гемоглобина = 4,0 и т. д. При патологических условиях такого параллелизма нет, при чем особенно высокий коэффициент вязкости наблюдается при прободном перитоните; как утверждает Глауберман, коэффициент вязкости может дойти до 7,1, и он значительно выше, чем при воспалениях брюшины, исходящих из заболеваний женской половой сферы; по тому же автору особенно важно определение степени вязкости крови, когда вопрос идет о характере воспаления брюшины или о распознавании внутреннего кровотечения. В последнем случае коэффициент вязкости значительно ниже нормы, например, при внематочной беременности.

Скорость свертывания крови в среднем равняется около 7 или 8 минутам. Для ее определения предложен целый ряд способов, как например, способ Wright'a, Schultz'a, Лычковского, Ситковского, Vierordt'a, Bürker'a и др. Уже это многообразие способов говорит за то,

что каждый из них не отвечает всем требованиям; и действительно, одни слишком неточны, другие слишком сложны; вероятно поэтому до сих пор значение свертываемости крови изучено сравнительно мало, хотя оно несомненно имеет важное значение. Относительно его значения в акушерстве и гинекологии мы можем только отметить, что ускорение свертываемости обычно наблюдается при эклампсии; при заболеваниях, сопровождающихся кровопотерями, как например, при внематочной беременности наблюдается, напротив, замедление свертываемости.

Определение щелочности крови, производимое путем титрования по способу Engel'я несомненно тоже должно иметь известное практическое значение. Колеблясь при нормальных условиях в пределах от 426 до 533, что соответствует израсходованному при титровании количеству едкого натрия, щелочность крови изменяется в сторону понижения при тяжелых формах анемии, при истощении организма и т. д.; Орловский говорит, что при болезнях кроме рака, сахарного мочеизнурения и мочекаменной болезни, щелочность крови остается без изменений; Гейзлер же нашел понижение щелочности также и при бугорчатке, хроническом нефрите, болезнях крови и болезнях печени; по исследованиям Пезарской, у гинекологических больных понижение щелочности наблюдалось независимо от понижения количества эритроцитов и гемоглобина и от состояния лейкоцитоза у раковых больных и при гнилостных заболеваниях, когда возбудителем инфекции оказывался стафилококк.

Резистентность эритроцитов определяется на основании их отношения к различным концентрациям растворов поваренной соли, так как известно, что растворы ниже 0,9 обладают гемолитической способностью; чаще всего пользуются для этого способами Hamburger'a, Limbek'a или Ribierre. Хотя и этот признак еще мало изучен, но на основании многочисленных исследований можно считать, что при нормальных условиях минимальная стойкость эритроцитов или R_{10} колеблется между 0,46 — 0,48% NaCl, а максимальная стойкость или R_M колеблется между 0,33—0,36% NaCl. Колебание стойкости эритроцитов зависит от свойства плазмы крови, от деятельности кроветворных органов и от различных агентов, разрушающих форменные элементы крови, поэтому с большей уверенностью можно сказать, что инфекционные заболевания будут понижать резистентность эритроцитов, и с другой стороны, что степень этого понижения будет соответствовать тяжести инфекции.

Наконец, известное диагностическое значение имеет также определение содержания количества гликогена в лейкоцитах. Повидимому, при усиленном распаде тканевых элементов, например, при нагноении, в протоплазме лейкоцитов накапливается гликоген, который может быть определен при помощи иода; с этой целью предложено несколько способов, но для клинических целей наиболее пригодным кажется способ Hirschberg'a, состоящий в следующем: в камеру для исследования висячей капли на предметном стекле кладется крупинка кристаллического иода и камера покрывается покровным стеклом, на нижней поверхности которого находится свежий мазок крови; препарат помещается под микроскоп, и, в случае присутствия гликогена, его легко можно обнаружить благодаря появлению в протоплазме лейкоцитов более или менее крупных зернышек желтобурого цвета, при чем принято различать три степени: первую, когда имеются отдельные мелкие

	Нормальная картина крови у женщины.	Влияние месячных.	Влияние беременности.	Влияние родов.	Влияние послеродового периода.	Влияние кормления грудью.	
Количество эритроцитов	1 500.000—5.250.000	Увеличено.	Незначительное увеличение.	Увеличение до 10.000.000	Уменьшено.	Уменьшено.	
Характер эритроцитов.	Изменение окраски	—	Полихроматофил.	—	—	—	
	Изменение величины.	—	—	—	—	—	
	Изменение формы	—	—	Пойкилоциты.	—	—	
	Изменение структуры.	—	—	—	—	—	
Количество гемоглобина	85%—110%	Уменьшено.	Увеличено.	Увеличено до 110—118%	Уменьшено.	—	
Показатель окраски	0,9—1,0	Повышено незнач.	—	—	—	—	
Количество лейкоцитов	7000—8000	Увеличение.	Увеличение до 10.000—17.000.	Увеличение до 44.000	Через два дня нормально.	Уменьшено.	
Лейкоцитарная формула.	Нейтрофилы	4400-5200; 55-70%	Уменьшено.	Увеличено до 86%	Увеличено.	—	
	Эозинофилы	80—320; 1—4%	Увеличено.	Без перемен.	Исчезают.	Увеличено.	
	Базофилы	20—80; 0,1—1%	—	Достигает 1%	—	—	
	Лимфоциты	1600-2400; 20-35%	Увеличено число малых.	Увеличено число больших.	—	Увеличено.	Увеличено
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5%	—	—	—	—	—
Нейтрофильная картина Арнета.	Одноядерные	8 ⁰ / ₁₀	Незначительное смещение влево.	Незначительное смещение влево	Смещение вправо.	—	
	Двухядерные	24 ⁰ / ₁₀					
	Трехядерные	48 ⁰ / ₁₀					
	Четырехядерные	16 ⁰ / ₁₀					
	Пятиядерные	4 ⁰ / ₁₀					
Патологич. формы лейкоцитов	Регенеративные	—	—	Миелоциты до 10%	—	—	
	Дегенеративные	—	—	—	—	—	
Количество тромбоцитов	350.000	—	—	—	—	—	
Сухой остаток	21%	—	—	—	—	—	
Удельный вес	1050—1056	Понижен.	Понижен. до 1043—1053.	—	—	—	
Коэффициент вязкости	4,38	3,5—4,5	Понижен.	—	—	—	
Скорость свертывания	7—8 минут.	Замедлено.	Ускорена.	Ускорена.	Замедлена.	—	
Щелочность	426-533 м. г. NaOH.	Понижена.	Понижена.	—	—	Понижена.	
Резистентность эритроцитов	Rm0,46-0,48% NaCl Rm0,33-0,36 ⁰ / ₁₀ NaCl	—	Понижена.	—	—	—	
Количество гемоглобина	—	—	—	—	—	—	
Скорость осаждения эритроцитов	5 час.	4 ч. 15 м.	от 3 ч. до 1 ч. 22 м.	—	1 ч. 24 м.	—	

зернышки желто-коричневого цвета; вторую, когда зернышки крупные, бурой окраски и больше числом; наконец, третью, когда в протоплазме имеются крупные темнубурые зерна, почти сплошь выполняющие тело лейкоцита. Различное количество гликогена отвечает различной интенсивности нагноительного процесса.

Кроме вышеприведенных реакций в самое последнее время введена в практику и вызывает большой интерес реакция, основанная на скорости оседания эритроцитов; она была лабораторно изучена и введена в клинику в 1918 году Fahræns'ом. По современным воззрениям изменения скорости оседания эритроцитов зависят от того,

	ИНТЕРМЕНСТРУАЛЬ- НЫЙ или нормаль- ный ПЕРИОД.	ПРЕМЕНСТРУАЛЬ- НЫЙ ПЕРИОД.	МЕНСТРУАЛЬ- НЫЙ ПЕРИОД.	ПОСТМЕНСТРУАЛЬ- НЫЙ ПЕРИОД.	ЦИКЛ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРОВИ У ЖЕНЩИНЫ																											
					ИНТЕРМЕНСТРУАЛЬНЫЙ или нормальный ПЕРИОД.							ПРЕМЕНСТРУАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.							МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.							ПОСТМЕНСТРУАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.						
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Количество эритроцитов	4.272.000	4.462.000	4.282.000	4.402.000																												
Содержание гемоглобина %	79,18	80,59	79,18	80,40																												
Показатель окраски	0,926	0,909	0,930	0,916																												
Количество лейкоцитов	5204	5673	5094	5050																												
Число нейтрофилов	2966	3147	2616	2839																												
Число эозинофилов	89	122	121	100																												
Число базофилов	23	21	23	19																												
Число лимфоцитов	1901	2121	2102	1869																												
Число мононуклеаров	225	262	232	223																												
Коэффициент вязкости	3,5-4,5	4-5	2,5-4	3,-4,5																												
Скорость свертываемости	7'	6'46"	7'16"	7'																												
Резиригенность эритроцитов	0,33-0,36	0,30-0,32	0,30-0,32	0,30-0,32																												

Рис. 28. Изменения крови в различные фазы менструального цикла.

что шарики имеют одноименный электрический заряд, благодаря чему они отталкиваются друг от друга и удерживаются во взвешенном состоянии; при ослаблении заряда, носителем которого является плазматическая оболочка кровяных шариков, оседание их ускоряется, что при беременности и некоторых заболеваниях обуславливается, по-видимому, тем, что в оболочках шариков альбумины заменяются глобулинами. В настоящее время предложено несколько способов определения скорости оседания эритроцитов, но насколько можно судить, наиболее распространенным, благодаря своей простоте, является способ Linzenmeier'a, который состоит в следующем: кровь из вены получается посредством однограммового шприца, в котором предварительно находится 0,2 куб. см. 5% раствора лимоннокислого натрия; смесь выливается

в пробирку, имеющую высоту в 6,5 см. и ширину в 0,5 см., тщательно перемешивается повторным перевертыванием пробирки и затем отмечается время, потребное для полного оседания, т. е. для того, чтобы нижний край столба прозрачной плазмы спустился до метки, поставленной на 18 мм. ниже верхней границы жидкости. В настоящее время на основании большого количества работ, появившихся в печати, уже можно наметить определенную скорость оседания для целого ряда состояний организма; именно, нормальной скоростью оседания принято считать время от 3 до 7 часов, для беременности средняя скорость оседания считается от 1 до 3 часов, а для инфекционных воспалительных заболеваний она колеблется от 1 часа до 10 минут.

Однако, пользуясь данными исследования крови для предсказания и распознавания, мы должны иметь в виду, что в жизни женщины существуют такие условия, как месячные, беременности, роды и послеродовые периоды, которые отражаются на картине крови; поэтому мы должны знать характерные для них особенности, чтобы в случае надобности сделать в данных исследования соответственные поправки.

Для клинических целей мы пользуемся схемой (см. стр. 30).

Но мы должны помнить, что в настоящее время имеются исследования, которые не ограничиваются этими сравнительно грубыми изменениями в крови, но устанавливают типичные колебания ее свойств в различные фазы менструального цикла.

На прилагаемой таблице эти изменения представлены по данным, заимствованным из диссертации З. Н. Несмеловой (см. стр. 31).

Наконец, мы должны иметь в виду, что особенно большую ценность данные исследования крови приобретают тогда, когда они у одной и той же больной производятся систематически через определенные промежутки времени. Для наглядности они при этих условиях могут быть представлены на кривой (см. стр. 40).

Остановившись подробно и отметив те изменения в крови, которые могут представить для нас интерес, как в диагностическом, так и в прогностическом отношении при инфекционных заболеваниях женских половых органов, я этим вовсе не хочу умалить значения, которое до сих пор придавалось клиницистами целому ряду других признаков, например, характеру пульса, температурной кривой, выражению лица, изменению мочи и т. д.; все они являются тоже результатом общей или местной реакции организма на инфекцию и потому имеют весьма большую клиническую ценность.

В нашу задачу, конечно, не должна входить подробная оценка всех этих признаков, и мы детально остановимся на них при разборе отдельных случаев, однако среди них есть целый ряд таких симптомов, которые характерны для всей группы этих заболеваний, и подчеркнуть их не будет лишним.

Начнем с общего вида относящихся сюда гинекологических больных. Часто, например, бывает достаточно взглянуть на лицо больной, чтобы с большой вероятностью исключить инфекцию, исходящую из половых органов. Так как тяжелые воспалительные заболевания в гинекологии, во-первых, обычно вызываются гноеродными бактериями, и во-вторых в большей или меньшей степени затрагивают брюшину, то характерным для таких больных является отсутствие лихорадочного румянца на щеках и лихорадочного блеска глаз; напротив, лицо обычно

бледно, глаза часто мутные, общее выражение лица вялое; иногда окраска кожи, как на лице, так и, вообще, на теле, а также соединительная оболочка глаз, имеют желтоватый оттенок, что может зависеть от гемолитической способности возбудителя инфекции, но надо иметь в виду, что эта окраска может зависеть также и от всасывания излившейся крови, например, при нарушенной внематочной беременности.

Что касается значения характера пульса, то он при этого рода заболеваниях приобретает особо важное значение и может послужить очень ценным диагностическим и прогностическим признаком как сам по себе, так в особенности в сочетании с другими данными. Например, можно считать вполне установленным существование определенного взаимоотношения между температурной кривой и пульсовой кривой; и в то время как при локализации инфекции в клетчатке учащение пульса идет параллельно с повышением температуры, при поражении брюшины частота пульса значительно больше и превышает температурный подъем. Не входя здесь в детальное обсуждение всех тонкостей в характере пульса при инфекционных заболеваниях полового аппарата женщины, ограничимся только указанием, что он несомненно имеет большое клиническое значение, и поэтому все изменения, как характера пульса, так и колебания частоты его, должны тщательно отмечаться.

То же, что было сказано о значении пульса, приходится сказать и о значении температуры.

Далее при всяком воспалительном заболевании, исходящем из женской половой сферы, весьма важное значение имеет состояние тех органов, которые стоят с половым аппаратом в анатомической или функциональной связи. Главный интерес, конечно, здесь заслуживают пищеварительный и мочевой аппарат.

Значение состояния названных органов не ограничивается тем, что они вовлекаются в общую картину болезни, исходящую из полового аппарата, но кроме того, они приобретают ценность потому, что нередко служат первоисточником гинекологического заболевания, или же настолько затемняют картину болезни, что требуют очень внимательного дифференциального диагноза.

Едва ли приходится специально останавливаться на том, что исследование мочи имеет здесь столь же важное значение, как и вообще при всяком инфекционном воспалительном заболевании.

Наконец следует обратить внимание на те данные, которые нам может дать определение кровяного давления. До сих пор специально в гинекологических клиниках на этот способ исследования обращали мало внимания, и в этом направлении он еще мало разработан; но уже имеется указание, что мы им можем воспользоваться, например, как одним из ранних признаков перитонита, так как при этом обычно наблюдается понижение кровяного давления.

В настоящее время наибольшим распространением для определения кровяного давления пользуется „слуховой“ способ Короткова при помощи сфигмоманометра Riva-Rocci с широкой манжеткой. Давление определяется в плечевой артерии и вычисляется соответственно высоте ртутного столба в миллиметрах; максимум давления (РМа) равняется 120; минимум (РМи) равняется 90, а разница между систолическим и диастолическим давлением (РА) равняется 30 и называется амплитудой давления.

Подвергнув тщательному анализу все эти данные, которые мы рассматривали как результат реакции организма на инфекцию, мы таким образом получаем третий и вместе с тем последний фактор, дающий в совокупности с двумя предыдущими картину инфекционного воспалительного заболевания женских половых органов.

Нашей последней и самой трудной задачей является умение сопоставить все полученные нами данные и сделать на их основании окончательный вывод, т.е. поставить диагноз и прогноз.

Для облегчения этой задачи Sachs предложил остроумную формулу, которую мы, конечно, не можем воспользоваться как в математике для решения, но которая по моему мнению может дать правильное направление ходу нашей мысли при оценке каждого случая.

Формула эта такова:

$$P = \frac{L \cdot W}{K}$$

где P обозначает предсказание, L—локализацию заболевания, W сопротивляемость организма и K—возбудителя инфекции.

Для каждой буквы Sachs предлагает в зависимости от характера полученных данных различные значения, обозначая их цифрами, например:

- | | | |
|---|---|--|
| L | { | = 3. Наружные половые органы, эндометрий, клетчатка. |
| | { | = 2. Лимфатическая система, местное поражение брюшины. |
| | { | = 1. Кровь и кровеносные сосуды, общее поражение брюшины. |
| W | { | = 3. Нормальные пульс и температура, отсутствие лейкоцитоза. |
| | { | = 2. Умеренное повышение лейкоцитоза и тому подобное. |
| | { | = 1. Отклонение картины Agneth'a влево, значительное учащение пульса и т. под. |
| K | { | = 1. Отрицательный результат бактериологического исследования. |
| | { | = 2. Не гемолизирующий стрептококк и другие бактерии. |
| | { | = 3. Гемолизирующий стрептококк. |

Подставляя в приведенную формулу вместо букв соответствующие им цифры, мы получим то или иное предсказание, например:

Легкое заболевание $P = \frac{3 \cdot 3}{1} = 9$

Заболевание средней тяжести $P = \frac{2 \cdot 2}{2} = 2$

Тяжелое заболевание $P = \frac{1 \cdot 1}{3} = 1/3$

Приводя эту формулу, я, конечно, придаю ей значение только потому, что она во-первых заставляет нас вспомнить, что инфекционное воспалительное заболевание состоит из трех факторов: возбу-

теля инфекции, локализации ее в больном организме и защитительных приспособлений последнего, а во-вторых она побуждает нас к внимательной, детальной оценке каждого из этих факторов.

Заканчивая этим те общие замечания, которые я считал полезным предпослать разбору отдельных форм заболеваний, я должен еще подчеркнуть то особое значение, которое здесь имеет анамнез. Иногда правильно собранный анамнез сразу выясняет нам причину и способ возникновения болезни; так например, мы знаем насколько ценно при распознавании гонорреи указание больной на боли при мочеиспускании, бывшие в первое время половой жизни; или при распознавании инфекции гноеродными микробами указание на лихорадочное течение послеродового периода.

Но для того, чтобы мы могли легко и полно использовать анамнез, он должен быть всегда представлен в определенной системе, и я предлагаю пользоваться хронологическим порядком, отмечая следующие этапы:

1. Детство.
2. Наступление половой зрелости и характер месячных.
3. Начало половой жизни.
4. Беременности и их исходы.

Каждый из приведенных этапов в свою очередь содержит ряд вопросов, и ответы на них дают нам в кратких чертах характеристику всей жизни больной с интересующей нас стороны, так что мы всегда получаем возможность сказать, когда началось данное заболевание; а это в свою очередь значительно облегчает нам решение вопроса, почему и как оно началось.

Для учащихся мы пользуемся в моей клинике следующим опросным листом:

Акушерско-Гинекологическая клиника:

Время поступления.

№ приемного журнала.

Имя, отчество и фамилия.

Возраст.

Семейное положение.

Занятие.

Месторождение.

Национальность.

I. Жалобы при поступлении.

II. Анамнез.

1. Детство.
2. Наступление половой зрелости и характер месячных (время появления первых месячных, периодичность, продолжительность, количество, болезненность до или во время, когда были последние).
3. Начало половой жизни (Время и особенности).
4. Беременности и их исходы.
 - a. Число и течение беременностей.
 - b. Выкидыши (число, сроки, время, причины, течение, исходы).
 - c. Преждевременные роды (число, сроки, время, причины, течение, исходы).
 - d. Срочные роды (число, время, течение, исходы, послеродовые периоды, время вставания, кормление грудью).

5. Начало настоящего заболевания.
6. Болела ли чем-нибудь раньше.
7. Отправление кишечника.
8. Отправление мочевого пузыря.

III. Данные исследования.

1. Общий осмотр: Телосложение; рост в сантимет.; вес в килограммах; костная система (размеры таза); мускулатура; жировая подкожная клетчатка; кожа (цвет) лица и тела; слизистые оболочки; выражение лица (глаза); грудные железы (выделение секрета).

Температура.

Пульс (частота, ритм, напряжение, характер).

Сердце (границы, тоны).

Кровяное давление.

Дыхание (частота и тип).

Легкие (границы, перкуссия, аускультация, кашель, мокрота).

Нервная система (сознание, рефлексy).

Пищеварительные органы (язык, зубы, аппетит, стул).

Мочевые органы (почки, мочевой пузырь, мочеиспускание).

Печень.

Селезенка.

2. Исследование области живота.

Осмотр (вздутие, выпячивание).

Ощупывание (мягкий, напряженный, болезненный; флюктация).

Перкуссия (заглушение и притупление тона).

Измерение (окружность, расстояние от лона и т. д.).

3. Исследование половых органов.

а. Наружный осмотр (волосистость, влагалищный вход, промежность, задний проход),

б. Бимануальное исследование:

Влагалище.

Матка (влагалищная часть, форма зева, консистенция, форма, величина, верзья, флексия, подвижность и т. д.).

Придатки (трубы и яичники).

Связочный аппарат.

Клетчатка таза.

Брюшина таза.

с. Исследование зеркалом.

д. Исследование зондом (измерение матки).

е. Исследование через прямую кишку.

IV. Лабораторные исследования.

1. Исследование мочи.

2. Исследование крови (морфологическое и физико химическое).

3. Бактериологическое исследование (крови, выделений из половых частей, экссудатов и т. д.).

4. Биологические реакции (связывание комплемента, определение опсонического индекса, реакция анафилаксии и т. д.).

5. Микроскопическое исследование срезов и соскобов.

V. Кривая температуры, пульса и дыхания.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ.

Bacil. vaginalis
vulgaris.

I. Морфологические и биохимические свойства.

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1. Форма и величина | Толстая, крупная палочка. |
| 2. Группировка | Пары и цепочки. |
| 3. Подвижность | Н е т. |
| 4. Реснички | Н е т. |
| 5. Капсула | Н е т. |
| 6. Споры | Н е т. |
| 7. Отношение к кислороду | Анаэроб факультативн. |
| 8. Температурный оптимум | — |
| 9. Сопrotивляемость | — |

II. Рост на питательных средах.

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Желатина { а) Разжижает | — |
| { б) Вид колоний | — |
| 2. Бульон { а) Пленка | Н е т. |
| { б) Муть | Образует. |
| { в) Осадок | Образует. |
| 3. Агар { а) Простой | } Обильный рост. |
| { б) Сахарный | |
| { в) Кровяной | |
| 4. Молоко (свертывание) | Свертывает. |
| 5. Картофель | — |
| 6. Отношение к сахару и спирту | — |
| 7. Наиболее благоприятные среды | Агар с 1—2% молочной кислоты. |
| 8. Отношение к цветным средам. | Обесцвечивает индиго. |

III. Отношение к краскам.

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| 1. Обычная окраска | Окрашив. хорошо. |
| 2. Окраска по Граму | Не обесцвечивается. |
| 3. Специальная окраска | Н е т. |

IV. Патогенность.

- | | |
|------------------------------------|--------|
| 1. Токсические свойства | Н е т. |
| 2. Отношение к крови. | Н е т. |
| 3. Образование ферментов | — |

Coccobacillus vaginalis.	Bacil. bifidus Tissier.	Streptococcus anaerobicus Menge.
<p>Короткая овальная палочка. Пары и цепочки. Н е т. Н е т. Н е т. Н е т.</p>	<p>Крупная палочка с утонченными концами. По две параллельно. Н е т. Н е т. Н е т. Н е т.</p>	<p>Шаровидная. Короткие цепочки. Н е т. Н е т. Н е т. Н е т.</p>
Анаэроб факультативн.	Анаэроб облигатный.	Анаэроб облигатный.
<p>— — — Н е т.</p>	<p>37° Погибает при 60° в течение 1 часа. } Не растет. Н е т.</p>	<p>Ничтожная. — — —</p>
Образует временно, затем просветляет.	Равномерная муть.	—
<p>Не растет. Растет хорошо.</p>	<p>Образует. } Хорошо растет вдоль укола.</p>	<p>Не растет. Растет хорошо.</p>
<p>— — —</p>	<p>Не свертывает. — Разлагает с образован. газа.</p>	<p>— — —</p>
Сахарный агар.	—	Сахарный агар.
<p>— —</p>	<p>— —</p>	<p>— —</p>
<p>Окрашив. хорошо. Не обесцвечивается. Н е т.</p>	<p>Окрашив. хорошо. Не обесцвечивается. Н е т.</p>	<p>Окрашив. хорошо. Не обесцвечивается. Н е т.</p>
<p>Н е т. Н е т.</p>	<p>Н е т. Н е т.</p>	<p>Н е т. Н е т.</p>

Нормальная флора женского полового аппарата.

II. Обычные возбудители инфекцион

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ.	Streptococcus.
I. Морфологические и биохимические свойства.	
1. Форма и величина 2. Группировка 3. Подвижность 4. Реснички 5. Капсула 6. Споры 7. Отношение к кислороду 8. Температурный оптимум 9. Сопrotивляемость 10. Образование пигмента	Шаровидная и дисковидная. Цепочки, иногда пары. Н е т. Н е т. Н е т. Н е т. Анаэроб факультативн. 37°. Ничтожная. Н е т.
II. Рост на питательных средах.	
1. Желатина { а) Разжижение б) Вид колоний 2. Бульон { а) Пленка б) Муть с) Осадок 3. Агар { а) Простой б) Сахарный с) Кровяной (сыворотка человека). 4. Молоко (свертывание) 5. Картофель 6. Отношение к сахару и спирту 7. Наиболее благоприятные среды 8. Отношение к цветным средам	Удовлетворит. на обычных средах. Н е т. Точечные круглые Н е т. Равномерная. Иногда хлопьевидный. Мелкие, похожие на капли росы. Свертывает на 4—5 день. Незаметные колонии. Разлагает с образ. кислоты но без газа. Свезда Безредка-Jurille.
III. Отношение к краскам.	
1. Обычная окраска 2. Окраска по Граму 3. Специальная окраска	Окрашив. хорошо. Не обесцвечивается. Н е т.
IV. Патогенность.	
1. Токсические свойства 2. Отношение к крови 3. Образование ферментов	Патогенен. Токсин и эндотоксин. Гемолизует. Н е т.
V. Разновидности:	
а) Патогенные	1. Str. longus s. erysipelat. 2. Str. viridans s. mitior. 3. Str. mucosus capsulatus.
б) Непатогенные	4. Diplostreptococcus. 1. Str. anaerobicus.

НЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Staphylococcus.	Gonococcus.	Bacterium coli commune.	Bacterium tuberculosis.
Шаровидная 0,6—1,2 микрона. Кучками. Н е т.	Шаровидно-улоноенная. Парами. Н е т.	Короткие палочки с закругленн. концами. Изолировано или в нити. Ограниченная подвижность.	Тонкая палочка. Одиночно. Н е т.
Н е т Н е т. Н е т.	Н е т. Н е т. Н е т.	4—8 жгут. по окруж. Н е т. Н е т.	Н е т. Восковидная оболочка. Н е т.
Анаэроб факультативн. 37°	Аэроб. 36—37°	Анаэроб факультативн. 37—46°.	Аэроб. 37°.
Весьма значительная. Образует.	Ничтожная. Н е т.	Значительная. Образует индол.	Весьма значительная. Н е т.
Хорошо на обычных средах. Разжижает чашкообразно. (круглые мелкозернистые.	Не растет на обычных средах.	Хорошо на обычных средах. Н е т.	Не растет на обычных средах.
Образует. Обильная. Образует.	Не дает роста.	В виде виноградного листа или гвоздя. Иногда образует. Обильная с хлопьями. Хлопьевидный.	Не дает роста. Растет только с прибавлением 3—5% глицерина.
Бугристые с фестончатыми краями.	Не дают роста. Мелкие, круглые в виде капель росы. Н е т.	Гладкие беловатые блестящие колонии.	Растет только с прибавлением 3—5% глицерина.
Свертывает в течение недели. Н е т.	Н е т. Н е т.	Свертывает через 24 часа. Сильные серожелтые.	Н е т. Н е т.
Разлагает с образов. кислоты но без газа. Н е т.	Агар с кровяной сывороткой человека.	Разлагает с образов. кислоты и газа. Н е т.	Среда Wassermann'a с нутрозой.
—	—	Изменяет цвет в виду образования кислоты.	—
Окрашив. хорошо. Не обесцвечивается. Н е т.	Окрашив. хорошо. Обесцвечивается. Н е т.	Окрашив. хорошо. Обесцвечивается. Н е т.	Трудно воспринимает краски. Не обесцвечивается. По Ziehl-Neelson'y.
Патогенен. ?	Патогенен. Эндотоксин.	Патогенен. Эндотоксин.	Патогенен. Токсин и эндотоксин.
Гемолизует. Гемолизин, флогозин, лейкоцидин и протеолитическое вещество.	Н е т.	Н е т.	Н е т.
1. Staph. albus. 2. Staph. aureus. 3. Staph. flavus. 4. Staph. parvulus. (анаэроб, обесцвеч. по Граму).	— — — —	По Gilbert'y и Lion'y 5 разновидностей.	— — — —
1. St. cereus, не разжижает желатин. 2. St. liquefaciens не разжиж. желатины.	— —	— —	— —

III. Случайные возбудители инфекционны

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ.	<i>Diplococ. lanceolat. capsulat. pneumoniae Fränkel'a.</i>	<i>Pneumobacillus Fridländer'a.</i>	<i>Bacillus diphtheriae.</i>	<i>Bacil. influenzae Pfeiffer'a.</i>	<i>Bacil. typhi abdominalis.</i>	<i>Proteus vulgaris.</i>	<i>Bacil. perfringens Welchii s. phlegmon. emphysematod.</i>
I. Морфологические и биохимические особенности.							
1. Форма и величина	Ланцетовидная.	Короткая палочка.	Короткая палочка с булавовидн. расширен.	Очень маленькая палочка. 0,2—0,5 микронов.	Короткая толстая палочка.	Мал. прямая палочка (полиморфен).	Толстая прямая палочка с булавовидн. или закругл. краями. Одиночно или нити.
2. Группировка	Попарно.	Короткие нити.	Параллельными рядами.	Одиночно или нити.	Одиночно, иногда нити.	Одиночно или длинные нити.	Одиночно или нити.
3. Подвижность	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Есть оживленная.	Очень подвижен.	Нет.
4. Реснички	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	10—12 ресничек. По окружности.	Много.	Нет.
5. Капсула	Сумка охватывает пару кокков.	Есть сумка.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Светлый пояс по окружности.
6. Споры	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Образует.
7. Отношение к кислороду	Анаэроб факультативн.	Аэроб.	Аэроб.	Аэроб облигатный.	Анаэроб факультативн.	Аэроб факультативн.	Анаэроб облигатный.
8. Температурный оптимум	25°—42°	16°—37°	19°—36°—42°	26°—37°—42°	37°	30°—35°	37°
9. Сопrotивляемость	Погинает при 52° в течение 10 минут.	?	Умеренная.	Небольшая.	Значительная.	Весьма значительная.	Значительное.
10. Образование пигмента	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Образует индол.	Нет.
II. Рост на питательных средах.							
1. Желатина { а) Разжижение	Удовлетворит. на обычных средах. Не разжижает.	Удовлетворит. на обычных средах. Не разжижает.	Растет при слабо-щелочной реакции среды. Не разжижает.	Не растет на обычных средах.	Растет при слабо-щелочной реакции среды. Не разжижает.	Прекрасно на обычных средах. Сильно разжижает.	Хорошо на обычных средах. Слабо разжижает.
б) Вид колоний	Точечные, круглые.	Круглые, в виде гвоздя.	Чрезвычайно мелкие, растут медленно. Образует.	Не	Прозрач. нежн. пленка сер. цвет. с зубч. краем.	От центра длинные извитые отростки. Нет.	?
2. Бульон { а) Пленка	Нет.	Нет.	Образует.	дают	Равномерная муть.	Равномерная муть.	Нет.
б) Муть	Очень мало.	Сплошная муть.	Образует.	роста.	Сероватый осадок.	Нет.	Равномерная муть постепен. просветл. Образует.
в) Осадок	Мелкозернист. беловатый.	Густой вязкий.	В виде крупинок.	—	—	—	—
3. Агар { а) Простой	Скудные мелкие, в виде капель росы.	Белые или серые с резким краем.	С слегка зубчатым краем.	—	Сероватый прозрачный налет.	Тонкий прозрачный голубоватый налет.	Нежный налет.
б) Сахарный	—	—	—	—	—	—	—
в) Кровяной (сыворотка человека)	—	—	—	—	—	—	—
4. Молоко (свертывание)	Свертывает.	Свертывает.	—	—	Не свертывает.	—	Свертывает с образованием газа.
5. Картофель	Едва заметный налет.	Серовато-белый налет.	—	—	Прозрачн., едва заметная пленка.	—	—
6. Отношение к сахару и спирту	—	Брожение с образов. кислоты и газов.	—	—	Не разлагает или образует только кислоту.	—	Разлагает.
7. Наиболее благоприятные среды	Среды с животным белком.	—	Лефлеровск. кровяная сыворотка с виноградным сахаром.	Агар, покрытый слоем свежей крови, или с гемоглобин. мельчайш. колонии.	—	—	—
8. Отношение к цветным средам	—	—	—	—	Не изменяет.	—	—
III. Отношение к краскам.							
1. Обычная окраска	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.
2. Окраска по Граму	Не обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Не обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Не обесцвечивается.
3. Специальная окраска	—	—	Синька Löffler'a и разств. Ziehl'я разведен.	Карболов. фуксин.	—	—	—
IV. Патогенность.							
1. Токсические свойства	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.
2. Отношение к крови	Эндотоксин.	?	Токсин.	Эндотоксин.	Эндотоксин.	?	?
3. Образование ферментов	—	—	—	—	—	—	Гемолизирует. Протеолитически диастатич. ферменты
V. Разновидности.							
			Вас. pseudo-diphtheriae. Очень похожа на истинную дифтеритную бациллу. На агаре напоминает колонии стрептококка.		1. В. para typhi A в лакмусомльке измен. цвет в красный. 2. В. para typhi B. на картоф. буроватая пленка, разлагает сахар и спирт.	1. Proteus mirabilis Hauser'a. 2. Proteus Zenker s. fluorescens.	

Х Г И Н Е К О Л О Г И Ч Е С К И Х З А Б О Л Е В А Н И Й.

<i>Bac. fusiformis</i> <i>Vincenti</i>	<i>Bacil. pyocyaneus</i>	<i>Bacil. funduliformis.</i>	<i>Bacil. radiiformis.</i>	<i>Bacil. anthracis.</i>	<i>Bacil. tetani</i> <i>puerperalis.</i>	<i>Bacil. pseudotetani.</i>	<i>Bacil. faecalis</i> <i>alcaligenes.</i>	<i>Micrococcus</i> <i>tetragenus.</i>	<i>Bac. ulceris molle</i> <i>Ducrey.</i>	<i>Spirochaeta pallida</i> <i>Schaudini.</i>
Веретенообразная палочка.	Короткая палочка 1—1,5 микрона.	Прямая толстая палочка со вздутием.	Маленькая прямая палочка с закругл. концами.	Крупная палочка с обрезан. концами 5—10 микрон. Нити.	Прямая палочка со вздутием на одном конце.	Прямая очень тонкая палочка.	Стройная тонкая изогнутая палочка.	Шаровидная.	Маленькая стройная палочка.	Длинная спиральн. нить с 10—26 извилинами. Одиночно.
Одиночно или в виде коротк. изогн. нитей.	Одиночно.	Одиночно или нити.	Одиночно или пары.	Нити.	Одиночно, иногда пары.	Параллельно или перекрестно. Интенсивн. круговая и извилистая. 6—12 ресничек.	Нити.	По четыре экземпляра.	Одиночно, чаще цепочками.	Одиночно.
Нет.	Значительная подвижность.	Нет.	Нет.	Нет.	Медленная извивающаяся.	Нет.	Подвижна.	Нет.	Нет.	Очень подвижна.
Нет.	Один полярный жгутик.	Нет.	Нет.	Нет.	Много жгутиков по окружности.	Нет.	1—10 полярных ресничек.	Нет.	Нет.	Нет.
Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Слизистая капсула.	Нет.	Нет.
Анаэроб?	Аэроб факультативн. 20°—37°	Аэроб облигатный. 24°—37°	Анаэроб облигатный. 20°—30°	Аэроб факультативн. 15°—23°	Анаэроб облигатный. 14°—37°—43°	Анаэроб облигатный. 37°	Аэроб. 35°	Аэроб.	Аэроб.	Анаэроб.
—	Значительн.	?	?	Умеренная, споры очень стойки.	Значительная, погибает при 80° через час.	?	Средняя.	Средняя.	?	?
Нет.	Пиоцианин синий и вещество зелен. цвета.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.	Нет.
—	Хорошо на обычных средах.	Удовлетворит. на обычных средах.	Удовлетворит. на обычных средах.	Хорошо при слабощелочной реакции.	Хорошо при отсутствии кислорода.	Хорошо при отсутствии кислорода.	Удовлетворит. на обычных средах.	Хорошо на обычных средах.	Только с кровью и сывороткой.	?
—	Разжижает чашкообразно.	Не разжижает.	Разжижает по окружности колоний.	Разжижает умеренно.	Разжижает.	?	Не разжижает.	Не разжижает.	—	—
—	Круглые с фест. краем, зернистые зеленые.	Нежный, хлопьевидный налет.	Мелкие, прозрачные с коричневл. ядром.	От белого плотного центра идут отростки в виде львиной гривы.	Мелкие белые точки с тонким отростк.	?	Нежные, прозрачные мелкозернистые.	Мутные бляшки.	—	—
—	Нежная беловатая.	Нет.	Нет.	—	Нет.	Нет.	Нежная пленка.	—	—	—
—	Густая муть, жидкость зеленеет.	Помутнение.	Образует муть.	—	Равномерная муть.	Легкая муть.	Слабая муть.	—	—	—
—	Густой вязкий.	Нежный, хлопьевидный.	Осадок с выделением волютич. газов.	—	Медленно образует осадок с запахом.	Нет.	Тягучий осадок	—	—	—
—	Сплошная слизистая серо-зеленая пленка.	Отдельные плоские с коричневл. центром.	Мелкие колонии по уклону.	От белого центра идут извилистые отростки.	Обильно вдоль укола с образованием газа.	Рост вдоль укола.	Нежные колонии.	Серожелтый слизистый налет.	—	—
—	Свертыв. и окрашив. в зеленый цвет.	Не свертывает.	—	Свертывает, но затем снова разжижает.	Не свертывает.	Не свертывает.	Просветляет.	—	—	—
—	Серокоричнев. налет.	—	—	Сухой белый налет.	—	—	—	—	—	—
—	Не образует ни газа, ни кислоты.	Разлагает молочный сахар с образ. газов	—	Образует кислоту.	—	—	Не разлагает.	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	Обесцвечивает агар с нейтральрот.	—	—	—	—	Не изменяет.	—	Агар с кровью или сывороткой.	—
?	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Окрашив. хорошо.	Не окрашивается.
По Löffler'у и Романовскому.	Обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Не обесцвечивается.	Не обесцвечивается.	Не обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Не обесцвечивается.	Обесцвечивается.	Туш и способ Giemsa
Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Мало патогенен.	Патогенен.	Патогенен.	Патогенен.
?	Токсин и эндотоксин.	?	?	—	Токсин.	—	—	—	—	—
—	Пиоцианоза	—	—	—	—	—	Протеолитическ. фермент.	—	—	—

II. Заболевания женских половых органов, вызванные гноеродными бактериями.

На первом месте среди воспалительных инфекционных заболеваний женских половых органов должны быть поставлены те, которые вызваны группой гноеродных бактерий, так как они по количеству преобладают над остальными.

К группе гноеродных бактерий относятся различные виды стрептококка и стафилококка, и мы постараемся дать краткую характеристику их морфологических и биологических особенностей, чтобы при распознавании вызванного ими заболевания уметь их определить и уяснить себе те клинические симптомы и изменения в пораженных тканях, которые ими вызываются.

Главные отличительные признаки для стрептококка следующие: он имеет шаровидную, дисковидную, а иногда удлинённую форму; величина его непостоянна; в чистых культурах он располагается более или менее длинными цепочками; взятый непосредственно из экссудата или из выделений он располагается парами; стрептококк неподвижен; ресничек, капсулы и спор не имеет; он является факультативным анаэробом, температурный оптимум 37° , сопротивляемость ничтожна, погибает при 52° градусах уже через 20 минут. Он хорошо растёт на обычных питательных средах, желатину не разжижает и растёт на ней в виде точечных круглых колоний; в бульоне образует муть и иногда хлопьевидный осадок, на пластинках агара образует мелкие колонии, напоминающие капельки росы; молоко свертывает на 4—5 день; сахара разлагает с образованием кислоты, но без газа; наиболее благоприятной питательной средой может служить бульон или агар щелочной реакции, смешанный с куриным яйцом, так называемая среда Безредка—Jupille. Красится стрептококк всеми обычными красками, по Грам'у не обесцвечивается; токсические его свойства зависят от эндотоксина; некоторые разновидности стрептококка образуют вещество, называемое гемолизинном, которое действует разрушающим образом на красные кровяные шарики.

Что касается разновидностей стрептококка, то на этот счет в настоящее время нет единства взглядов, и в то время как одни во главе с Schottmüller'ом, Winter'ом и Fromme различают несколько совершенно самостоятельных его видов, другие во главе с Zangemeister'ом и Natvig'ом не признают деления группы стрептококка на отдельные виды, а различную его вирулентность и некоторые другие биологические особенности объясняют только различными условиями той среды, в которой микробу приходится проявлять свою жизнедеятельность.

Те, кто допускает существование нескольких отдельных видов стрептококка, кладут в основу классификации различные признаки, например, длину цепочек, способность образовать гемолизин и т. д., отождествляя эти признаки с более значительной вирулентностью микроба; в настоящее время существует довольно много различных классификаций, но все они в достаточной степени шатки и основаны на довольно ненадежных критериях.

Я позволю себе привести только классификацию Schottmüller'a который различает четыре главных типа в зависимости от гемолитических свойств: 1) *Streptococcus longus* s. *erysipelatos*, 2) *str. viridans* s. *mitior*, 3) *str. mucosus capsulatus*, 4) *diplostreptococcus*. В дополнение к этим четырем типам Mandelbaum прибавляет еще *str. saprophyticus*, который неактивен в отношении крови. Однако, принимая в сообра-

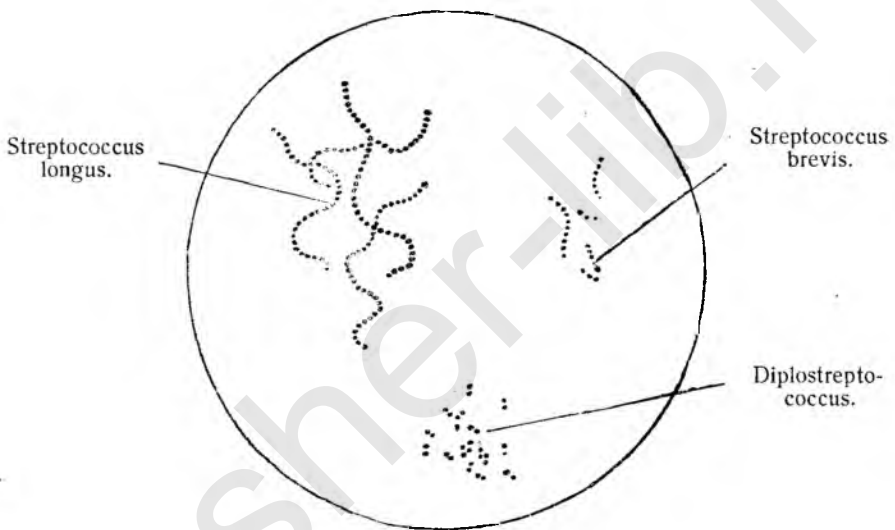


Рис. 30. Streptococcus. Различные разновидности.

жение то обстоятельство, что у вполне здоровых женщин всегда в половых органах находится очень большое количество различных бактерий, и между ними гемолитический стрептококк встречается приблизительно в 30% случаев даже у нелихорадящих родильниц, то мы должны признать, что одной наличности даже вирулентных бактерий в половых путях женщины в такое благоприятное для развития инфекции время, как послеродовой период, недостаточно, чтобы возникло определенное инфекционное заболевание, а для этого оказываются необходимыми еще какие-то условия, вероятно, зависящие от той или другой степени сопротивляемости организма.

Поэтому может быть правильнее будет тот взгляд, что вирулентность стрептококка зависит не столько от самостоятельных особенностей того или другого его вида, сколько от той среды, где ему приходится проявлять свою жизнедеятельность и что некоторые морфологи-

ческие и биологические особенности его тоже являются только результатом этой среды.

Доказательство этому мы находим в изменении некоторых биологических и морфологических особенностей одного и того же вида стрептококка, проводя его через различные питательные среды; так, например, стрептококк, полученный из послеродовых лохий и имеющий при исследовании на окрашенных препаратах вид диплококка, проведенный через бульон, приобретает вид длинных, тонких цепочек; если же к этому бульону прибавить кровяной сыворотки, то цепочки становятся короче и снова приближаются по форме к диплококку.

На основании только что сказанного можно признать, что и *str. longus s. erysipelatos* является только определенной модификацией одного основного типа стрептококка; как известно, эта разновидность его встречается обычно при всех тяжелых послеродовых заболеваниях, и мы можем объяснить себе его морфологические и биологические особенности тем, что он находит себе, при данных обстоятельствах, особо благоприятные условия; характерные же особенности его состоят в том, что он образует в чистых культурах длинные тонкие цепочки и обладает способностью гемолиза; это последнее свойство проявляется на искусственной питательной среде, например, пластинке агара с кровью тем, что вокруг каждой колонии образуется бесцветное кольцо вследствие разрушения красящего вещества крови; кроме того, эта разновидность стрептококка отличается своим быстрым ростом, давая на пластинке из кровяного агара уже через двадцать четыре часа множество мелких колоний, почти сплошь покрывающих пластинку; такая способность быстро размножаться оценивается тоже как признак особо сильной вирулентности.

Для отличия патогенной формы стрептококка от сапрофитной Fromme предлагает воспользоваться пробой с лецитином; по полученным им данным оказывается, что патогенный стрептококк переносит примесь лецитина к питательной среде гораздо хуже, чем сапрофитная его форма, и в то время как сапрофит дает хороший рост в смеси 10 капель бульона и 16 капель 2% эмульсии лецитина, патогенный стрептококк дает такой же рост только в смеси из 10 капель бульона и 3 капель той же эмульсии лецитина.

Как нами уже было указано, к группе гноеродных бактерий, кроме стрептококка, относится также стафилококк; его главные отличительные особенности следующие: он имеет шаровидную форму; величина колеблется от 0,6 до 1,2 микрона; располагается он всегда кучками, напоминающими грозди винограда; подвижностью не обладает, ресничек, капсулы и спор не имеет, к кислороду относится как факультативный аэроб, температурный оптимум 37°; сопротивляемость весьма значительна; погибает стафилококк при 80 градусах только через час; растет хорошо на обычных питательных средах; желатину разжижает чашкообразно и растет на ней в виде круглых, равноочерченных, мелкозернистых колоний; в бульоне образует обильную муть и осадок, а на поверхности пленку; на пластинках агара растет в виде бугристых колоний с фестончатым краем; молоко свертывает в течение недели; сахара разлагает с образованием кислоты, но без газа; особо благоприятных сред для него нет; красится стафилококк хорошо всеми обычными красками; по Gram'у, не обесцвечивается; что касается его патогенности, то еще с точностью не установлено, зависит ли она от

токсина или эндотоксина, но можно считать установленным, что вредное действие его на организм проявляется в нескольких направлениях: во-первых, стафилококки образуют гемолитическое вещество, называемое стафилолизином и обладающее способностью разрушать красные кровяные шарики, во-вторых, они образуют, вещество, растворяющее белые кровяные шарики и носящее название лейкоцидина, в-третьих, некоторые, например, Leber приписывают стафилококкам способность образовать вещество, названное им флогозином и обладающее способностью вызывать некроз тканей, кроме того стафилококкам присуща способность образовывать в присутствии хлорода пигменты, при чем этим их свойством воспользовались для их классификации, различая соответственно цвету колоний *staph. albus*, *staph. aureus*, *staph. flavus*.

Названные разновидности относятся к группе *staphylococcus pyogenes*, куда относится также *staph. parvulus*, отличающийся от предыдущих форм тем, что он анаэроб и обесцвечивается по Gram'у, все перечисленные формы патогенны для человека и животных.

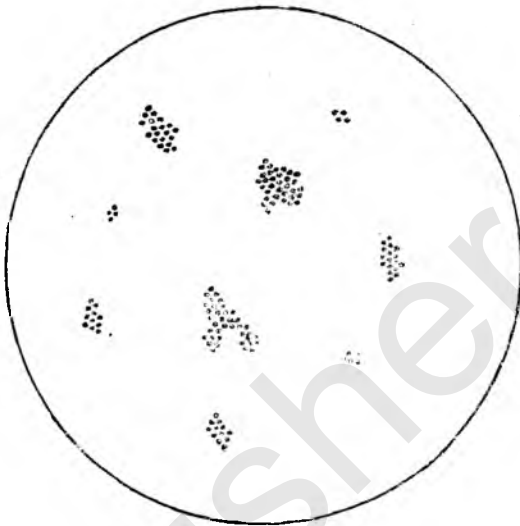


Рис. 31. *Staphylococcus*.

Кроме названных, описаны еще *staph. cereus* и *staph. liquefaciens*, которые не патогенны и характеризуются тем, что не разжижают желатин и не гомолизируют.

Ограничиваясь этими признаками, характерными для микроорганизмов, входящих в группу гноеродных бактерий, мы должны еще отметить некоторые общие для всей

группы и весьма важные с практической стороны особенности этих микроорганизмов к инфицированному субъекту.

Особенности эти в главных чертах сводятся к следующему: во-первых, мы видели, что как среди различных видов стрептококков, так и стафилококков имеются формы патогенные и не патогенные; первые являются паразитами, но паразитизм их факультативный, так как они могут развиваться, как в тканях живого организма, так и на мертвой питательной среде; это свойство их имеет для нас большое практическое значение, так как выясняет нам возможные способы заражения и тем самым указывает нам и профилактические мероприятия; вторые, т.-е. непатогенные являются сапрофитами и развиваются только на мертвой питательной среде; вредное действие их ограничивается только всасыванием вырабатываемых ими токсических продуктов обмена.

Во-вторых, патогенные формы стрептококка и стафилококка обладают способностью в большей или меньшей степени вызывать иммунитет; правда, иммунитет здесь выражен далеко не всегда одинаково сильно, но, с другой стороны, мы не можем отрицать по отношению к ним не только возможности образования приобретенного иммунитета, но также существования врожденного, так как восприимчивость к этому рода заболеваниям далеко не у всех одинакова.

В-третьих, весьма важной в практическом отношении особенностью их является то обстоятельство, что они не способны проникать через неповрежденные покровы, таким образом для того, чтобы они могли вызвать воспалительное заболевание в органах женского полового аппарата, должно иметь место предварительное нарушение целостности определенных тканей. Так как в состоянии половых органов женщины существуют такие моменты, когда вследствие физиологических условий, происходит такое изменение в некоторых тканях, например, в слизистой оболочке матки после родов, выкидыша или во время месячных, то естественно, что с этим чаще всего и совпадает начало инфекции; значительно реже причиной проникновения гноеродных микробов в половые органы женщины и возникновения инфекции является какая-нибудь случайная травма.

Наконец, в-четвертых, названные бактерии, проникнув тем или другим способом в толщу тканей, обладают способностью разрушать их, вызывая гибель тканевых элементов и переходя последовательно с одного отдела полового аппарата на рядом лежащий; но кроме того для распространения в большом организме они могут воспользоваться и другими путями, например, лимфатической или кровеносной системой.

Если патогенные стафило- и стрептококки способны вызвать в организме хотя бы временный иммунитет, то мы имеем основание ждать, что в крови больной должны образоваться защитительные вещества или антитела; признание этого факта приобретает для нас большое практическое значение как в смысле распознавания, так и лечения подобного рода заболеваний.

Однако, что касается реакций иммунитета при стрептококковых инфекциях, то они еще слишком мало изучены, и значение их в этом отношении до сих пор не выяснено.

Относительно стафилококковых заболеваний, наоборот, дело обстоит значительно лучше; так например, по наблюдениям Kolle и Otto, сыворотка, полученная при помощи патогенной рассы, агглютинирует только патогенного же стафилококка.

Реакция связывания комплемента, по данным Altman'a и Bluhdorn'a дает тоже довольно надежные результаты.

Но тщательнее всего здесь изучено значение опсопинов Wright'ом и его школой. По наблюдениям Pröscher'a сперва обнаруживается фагоцитоз одноядерных лейкоцитов, затем он исчезает и на сцену выступают многоядерные шарики. Böhmе устанавливает для стафилококка нормальный опсонический индекс от 0,8 до 1,2. Понижение индекса трактуется большинством, как доказательство тому, что в организме существует воспалительный очаг, при острых же стафиломикозах индекс бывает резко повышен и может достигать 8.

Все приведенные особенности микробов, относящихся к группе гноеродных, конечно, придают определенный характер вызываемым ими заболеваниям, однако, надо иметь в виду, что целый ряд условий ока-

зывает влияние на клиническую картину каждого случая в отдельности, поэтому проявление отдельного заболевания, его симптомы могут быть чрезвычайно разнообразны, и распознавание далеко не всегда легко и просто.

Наибольшее влияние в этом отношении оказывает способ локализации возбудителя инфекции в зараженном организме, и поэтому на ряде больных мы позволим себе иллюстрировать наиболее типичные случаи заболеваний, вызванных гноеродными микробами.

акusher-lib.ru

1. Parametritis purulenta.

История первой больной, изложенная согласно приведенной выше схеме, такова:

Больная А. К., 25 лет, замужняя, работает на фабрике, родилась в деревне Тверской губернии, русская.

В клинику она поступила 2 недели тому назад с жалобами на боли внизу живота, особенно справа.

I. Анамнез.

1. Детство. В детстве больная перенесла корь и скарлатину; других сведений о себе дать не может.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные пришли на семнадцатом году, первый год приходили с большими опозданиями, затем стали приходиться через каждые четыре недели, продолжаются по 7 дней, обильны и всегда с болями непосредственно перед появлением кровей; время последних месячных точно не помнит.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная начала жить с двадцати одного года и каких либо заболеваний половых органов, в связи с началом половой жизни, она не отмечает, но на вопрос, не заметила ли она в то время появления болей, она заявила, что еще в детстве задолго до наступления месячных она всегда страдала белями.

4. Беременности и их исходы. Первая и единственная беременность наступила у нее, приблизительно, через четыре года после выхода замуж; вначале были довольно сильные рвоты; беременность закончилась срочными родами живым ребенком; рожала она в родильном приюте, родила самостоятельно, но роды тянулись очень долго, около 36 часов; при отхождении последа она потеряла много крови, так что у нее кружилась голова; во время родов произошел разрыв промежности, который ей зашили спустя несколько часов; роды имели место пять недель тому назад, т.-е. за три недели до поступления ее в клинику; послеродовой период протекал не гладко; ее знобило, и она чувствовала жар и боли внизу живота; все время до поступления в клинику она пролежала почти неподвижно и держала на животе лед.

5. Начало настоящего заболевания. Больная относит начало заболевания к первым дням послеродового периода.

6. Болела ли раньше. Ни общими болезнями, кроме перенесенных в детстве, ни специально гинекологическими прежде не болела.

7. Отправление кишечника. Постоянная склонность к запорам, усиливающаяся после родов.

8. Отправление мочевого пузыря. Временами задержка мочи.

II. Status praesens.

Больная правильного телосложения, среднего роста, со стороны костной системы имеется некоторое отклонение от нормы, именно все размеры таза равномерно уменьшены на 2 см.; мускулатура развита умеренно; жировая подкожная клетчатка выражена удовлетворительно; лицо бледное, видимые слизистые оболочки тоже бледны; кожа на туловище и конечностях сухая; грудные железы развиты правильно, из сосков выдавливается молоко. Температура тела при поступлении больной в клинику была 38,9 и держится до сих пор в одинаковых пределах, опускаясь утром до тридцати семи с десятыми, а к вечеру повышаясь почти до 39, как это видно на прилагаемой ниже температурной кривой. Пульс колеблется от 100 до 110 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; границы сердца нормальны, тоны слегка глуховаты; число дыханий 24 в минуту, ровное; со стороны легких отклонений нет. Сознание ясное, чувствительность нормальная. Со стороны пищеварительного аппарата имеются следующие данные: зубы в удовлетворительном состоянии; язык влажный, но значительно обложен; аппетит плохой, стул задержан, уже и прежде, сколько себя больная помнит, у нее была склонность к запорам, после родов же стул удается вызвать только при помощи клизмы. Печень, селезенка и почки отклонений от нормы не представляют; мочеиспускание со времени родов не всегда происходит произвольно, а иногда приходится пользоваться катетром.

При осмотре области живота он слегка вздут, но при ощупывании мягкий и безболезненный за исключением правой подвздошной области, где соответственно двум верхним третям Пупартовой связки и кверху вдоль гребешка подвздошной кости определяется мало болезненная наощупь резистентность, распространяющаяся на три поперечных пальца над Пупартовой связкой; пальпаторная граница этой резистентности очерчена довольно отчетливо; перкуссия здесь дает тупой тон, при чем пальпаторная граница совпадает с перкуторной; при поступлении больной в клинику кожа живота над названной резистентностью была нормально окрашена и подвижна, и при глубоком надавливании пальцами определялась равномерная плотность; однако, за последние дни произошли перемены в том смысле, что кожа стала отечной, покраснела, потеряла подвижность и при надавливании удается определить глубокую эластичность.

Исследование половых органов дало следующее: при осмотре наружных частей волосистость оказывается скудно развитой; половая щель слегка зияет; в области промежности обнаруживается разрыв второй степени, покрытый здоровыми грануляциями; слизистая оболочка влагалищного входа бледна и покрыта вытекающими из влагалища в умеренном количестве выделениями бурого цвета с небольшим запахом.

При бимануальном исследовании слизистая влагалища несколько разрыхлена; влагалищная часть матки имеет цилиндрическую форму, нормальной величины, консистенция несколько мягче обычной; наружный зев имеет форму поперечной щели с боковыми надрывами, пропускает конец пальца; он обращен сзади от проводной оси таза и несколько смещен влево; при ощупывании сводов левый свод узкий и глубокий, в то время как правый значительно шире и уплощен;

в области правого свода подвижность слизистой оболочки ограничена, складки ее сглажены; передний и задний свод без изменений. Тело матки несколько увеличено, мягковато и болезненно; подвижность матки резко ограничена; левый угол матки хорошо контурируется, и здесь удается определить неизменные левые придатки; правое же ребро и угол матки сливаются с резистентностью, располагающейся над правым влагалищным сводом; эта резистентность оттесняет всю матку влево, переходит на правую стенку таза, тесно с нею сливаясь, и кверху непосредственно переходит в ту резистентность, которая определялась снаружи над правой Пупартовой связкой. Брюшина малого таза свободна.

Инфильтрат, прощупываемый через брюшную стенку.

Spina anterior superior.

Пупартова связка.

Tuberculum pubicum.

Инфильтрат, прощупываемый со стороны влагалища.



Рис. 32. Границы определяемой при исследовании резистентности.

Произведенные лабораторные исследования дали:

I. Исследование мочи.

Суточное количество: от 800 до 1200 куб. см. Цвет насыщенно желтый, прозрачность неполная; удельный вес 1027, реакция кислая. Белка, сахара и других патологических элементов не найдено. При микроскопическом исследовании рыхлый сероватый осадок состоит из плоского эпителия в довольно большом количестве, из белых кровяных шариков в умеренном количестве; кроме того встречаются в небольшом количестве кристаллы фосфорнокислой магнезии и щавелевокислого кальция; ни цилиндров, ни красных кровяных шариков не найдено.

II. Исследование крови. (См. табл. на стр. 50).

Проф. Л. Л. Окличев. — Гинекологическая клиника. Ч. I.

	Нормальная картина крови у женщин.	Исследование 1. — год III мес. 4 число.	Исследование 2. — год III мес. 10 число.	Исследование 3. — год III мес. 16 число.	
Количество эритроцитов	4.500.000—5.250.000	3.850.000	3.810.000	3.800.000	
Характер эритроцитов	Изменение окраски	—	нет	нет	
	Изменение величины	—	немного микро- и макроцитов	тоже	
	Изменение формы	—	немного пойки- лоцитов	тоже	
	Изменение структуры	—	нет	нет	
Количество гемоглобина	85%—110%	70% ₀	70% ₀	68% ₀	
Показатель окраски	0,9—1,0	0,9	0,9	0,89	
Количество лейкоцитов.	7.000—8.000	10.800	17.200	18.000	
Лейкоцитарная формула.	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70% ₀	84% ₀ —14160	85% ₀ —14570	86% ₀ —15470
	Эозинофилы	80—320; 1—4% ₀	1% ₀ —210	1% ₀ —200	1% ₀ —200
	Базофилы	20—80; 0,1—1% ₀	0,2% ₀ —30	0,2% ₀ —30	0,2% ₀ —30
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35% ₀	12% ₀ —2100	12% ₀ —2100	11% ₀ —2000
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5% ₀	2% ₀ —300	2% ₀ —300	2% ₀ —300
Нейтрофильная картина Арнета.	Одноядерные	8% ₀	11% ₀	12% ₀	12% ₀
	Двухядерные	24% ₀	27% ₀	28% ₀	29% ₀
	Трехядерные	48% ₀	44% ₀	45% ₀	44% ₀
	Четырехядерные	16% ₀	16% ₀	14% ₀	14% ₀
	Пятиядерные	4% ₀	2% ₀	1% ₀	1% ₀
Патологические формы лейкоцитов	Регенеративные	—	увеличен. числа метамиелоцитов	тоже	тоже
	Дегенеративные	—	—	—	—
Количество тромбоцитов	350.000	—	—	—	
Сухой остаток	21%	—	—	—	
Удельный вес	1.050—1.056	1048	1048	1049	
Коэффициент вязкости	4,38	4,2	4,2	4,3	
Скорость свертываемости	7—8 минут	8 минут	7 минут	8 минут	
Щелочность	426—533 м. г NaOH	464	460	457	
Резистентность эритроцитов	Rm. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl	0,46	0,46	0,48	
Количество гликогена	—	незначительное	тоже	умеренное	
Скорость осаждаем. эритроцитов	5 час.	30 минут	28 минут	28 минут	

III. Бактериологическое исследование.

Степень чистоты влагалищного содержимого IV R.

Бактериологическое исследование крови, взятой из локтевой вены, дало отрицательный результат.

Исследование выделений из матки, полученных при помощи Пастеровской пипетки, дало микроба, обладающего следующими характерными признаками:

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки.
2. Группировка. — Короткие цепочки и пары.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Спротивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Умеренная.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - а) Вид колоний. — Мелкие едва заметные.
 - б) Разжижение. — Не разжижает.
2. Бульон:
 - а) Муть. — Небольшая муть.
 - б) Осадок. — Нет.
 - в) Пленка. — Нет.
3. Агар:
 - а) Рост на простом агаре. — Мелкие прозрачные колонии.
 - б) Рост на сахарном агаре — То же.
 - в) Рост на кровяном агаре. — То же.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Не обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Streptococcus brevis*.

Каких-либо других лабораторных исследований произведено не было.

Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике представляется в следующем виде (см. стр. 52):

Имея в руках все данные, которые нам удалось получить как из анамнеза, так и при исследовании больной, мы становимся перед задачей, во-первых, установить распознавание болезни, во-вторых, поставить предсказание и, в-третьих, наметить план лечения.

Начнем с распознавания болезни или диагноза.

Для этого мы можем поступить двояко, или взять на удачу тот диагноз, который кажется нам в данном случае наиболее вероятным, и сопоставить те признаки, которые соответствуют взятому диагнозу, с признаками, имеющимися в настоящем случае.

Наш выбор может оказаться сразу удачным, и совпадение признаков будет полное; но может случиться и обратное, совпадения не будет, или оно будет недостаточное; тогда придется отказаться от взятого диагноза, избрать другой и т. д.

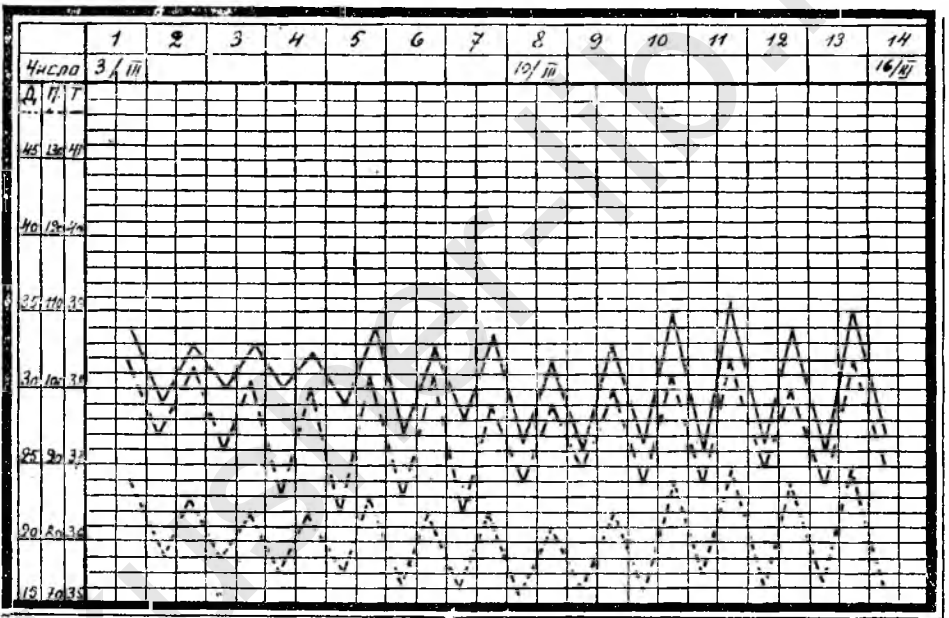


Рис. 33. Кривая температуры, пульса и дыхания.

Конечно, чем больше опыт врача, тем чаще диагноз сразу будет поставлен верно; но в этом способе есть еще один недостаток, состоящий в том, что взявши определенный диагноз, невольно стараешься подвести к нему клинические симптомы данного случая, и таким образом получается предвзятость.

Второй способ состоит в том, что мы от более общего, группового диагноза идем, постепенно дифференцируя, к более детальному. Именно, подразделив все виды гинекологических заболеваний на определенное число крупных, совершенно обособленных групп, мы данный случай относим к надлежащей группе.

Все заболевания женских половых органов принято классифицировать или в зависимости от локализации процесса, например, выде-

для особо заболевания матки, яичников и т. д., или в зависимости от существа самого болезненного процесса.

Последний способ классификации более рационален, и мы сейчас различаем следующие основные группы гинекологических заболеваний.

1. Воспалительные заболевания.
2. Новообразования.
3. Заболевания, вызванные травмой.
4. Смещения половых органов.
5. Пороки развития.

Мы безусловно рекомендуем пользоваться для установки диагноза вторым из приведенных способов, и таким образом первый вопрос относительно нашей больной будет состоять в том, в какую группу отнести данное заболевание.

В виду того, что у нашей больной имеется острое заболевание, сопровождающееся высокой температурой, учащением пульса, болями и ускоренной оседаемостью эритроцитов, мы с полной уверенностью можем сказать, что здесь дело идет о воспалительном процессе, при чем мы сейчас же можем наш диагноз еще более детализировать, установивши инфекционное происхождение этого заболевания, так как почти исключительно инфекция сопровождается повышением температуры.

Что мы здесь имеем гинекологическое заболевание, это явствует из локализации процесса в области таза.

Таким образом наш первоначальный диагноз будет: „воспалительное инфекционное заболевание женского полового аппарата“.

Как мы уже говорили, всякое инфекционное заболевание складывается из трех факторов, именно: из биологических особенностей возбудителя, из способа его локализации в тканях больной и из сопротивляемости зараженного организма; следовательно, мы и должны перейти к выяснению и оценке каждого из этих факторов в отдельности.

В этом отношении нам всегда может оказать большую услугу выяснение вопроса, когда и каким образом возникла инфекция, и поэтому лучше не полагаться на показание больной, устанавливающей начало заболевания, а шаг за шагом проследить анамнез, так как дата, указываемая больной, может быть только началом обострения уже давно гнездившейся в организме инфекции; кроме того анамнез может нам выяснить иногда целый ряд условий, которые в данном случае способствовали возникновению инфекции.

Следя за анамнезом нашей больной мы, во-первых, можем отметить, что в детстве она перенесла скарлатину и корь, а, как известно, эти заболевания могут оставить в половых органах ребенка изменения, которые дадут себя знать при наступлении половой зрелости в виде различного рода признаков недоразвития.

Далее наша больная указывает, что она с детства страдала болями, что часто приходится наблюдать у малокровных девочек, как результат пониженного питания слизистых оболочек:

Вторым важным этапом в анамнезе, на котором мы останавливаем наше внимание, является период наступления половой зрелости; с этого момента половой аппарат начинает функционировать и обнаруживается его состоятельность. У нашей больной мы здесь можем отметить несколько позднее появление первых месячных, которые пришли только на семнадцатом году, и боли, которые всегда предшество-

вали появлению крови. Оба эти обстоятельства говорят за недостаточное и неправильное развитие полового аппарата.

Третьим этапом в анамнезе является начало половой жизни, так как с ним особенно часто бывает связана гоноррейная инфекция, которая проявляется двумя весьма типичными жалобами: болями при начале мочеиспускания режущего характера и гнойными белями. У нашей больной эти жалобы отсутствуют, следовательно, гоноррейная инфекция с известной долей вероятности может быть исключена.

Четвертым этапом являются беременности и их исходы. У нашей больной первая и единственная беременность наступила только через четыре года после выхода замуж, но протекала в общем нормально. Такое запоздалое наступление беременности, если не применялись предохранительные средства, говорит за недостаточное развитие полового аппарата; таким образом мы видим, что у нашей больной имеется целый ряд признаков, указывающих на недостаточное развитие половых органов, которое может оказаться обстоятельством, благоприятным для развития инфекции, но прямых указаний на наличие инфекции по крайней мере до конца беременности, мы не имеем.

Далее, из анамнеза мы видим, что беременность закончилась срочными родами живым ребенком, но роды продолжались долго, около 36 часов, хотя и закончились самостоятельно; при отхождении последа больная потеряла много крови, и, кроме того, она отмечает разрыв промежности.

Так как больная рожала в родильном приюте, т.-е. при соблюдении надлежащих условий асептики, и так как роды не потребовали каких-либо манипуляций в половых путях, то прямых указаний на способ и момент проникновения инфекции мы здесь не имеем; мы можем только указать, что обильная потеря крови понизила сопротивляемость организма, а затянувшиеся роды сами по себе могли способствовать распространению микробов из нижних отделов половых органов кверху; таким образом вероятнее всего будет признать в данном случае наличие аутоинфекции.

Как нам известно, на наружных половых частях и во влагалище всегда имеются разнообразные формы бактерий, и нередко между ними встречаются и вирулентные; с другой же стороны мы знаем, что после родов, приблизительно на третий день, бактерии из влагалища всегда проникают в полость матки и при нормальной сопротивляемости организма сохраняются здесь до седьмого дня, ни чем не давая себя знать; напротив, если сопротивляемость организма понижена, или если вирулентность попавших в матку микробов значительна, то возникает инфекция, которая может протекать весьма различно в зависимости от ее распространения.

Итак, на основании сказанного, мы можем считать установленным, что инфекция у нашей больной возникла в связи с родами, при чем благоприятствующими условиями явилось длительное течение родов, обильная потеря крови и некоторое недоразвитие полового аппарата.

Для того, чтобы определить точно возбудителя инфекции, нами было произведено бактериологическое исследование крови, а также выделений из полости матки. Первое дало отрицательный результат, а в выделениях из матки удалось найти и вырастить в чистой культуре стрептококка, который при бактериологическом исследовании не-

посредственно в мазке из выделений являлся в виде диплококка, на мазках же, взятых из культур, располагался в виде коротких цепочек; эта его особенность, а также отсутствие способности к гемолизу заставляет нас признать, что мы имеем здесь стрептококковую инфекцию средней интенсивности.

Установив первый фактор, из которого складывается клиническая картина болезни в нашем случае, перейдем к второму, т.е. к точному определению локализации инфекции в организме нашей больной.

Признав, что возбудители инфекции первоначально проникли в полость матки и отсюда уже могли распространиться дальше, мы должны, прежде всего, представить себе те изменения в тканях, которые являлись результатом инфекции.

Проникнув в полость матки и найдя здесь благоприятные условия, возбудитель инфекции прежде всего должен вызвать изменения на внутренней поверхности полости матки, которая непосредственно после родов представляет собою обширную раневую поверхность; особенно благоприятным местом локализации микробов является область, соответствующая прикреплению последа, так как здесь находится множество свежих кровяных сгустков, закрывающих просветы сосудов.

Как и на всякой раневой поверхности, также и здесь проявление инфекции начинается с образования налета, сперва тонкого, нежного, а затем более толстого; цвет налета серый или серозеленый; состоит он из микробов, из омертвевших элементов ткани, из белых кровяных шариков и из фибрина; на границе между налетом и глубже лежащими тканями образуется зона, где и происходит борьба между микробами и тканями больного организма; носит она специальное название грануляционного вала и по существу своему является проявлением реакции ткачевых элементов; если перевес в борьбе оказывается на стороне инфицированного организма, то спустя короткий промежуток времени налет отделяется целиком или частями, на его месте появляется грануляционная поверхность, дающая более или менее обильное количество гнойных или серозногнойных выделений; примешиваясь к кровянистым послеродовым выделениям, они изменяют их нормальный характер, делая их грязными, гнойвидными, а иногда придавая им неприятный гнилостный запах.

Не редко приходится встречать мнение, что появление запаха есть признак скорее благоприятный, так как говорит за сапрофитный характер инфекции; мне кажется, что сейчас, когда большинство перестает проводить резкую грань между паразитами и сапрофитами, запах выделений должен трактоваться только как признак, указывающий на наличие инфекции, но не на ее интенсивность.

Этот процесс носит название эндометрита, но он никогда не ограничивается только слизистой оболочкой матки; напротив, всегда вся матка участвует в процессе, реагируя на инфекцию более или менее значительной гиперемией и серозным пропитыванием, благодаря чему она становится увеличенной, мягкой и болезненной.

На ряду с местными изменениями появляются и общие признаки инфекции; обыкновенно на третьи сутки появляется озноб, сопровождающийся повышением температуры, которая затем держится на высоких цифрах и имеет постоянный тип; соответственно температуре учащается пульс и дыхание; кроме того больная часто жалуется на головную боль и общее недомогание.

Если воспалительный процесс ограничивается только полостью матки, то обычно через несколько дней температура, пульс и дыхание возвращаются к норме, выделения приобретают нормальный характер, и выздоровление идет быстро, при чем часто болезнь не оставляет никакого следа, иногда же на почве эндометрита происходит неправильное обратное развитие матки или „*subinvolutio uteri*“, являющееся причиной приобретенной ретроверзии матки.

В тех случаях, когда организм не может так легко победить возбудителя инфекции, вирулентность микробов оказывается настолько значительной, что грануляционные элементы в области демаркационной линии погибают или даже вовсе не успевают образоваться в достаточном количестве, и возбудители инфекции тем или иным путем распространяются дальше.

Для группы гноеродных бактерий и в частности для стрептококка существуют следующие пути распространения:

Во-первых, микробы могут разрушать тканевые элементы при помощи вырабатываемого ими токсина или эндотоксина и таким образом постепенно проникать в глубину.

Во-вторых, они могут распространяться по поверхности и, следовательно, из полости матки перейти на трубы и, наконец, через абдоминальные отверстия ее на брюшину малого таза.

В-третьих, микробы проникают в лимфатические сосуды и этим путем распространяются за пределы матки, или проникая в окружающую ее клетчатку, или достигая брюшинного ее покрова.

В-четвертых, наконец, микробы могут проникнуть в кровеносную систему и дать бактериэмию.

Признав, что у нашей больной имеется инфекционное заболевание, стоящее в связи с послеродовым периодом и имеющее своим исходным местом внутреннюю поверхность матки, мы должны ту резистентность, которую мы нашли в области таза справа, тоже считать за следствие этой инфекции, и нам предстоит выяснить тот путь, которым здесь микробы проникли за пределы матки.

Чтобы ответить на этот вопрос, нам необходимо точно установить локализацию и отношение к матке названной резистентности.

Как мы видели, она располагается в правой половине таза, начинаясь от правого ребра матки, доходит до стенки таза и тесно с ней сливается, матка смещена в левую сторону, т.-е. находится в *sinistropositio*; правый свод значительно шире левого, он уплощен, и его слизистая оболочка сглажена и потеряла свою подвижность; ни труба, ни яичник с правой стороны не определяются.

На основании приведенных данных здесь вопрос может идти, во-первых, о локализации воспалительного процесса в правых придатках и во-вторых, о локализации его в клетчатке таза.

Если бы мы имели острый воспалительный процесс в придатках, то, считаясь с величиною резистентности, достигающей кверху передней брюшной стенки и распространяющейся на три пальца над Пупартовой связкой, мы должны бы были его признать за *pyosalpinx* или *pyoovarium*, так как только скопление экссудата в полости трубы или в толще яичника могло настолько увеличить объем этих органов; но при экссудативном процессе мы при первом же исследовании должны были определить зыбление, эластичность при бимануальном ощупывании; однако, как мы видели, этого не было, и глубокая эластичность

появилась только в последние дни и определяется только со стороны брюшной стенки.

Далее при гнойном заболевании придатков вызываемая ими резистентность имеет всегда типичную форму, именно *ruosalpinx* напоминает собою реторту, узким концом начинающуюся от угла матки, а *ruovarium* имеет шаровидную форму и не связан непосредственно с углом матки.

Отношение этих образований к стенкам таза будет тоже несколько иное чем в данном случае, именно, они могут доходить до стенки таза, но переходить на нее, сливаться с нею не могут, так как представляют собою мешчатую опухоль, наполненную жидкостью, лежащую в брюшной полости и только определенной частью своей поверхности прилегающую к тазовой стенке.

Если *ruosalpinx* или *ruovarium* располагаются на обычном месте т.-е. несколько кзади и сбоку от матки, то матка будет смещаться в противоположную сторону, несколько кпереди и кверху; однако этот признак может отсутствовать как раз при послеродовых воспалениях придатков, когда последние оказываются смещенными кверху не успевшею еще опуститься в таз маткою.

И так, мы видим, что в нашем случае целый ряд объективных признаков говорит против заболеваний придатков, именно, форма резистентности, ее отношение к матке и к стенкам таза, ее консистенция; все это не отвечает тем данным, которые следовало бы ждать при воспалении придатков.

Посмотрим теперь, насколько эти данные соответствуют тому, что мы наблюдаем при заболевании тазовой клетчатки.

При воспалении тазовой клетчатки, которое носит название *phlegmona pelvis* или *pelvocoliculitis*, все клинические признаки можно разделить на две группы: к первой должны быть отнесены те, которые присущи инфекционному воспалению клетчатки вообще, независимо от того, где эта клетчатка расположена; ко второй группе должны быть причислены те признаки, которые зависят исключительно от локализации заболевшего отдела клетчатки в области таза.

К первой группе, следовательно, надо отнести следующие признаки:

1) Температура и пульс. В этом отношении характерным для локализации инфекции в клетчатке, в отличие от других некоторых инфекций, является то, что температура быстро, одним подъемом достигает высоких цифр, часто выше 39°; затем температура сохраняет постоянный тип, давая небольшие понижения, например, до 38°, по утрам; только после того, как образуется гнойный фокус, температура приобретает ремиттирующий характер. Пульс хотя и учащается, но частота его сравнительно небольшая, редко превышает 100 ударов в минуту и вообще соответствует температуре.

2) Боли. Это признак, не является безусловно постоянным; чаще приходится наблюдать незначительные боли, которые усиливаются от непосредственного прикосновения, например, при исследовании. Значительно реже больные жалуются на очень сильные боли, что, вероятно, зависит от непосредственного воспаления заложенных в клетчатке нервов.

3) Отношение инфильтрации клетчатки к соседним тканям и органам. Этот признак часто оказывается весьма ценным, так как позво-

ляет нам воспользоваться им для дифференциальной диагностики; именно, так как клетчатка находится в тесной, непосредственной связи с соседними органами, то при ее инфильтрации резистентность переходит на соответственный орган, сливается с ним и нарушает его подвижность, так например, слизистая оболочка влагалищных сводов при параметрите перестает смещаться; затем, располагаясь в широких связках, инфильтрация с одной стороны переходит на стенки таза, с другой стороны делает матку неподвижной.

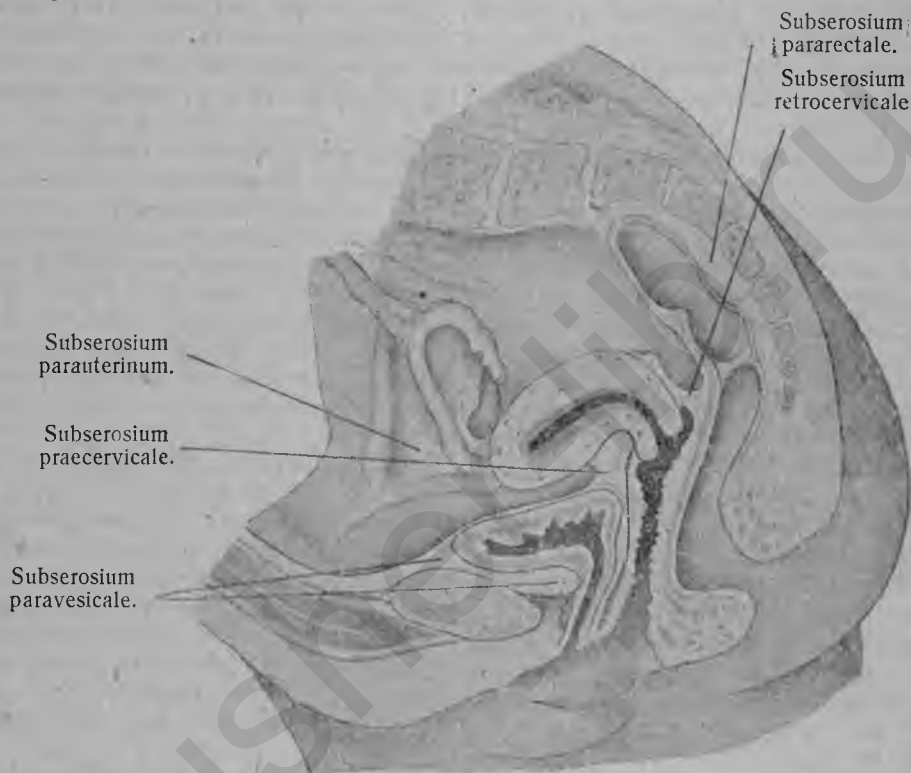


Рис. 34. Топография клетчатки таза.

Из „Диагностики женских болезней“ G. Winter'a.

Вторая группа признаков воспаления клетчатки, как было уже сказано, зависит от локализации данного отдела клетчатки, и состоит по преимуществу в особенностях формы инфильтрата и топографических отношений к тазовым органам.

Для того, чтобы уяснить себе эти особенности, мы должны в кратких чертах припомнить, на какие отделы подразделяется интересующая нас здесь клетчатка тазовой области.

В анатомии всю клетчатку женского таза разделяют на четыре больших и два меньших отдела. Спереди от мочевого пузыря между его передней стенкой и задней поверхностью передней брюшной стенки и лонной кости располагается рыхлая клетчатка, носящая название *subserosium paravesicale* s. *cavum Retzii*; сверху этот отдел клет-

чатки ограничен брюшиной, переходящей с задней поверхности передней брюшной стенки на мочевой пузырь, снизу он ограничен связкой, идущей от задней поверхности лобковой кости к шейке мочевого пузыря, а в обе стороны границы его составляют фиброзные пластинки, заложенные в брыжейках круглых связок; при воспалении клетчатки этого отдела инфильтрат распространяется кверху по задней поверхности передней брюшной стенки, достигая пупка, и имеет форму треугольника; по французским авторам этот процесс носит специальное название „Plastron abdominal“.

Два следующих крупных отдела тазовой клетчатки располагаются симметрично с обеих сторон от матки и носят название *subserosium parauterinum*, каждый из них имеет треугольную форму с вершиною у углов матки в месте отхождения круглых связок и придатков; передние границы этих отделов образуются фиброзными пластинками, заложенными в брыжейках крупных связок; задние границы образованы тоже фиброзными пластинками, находящимися в широких



Рис. 35. Разрез широкой связки слева от ребра матки.
Из руководства по женским болезням С. Menge и Е. Opitz.

связках в виде *ligamentum ovarii proprium* и *ligamentum infundibulopelvicum* боковыми границами этих отделов служат стенки таза с выстилающими их мышцами и фасциями. Каждый из этих отделов клетчатки в свою очередь подразделяется на верхний и нижний посредством фасциальной пластинки, отделяющей верхний отдел широкой связки или *ala vesperilionis*, от нижнего, включающего в себе *ligamentum cardinale*.

Инфекция проникает в верхний отдел *subserosium parauterinum* обыкновенно из полости тела матки по лимфатическим или кровеносным путям и вызывает образование инфильтрата, раз'единяющего брюшинные пластинки широкой связки и легко достигающего боковой стенки таза; кверху инфильтрат распространяется над Пулартовой связкой, занимая верхние две трети ее, а также может по задней брюшной стенке достигнуть области почки. При исследовании резистентность обычно можно прощупать в области соответственной *passa iliaca* через переднюю брюшную стенку.

В нижний отдел *subserosium parauterinum* инфекция проникает чаще всего из разрывов на влагалищной части матки и образует инфильтрат, который прорывается со стороны влагалища в области одного из боковых сводов, при чем слизистая оболочка последнего обычно теряет свою подвижность. Отсюда инфильтрат имеет склонность распространиться позади маточной шейки.

При заболеваниях тазовой клетчатки нам чаще всего и приходится иметь дело с воспалением верхнего или нижнего отдела *subsero-*

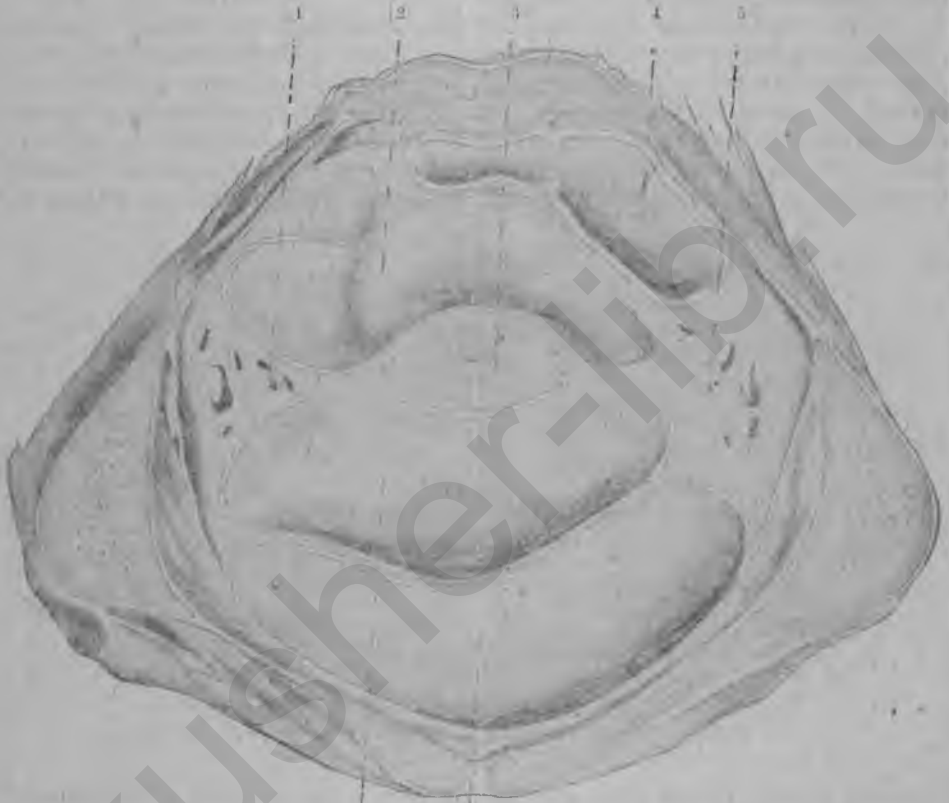


Рис. 36 Горизонтальный разрез таза на уровне нижней трети тела матки.
Из руководства по женским болезням С. Menge и Е. Opitz.

- 1) *Subserosium parauterin. sinistrum*. 2) Заднее Дугласово пространство. — 3) Матка. —
4) Прямая кишка. — 5) *Subserosium parauterin. dextrum*. — 6) Переднее Дугласово про-
странство. — 7) Мочевой пузырь.

sium parauterinum, и этот процесс собственно и носит название *para-*
metritis.

Четвертый большой отдел клетчатки таза называется *subserosium pararectale* и располагается в области прямой кишки, распространяясь
кверху до *promontorium*, а книзу до промежности.

Кроме этих крупных отделов в тазу имеется еще два небольших
отдела.

Первый из них, или *subserosium praecervicale*, располагается между мочевым пузырем и шейкой матки; границами ему снизу служит *ligament vesicouterinum*, а сверху брюшина переднего Дугласова пространства. Второй небольшой отдел называется *subserosium retrocervicale* и располагается между задней поверхностью шейки матки и прямой кишкой: сверху границей ему служит брюшина заднего Дугласова пространства, а снизу стенка заднего свода влагалища.

Хотя распространение инфильтрата соответственно только что приведенным отделам и типично в зависимости от места проникновения инфекции, но так как разделяющие их друг от друга фасциальные пластинки не могут служить абсолютным препятствием для распространения микробов, то нередко инфильтрация захватывает одновременно несколько отделов, и представляется затруднительным сказать, проникла ли инфекция со стороны матки, прямой кишки или мочевого пузыря.

Приведя наиболее постоянные признаки, характеризующие собою воспаление тазовой клетчатки, а также распределение последней по отделам, посмотрим, насколько имеющиеся у нашей больной признаки совпадают с приведенными, и какому отделу клетчатки они соответствуют.

По своему расположению имеющаяся у нашей больной резистентность вполне соответствует инфильтрации в области *subserosium parauterinum*, включая как верхний, так и нижний его отдел; далее, отношение резистентности к матке, к слизистой оболочке влагалища и к стенке таза тоже вполне отвечает инфильтрации в клетчатке; наконец, характер температуры и пульса тоже соответствуют тому, что обычно наблюдается при острой тазовой флегмоне.

На основании приведенных соображений мы можем наш первоначальный диагноз, имеющий весьма общий характер, сделать более точным и вместо „воспалительное инфекционное заболевание, исходящее из половых органов“ поставить диагноз:

„*Parametritis dextra acuta*“.

Однако, как для предсказания, так и для выбора способа лечения эта форма диагноза недостаточна. Острое воспаление клетчатки может проявляться в весьма разнообразных анатомических изменениях пораженных тканей, в зависимости, как от давности процесса, так и от целого ряда других причин, поэтому мы должны на основании имеющихся в нашем распоряжении клинических данных точно установить, в каком состоянии находится в настоящее время воспалительный процесс, а для этого мы должны ясно представить себе те изменения, которые, вообще, происходят при инфекционном воспалительном заболевании клетчатки.

Принимая, что у нашей больной заболевание началось с послеродового эндометрита, проследим, как инфекция распространилась на клетчатку, и какие изменения она здесь дала.

Из упомянутых нами способов, которыми инфекция гнойными микробами может распространиться из матки на окружающие части, для возникновения воспаления тазовой клетчатки возможно или проникновение микробов сюда по лимфатическим путям или по кровеносным сосудам, именно венам.

А. Martin следующим образом рисует происходящие при этом изменения в тканях.

При первой форме, называемой им лимфангоитической, находят в клетчатке, кроме разлитого воспалительного процесса, желтоватые тяжи, которые оказываются лимфатическими сосудами, наполненными тромбами и жидким гноем. Эти расширенные лимфатические сосуды представляют собою местами расширения, то одиночные, то расположенные в виде четок, величиною от чечевичного зерна до лесного ореха, на разрезе они имеют гладкую стенку, от которой легко отделяется густое или кашицеобразное содержимое. Эти образования находят главным образом в верхних отделах широких связок, но могут также встречаться, как в основании широких связок, так и в брыжжейке яичника.

Вторая форма, называемая тромбофлебитической, характеризуется тем, что отдельные вены или целые сплетения оказываются наполненными плотными сгустками и прощупываются в виде твердых тяжей или узлов. При разрезе сосуд оказывается растянутым посредством сгустка, имеющего черноватый, коричневатый или желтовато-красный вид. Со временем сгусток теряет свою плотность, становится сперва полужидким, а затем приобретает гнойвидный характер. В это время воспалительный процесс успевает перейти на стенку сосуда, и она постепенно разрушается.

Если подробнее исследовать такое разжиженное, гнойподобное содержание вены, то оказывается, что этот детрит отличается от настоящего гноя отсутствием гнойных телец.

Как при лимфангоитической, так и при тромбофлебитической форме возникновения воспаления клетчатки, процесс, конечно, не ограничивается только поражением самих сосудов, а всегда наблюдается также реакция окружающих тканей.

Эта реакция прежде всего сказывается в гиперемии соседних участков клетчатки, благодаря чему происходит серозное пропитывание ее или отек. Чем инфекция сильнее, тем реакция со стороны пораженных тканей будет резче, и отек достигает такой степени, что клетчатка теряет свою нормальную рыхлость и податливость; при ощупывании пальцем она дает впечатление тестоватости или пастозности, а увеличение ее объема вызывает смещение соседних тазовых органов в противоположную сторону; исследование в это время обыкновенно болезненно, самостоятельные же боли незначительны; температура в этом периоде болезни достигает высоких цифр и имеет постоянный характер; пульс учащен, но соответствует температуре.

Дальнейшие изменения в тканях будут зависеть от вирулентности бактерий; если организм в состоянии быстро справиться с инфекцией, то изменения в клетчатке могут бесследно исчезнуть и наступает полная *restitutio ad integrum*.

В тех случаях, когда вирулентность бактерий значительна, и силы организма не могут с ними быстро справиться, изменения в клетчатке не ограничиваются только отеком, а появляется энергичная мелко-клеточная инфильтрация ткани, причем эти элементы, по мнению А. Martin'a главным образом являются продуктом самой воспаленной ткани, отчасти же, вероятно, происходят из крови, представляя собою по преимуществу нейтрофильных лейкоцитов.

Мелкоклеточная инфильтрация сосредоточивается главным образом в окружности воспаленного лимфатического или венозного сосуда и задача ее состоит в том, чтобы образовать здесь грануляционный вал или *теп-бана руогениса*. В этом состоянии весь участок воспаленной клетчатки оказывается пронизанным такими мелкими узелками имеющими в центре скопление гноя или размягченный тромб. Такие мелкие гнойнички могут сливаться между собою, образуя более значительные полости.

При исследовании в этом периоде консистенция клетчатки становится более плотной, но пастозность ее не вполне исчезает; влияние на положение соседних органов остается прежним; самостоятельные боли и болезненность при ощупывании незначительны; температура и пульс сохраняют прежний характер, а при исследовании крови наблюдается резкий лейкоцитоз с значительным увеличением процентного содержания нейтрофилов.

Если воспалительный процесс на этом останавливается, то температура и пульс быстро приходят к норме, в то время как обратные изменения в тканях совершаются медленно, и нередко в клетчатке остаются глубокие следы. Зависят они от того, что образовавшаяся за счет мелкоклеточной инфильтрации молодая соединительная ткань переходит в плотную, рубцовую, и благодаря этому клетчатка не может приобрести свою нормальную рыхлость.

При исследовании в этом периоде инфильтрат приобретает более плотную консистенцию, но масса воспаленной клетчатки по-прежнему увеличена в объеме; только постепенное по мере сморщивания и рубцевания соединительной ткани объем инфильтрата уменьшается, и образовавшиеся рубцы начинают смещать соседние органы в ту сторону, где был воспалительный процесс.

Таким образом рассчитывать здесь на самостоятельные *restitutio ad integrum* приходится редко, и для того чтобы этому помочь, приходится пользоваться различными рассасывающими методами лечения.

В тех случаях, где воспалительный процесс в клетчатке продолжает прогрессировать, мелкие гнойнички постепенно сливаются между собою, а разделяющие их участки клетчатки разрушаются и в центре воспалительного очага образуется полость, содержащая гнойную жидкость и окруженная грануляционным валом или так называемой *теп-бана руогениса*; эта полость имеет неправильную форму со множеством выпячиваний и углублений, так как рыхлая клетчатка разрушается легче, в то время как стенки сосудов и пучки фиброзной ткани обладают большей сопротивляемостью.

Вместе с образованием гнойной полости изменяются и объективные данные, получаемые при исследовании, а также и некоторые другие клинические признаки.

Если гнойник достаточной величины, то при бимануальном исследовании удается определить скопление жидкости благодаря зыблению или эластичности, которая определяется или со стороны влагалища в одном из боковых сводов, или со стороны передней брюшной стенки в области соответственной *fossa iliaca* над Пупартовой связкой. Так как скопление гноя происходит внебрюшинно, то пристеночная брюшина отслаивается и смещается кнутри и кверху, отодвигая петли кишек, благодаря чему и пальпаторная и перкуторная границы резистентности совпадают.

В это же время наблюдаются характерные изменения со стороны температурной и пульсовой кривой, суточные размахи ее становятся значительнее, и она приобретает нагноительный, ремиттирующий тип, пульс становится медленнее, и частота его колеблется соответственно размахам температуры. Изменения в крови остаются приблизительно прежними, т.-е. наблюдается значительный нейтрофильный лейкоцитоз, в протоплазме белых кровяных шариков в это время наблюдается накопление гликогена, которое обнаруживается при воздействии иода в виде глыбок бурого цвета; кроме того по имеющимся наблюдениям в этом периоде болезни происходит увеличение количества антитрипсина в крови.

Если организм больной не в состоянии справиться с инфекцией и надежно обособить гнойник от окружающих тканей, то скопление гнойного экссудата будет продолжаться, и гной будет искать себе выхода наружу. При нагноении в области *subserosium parauterinum* гной может проложить себе путь в влагалище, в прямую кишку, в мочевой пузырь или через переднюю брюшную стенку.

Сравнительно редко в этих случаях гнойник вскрывается во влагалище или прямую кишку; значительно чаще он находит себе выход через мочевой пузырь; в таком случае одновременно с падением температуры из мочевого пузыря выделяется моча с обильной примесью гноя; однако, далеко не всегда дело этим заканчивается, так как отверстие, ведущее из гнойника в мочевой пузырь, может закрыться, и только с новым накоплением гноя последний будет периодически опорожняться.

Чаще все о гной пробивает себе путь наружу через переднюю брюшную стенку, при чем сперва появляется отечность и краснота кожных покровов над Пуларговой связкой, затем выпячивание и зыбление в этой области; но так как здесь гной встречает на своем пути толстый слой тканей в виде фасций, мышц и кожи, то требуется много времени, прежде чем он достигнет поверхности.

Описаны также случаи, когда флегмона тазовой клетчатки из полости таза проникала наружу или в область ягодицы через *foramen ischiadicum majus* или на бедро через *lacuna vasorum*.

Длительный нагноительный процесс, естественно, не может не отразиться вредно на больном организме. Скопляющиеся в гнойнике токсины всасываются в кровь и вызывают глубокие изменения как в крови, так и в паренхиматозных органах.

В крови при этом наблюдается уменьшение количества эритроцитов, изменение их окраски, величины и формы, как и при всякой интоксикационной анемии; количество гемоглобина и показатель окраски понижены; лейкоцитоз остается в прежнем виде, но эозинофилы и лимфоциты значительно уменьшаются в числе, нейтрофильная картина Арнета смещается влево на счет исчезновения многоядерных форм и нарастания числа одноядерных нейтрофилов, среди которых имеются не только метамиелоциты, но и миелоциты.

Что касается других изменений в крови, как например, изменение удельного веса, коэффициента вязкости, щелочности и т. д., то в этом отношении наблюдения еще слишком недостаточны.

В моче при длительных нагноениях тоже обнаруживаются признаки, указывающие на нарушение правильной работы почек в виде появления белка и цилиндров.

В тяжелых случаях дело заканчивается амилоидным перерождением паренхиматозных органов и летальным исходом.

Сопоставляя теперь те данные, которые мы получили при исследовании нашей больной, с признаками, которые соответствуют каждому из отдельных только что приведенных периодов инфекционного воспалительного процесса в клетчатке, мы имеем право предположить в нашем случае наличие скопления гноя в области правого subserosum parauterinum с склонностью проложить себе путь наружу через переднюю брюшную стенку, над Пупартовой связкой.

Наличие гноя подтверждается здесь отеком и краснотой кожи, зыблением, а также ремиттирующим характером температуры и значительным нейтрофильным лейкоцитозом.

Таким образом мы подошли к окончательному диагнозу, начав с более общего и постепенно его ограничивая, именно, наш первый диагноз был: „воспалительное инфекционное заболевание, исходящее из полового аппарата“.

Затем, на основании целого ряда соображений, мы этот диагноз постепенно ограничивали и пришли к заключению, что данное заболевание представляет собою: „Parametritis dextra acuta, т. е. острое воспаление клетчатки правого отдела“.

Наконец, детально выяснив себе те изменения, которые здесь имеются в пораженных тканях, мы приходим к окончательному диагнозу (см. рис. 37 и 38 на стр. 67): „Parametritis dextra acuta purulenta“, или правосторонний абсцесс Дуруйтрен‘а“. Но установка диагноза нам не дает еще полной картины инфекционного воспалительного заболевания. Если мы вспомним, мы признали, что такое заболевание складывается из трех факторов: во-первых, из биологических особенностей возбудителя данного заболевания; во-вторых, из локализации инфекции в тех или других тканях и, в-третьих, из защитительных приспособлений больного организма.

До сих пор мы определили только первые два фактора, именно: возбудителя инфекции в виде стрептококка средней вирулентности и локализацию этой инфекции в клетчатке таза.

Нам, следовательно, остается определить третий фактор, т. е. силу тех защитительных приспособлений, которыми располагает наша больная.

Прежде всего в этом отношении наше внимание должно быть обращено на изменения со стороны крови, причем здесь имеют значение не столько результаты однократного исследования, сколько сопоставление данных, полученных при повторных исследованиях, так как только таким путем мы можем определить, падает ли сопротивляемость организма в борьбе с инфекцией и если падает, то в какой степени.

Что же мы видим у нашей больной? Начнем с количества эритроцитов. Как видно, при первом исследовании оно равнялось 3.850.000, т. е. обнаруживало умеренное понижение числа эритроцитов, однако, при последующих исследованиях оно хотя медленно, но постепенно понижалось, и мы должны оценивать это обстоятельство, как неблагоприятное, говорящее за постепенное ослабление организма.

Что касается характера эритроцитов, то мы при всех исследованиях нашли одинаковые данные, именно: изменений в окраске нет, изменения в величине сводятся к появлению в небольшом количестве микро- и макроцитов, изменения формы состоят в появлении пойкилоцитов в небольшом количестве, изменений структуры нет. Оценивая

эти данные, мы можем признать их, как проявление анемии в умеренной степени.

Процентное содержание гемоглобина при первом исследовании равнялось 70%, а затем немного понизилось до 68%; показатель окраски тоже слегка понизился с 0,9 до 0,89; хотя сами по себе и содержание гемоглобина, и показатель окраски у нашей больной изменены мало, но постепенное, даже легкое их понижение является признаком неблагоприятным.

Оценивая лейкоцитоз вообще, как явление благоприятное, говорящее за то, что организм может бороться с инфекцией, мы, следовательно, и в нашем случае должны смотреть на абсолютную величину лейкоцитоза и на постепенное его нарастание, как на обстоятельство благоприятное; это предположение подтверждается также и тем, что лейкоцитарная формула дает нам увеличение количества нейтрофилов без уменьшения абсолютного числа эозинофилов и лимфоцитов; кроме того, нейтрофильная картина Арнета дает только незначительное смещение влево на счет небольшого уменьшения пятиядерных форм и увеличения количества метамиелоцитов, являющихся наиболее зрелой формой одноядерного нейтрофила. Однако, здесь все же надо отметить, что при повторных исследованиях наблюдается небольшое уменьшение абсолютного числа эозинофилов и лимфоцитов, а также и незначительное смещение нейтрофильной картины Арнета влево.

Из найденных нами изменений при физико-химическом исследовании крови можно отметить, с одной стороны, только небольшое понижение удельного веса, небольшое понижение коэффициента вязкости крови и небольшое понижение резистентности эритроцитов, с другой же стороны — чрезвычайно резкое ускорение осаждаемости эритроцитов.

Первое и второе данные, вероятно, стоят в зависимости от уменьшения числа эритроцитов и уменьшения количества гемоглобина, третье же, вероятно, следует отнести на счет интоксикации организма продуктами жизнедеятельности возбудителя инфекции. Что касается последнего данного, именно скорости осаждения эритроцитов, то мы можем им воспользоваться только для подтверждения нашего диагноза, так как осаждение в течение 30—28 минут позволяет с большой вероятностью допустить наличие в организме инфекции; использовать же этот признак для определения степени сопротивляемости организма не представляется пока возможным.

Подводя итоги данным, полученным при исследовании крови, мы видим, что у нашей больной нет признаков тяжелых изменений в ней, но все же, если сопоставить между собою результаты повторных исследований, то намечается постепенное, хотя и медленное понижение сопротивляемости организма.

Благоприятные результаты, полученные при исследовании мочи, затем общее удовлетворительное состояние больной и правильная работа сердца тоже говорят за то, что в настоящий момент организм больной еще может успешно бороться с инфекцией.

Но, чтобы мы могли установить предсказание в данном случае вполне объективно, мы должны сопоставить все три фактора, из которых складывается картина инфекционного воспалительного заболевания женских половых органов, точно квалифицируя каждый из них.

Вспоминая формулу Sachs'a, мы можем букву „К“, которая обозначает биологические особенности возбудителя инфекции, определить здесь равною „2“, т. е. средней степени, так как мы признали у нашей



Рис. 37. Parametritis dextra—фронтальный разрез.
Из учебника женских болезней Н. Fehling'a и К. Franz'a.

1) Инфильтрат в subserosium parauterinum.—2) Мочевой пузырь.—3) Матка.

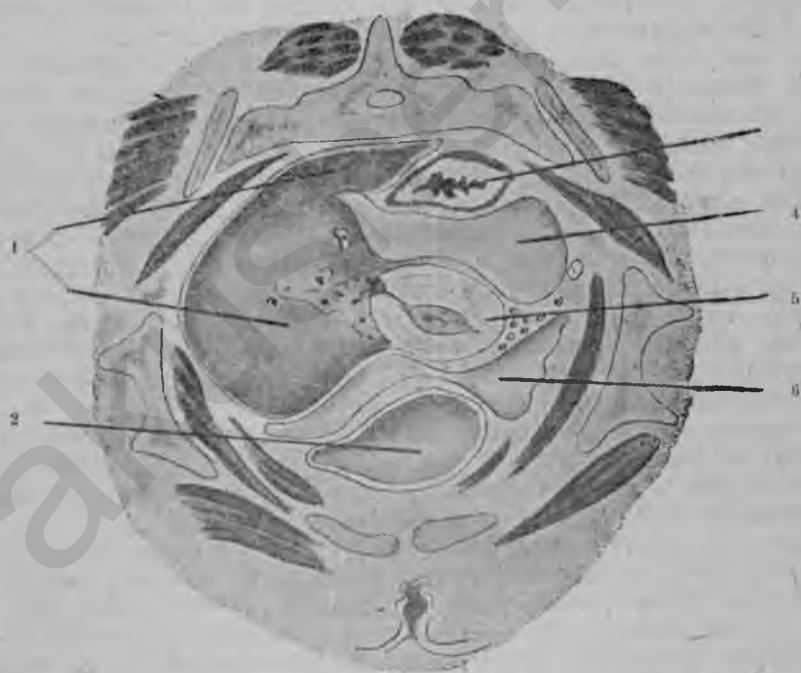


Рис. 38. Parametritis dextra—горизонтальный разрез.

Из учебника женских болезней Н. Fehling'a и К. Franz'a.

1) Инфильтрат в subserosium parauterinum.—2) Мочевой пузырь.—3) Прямая кишка.—
4) Заднее Дугласово пространство.—5) Матка.—6) Переднее Дугласово пространство.

больной за причину инфекции короткого стрептококка, не обладающего гемолизирующей способностью.

Локализация воспалительного процесса, обозначаемая буквою „L“ и представляющая здесь заболевание тазовой клетчатки, ограниченное и находящееся в состоянии нагноения, нами может быть признана, как вполне благоприятная, и определена цифрою „3“.

Наконец, сопротивляемость организма, обозначаемая буквою „W“, здесь должна быть признана удовлетворительной и может быть определена цифрою „2“.

Таким образом предсказание или „P“ будет соответствовать.

$$P = \frac{L \cdot W}{K} = \frac{3 \cdot 2}{2} = 3.$$

Другими словами, оно должно у нашей больной считаться благоприятным.

Воспользовавшись здесь формулою Sachs'a, я позволю себе еще раз подчеркнуть, что придаю ей значение потому, что она заставляет нас дать точную оценку каждого из названных факторов и проверить их взаимоотношение; получаемые же цифровые выводы, конечно, не имеют никакого или только второстепенное значение.

Итак, у нас поставлен диагноз и предсказание, и нам остается наметить способ лечения.

В виду того, что в нашем случае имеется инфекционное воспалительное заболевание в остром периоде, на что указывает повышенная температура, естественно, что прежде всего здесь лечение следует начать с так называемого противовоспалительного метода.

Состоит он в гинекологической практике в общих чертах в следующем: Больной предписывается постельное содержание при возможно спокойном лежании на спине; на живот соответственно месту положения воспалительного процесса назначается пузырь со льдом; для успокаивания болей применяются различные наркотические средства чаще всего в виде суппозиторий, вводимых через прямую кишку; пища назначается легкая, по возможности жидкая; в случае задержки стула слабительные следует избегать, а пользоваться клизмами, причем и они должны применяться с осторожностью или в виде масляных клизм, или в виде небольших клизм с глицерином, чтобы, по возможности, меньше тревожить воспалительный очаг. Такое лечение продолжается до тех пор, пока в течение нескольких дней температура будет нормальной.

В нашем случае при поступлении больной в клинику тоже было проведено это лечение, но, как мы видели, оно не дало желательного результата, так как воспалительный процесс не затих, а перешел в нагноение, с образованием обособленного гнояника.

Здесь, следовательно, приходится подумать о каком-либо другом способе лечения, и если мы будем исходить из общехирургического принципа, что, раз в организме констатирован гной, ему должен быть дан выход, то нам остается только решить, каким путем этого достигнуть.

Вообще, дать сток гною, скопляющемуся в одном из боковых отделов тазовой клетчатки, мы можем или со стороны соответственного бокового свода влагалища, или через переднюю брюшную стенку над Пупартовой связкой.

Делая разрез со стороны влагалища и отсюда подходя к гноянику, нам приходится считаться с возможностью поранить arteria

uterina, мочеточник или мочевого пузыря, поэтому мы предпочитаем оперировать со стороны брюшной стенки, так как при этом способе названные осложнения не встречаются.

Разрез кожи проводится над Пупартовой связкой соответственно наружной ее трети в параллельном к ней направлении; затем тупым путем, например, пинцетом, раздвигаются волокна мышц и апоневрозов и вскрывается поперечная фасция; войдя пальцем в сделанное отверстие, обыкновенно без труда удастся найти скопление гноя; для того, чтобы ему обеспечить достаточный сток, через разрез вводится в полость гнойника резиновая трубка.

Если гнойник хорошо опорожнен, то температура быстро падает до нормы, полость выполняется здоровыми грануляциями, и разрез после удаления дренажа закрывается, на что при обычных условиях требуется от двух до трех недель.

В тех случаях, когда гнойник образует глубокие карманы в клетчатке и через введенный дренаж не происходит достаточного опорожнения гноя, там приходится делать контрапертуру во влагалище; проще всего это делается под контролем введенного в клетчатку через наружный разрез изогнутого корнцанга, причем разрез слизистой оболочки влагалища делается соответственно тому месту, где выпячивается конец корнцанга. Выведя корнцанг через полученный разрез во влагалище, им захватывают конец дренажной трубки с боковыми отверстиями, и выводят его обратно, причем дренаж располагается так, что один конец его выступает во влагалище, а другой на переднюю брюшную стенку. По мере облитерации гнойной полости верхний конец дренажа укорачивается, и он постепенно выводится во влагалище, для того, чтобы сперва закрылось наружное отверстие; иначе может остаться на долго глубокий свищевой ход в клетчатку, трудно поддающийся заживлению.

У нашей больной, следовательно, должен быть сделан разрез над правой Пупартовой связкой, и в зависимости от формы и величины гнойника будет поставлен дренаж или сквозной, или выводящий гной только через отверстие в передней брюшной стенке.

После разреза больная еще некоторое время должна сохранять постельное содержание, причем ее лучше поворачивать на правый бок, чтобы облегчить сток гною.

Когда температура станет нормальной, и боли затихнут, больной можно разрешить садиться и даже вставать.

Чтобы ускорить процесс заживления и предупредить образование плотных рубцов, должно быть проведено систематическое рассасывающее лечение.

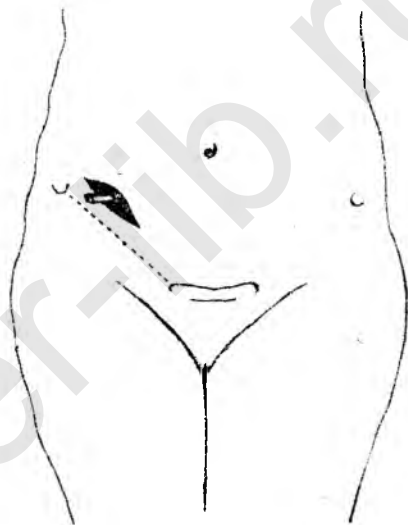


Рис. 39. Дренаж при правостороннем параметрите.

При гинекологических заболеваниях этот способ проводится обыкновенно в определенной системе. Начинаем мы его обыкновенно после того, как температура два или три дня была нормальной, с назначения согревающего компресса на живот и применения лекарственных веществ. В качестве последних мы пользуемся или суппозиториями с тигенолом, или ихтиолом, например:

Extr. belladon. 0,015

Thigenoli 0,15

Butyrum cacao 1,5

M. f. suposit., d. t. d. N. . S. по 1 на ночь,

которые применяются через прямую кишку, или влагалищными шариками из сгущенного глицерина с тигенолом:

Ovuli e glycerini с thigenoli 10%

D. t. doj. N. . S. по 1 на ночь.

Если больная это лечение переносит хорошо, и температура не повышается, то можно приступить к горячим влагалищным спринцеваниям или к теплым клизмам.

Первые применяются так: для спринцевания берут воды от восьми до двенадцати и больше стаканов, прибавляя туда или какие-либо легко дезинфицирующие средства, или поваренную, крейцнахскую или другую соль; температура жидкости сперва не выше 32°, а затем с каждым днем она повышается на градус и может дойти до 38°; если же пользоваться каким-либо специальным прибором для горячих душей, например, прибором Пинкуса, то можно температуру довести до 40° и выше, так как при этом жидкость не касается наружных половых частей. Струя жидкости должна быть медленная, для чего кружка вешается не высоко—на поларшина или аршин над кроватью; спринцевания обязательно должны производиться лежа.

Теплые клизмы делаются температурою около 32° с прибавлением тоже какой-либо соли.

Далее, можно перейти к назначению ванн или солено-хвойных, или грязевых; вместо грязевых ванн можно пользоваться также местными припарками из грязи или обыкновенной лепной глины.

Хорошие результаты в более упорных случаях может дать применение термопентрации.

После того, как дренаж удален, чтобы помешать сморщиванию рубца по ходу дренажного канала, можно с хорошим успехом воспользоваться гинекологическим массажем.

В тех случаях, где дело не доходит до образования гнойника, но где температура долго держится на умеренно повышенных цифрах, там нам нередко приходилось наблюдать хорошие результаты от применения влагалищных шариков следующего состава:

Hydrargiri sulfurati rubri 0,2

Butyrum cacao 2,0

M. f. globuli vaginalis, d. t. dos. N. . S. по 1 на ночь.

При этом лечении, однако, следует тщательно наблюдать за состоянием десен, назначая во избежание стоматита полоскание рта бертолетовою солью.

Этим мы заканчиваем описание первого случая и переходим к истории болезни второй больной.

2. Pyosalpinx.

Больная П. Т., 35 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику она поступила неделю тому назад с жалобами на боли во всем животе, особенно внизу.

1. Анамнез. 1. Детство. В детстве больная перенесла оспу; каких-либо других сведений дать не может.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные пришли на тринадцатом году и установились сразу, появляясь каждые четыре недели, продолжительностью в пять дней, не обильно и без болей; последние месячные были около четырех месяцев тому назад.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная начала жить на восемнадцатом году, и в связи с этим никаких заболеваний половых органов она не отмечает.

4. Беременности и их исходы. Первая беременность наступила вскоре после выхода замуж и закончилась срочными правильными родами; послеродовой период прошел без осложнений; больная сама кормила до года, и месячные появились только после того, как она перестала кормить. Затем больная долго не жила половой жизнью и, начав ее снова на тридцатом году, вскоре забеременела второй раз, причем беременность, роды и послеродовой период протекали тоже без осложнений. В третий раз больная забеременела на тридцать четвертом году, и беременность закончилась выкидышем на третьем месяце; причину выкидыша больная указать не может; в виду обильного кровотечения она была принуждена поступить в больницу, где ей было произведено выскабливание. После этого она быстро поправилась и снова забеременела около четырех месяцев тому назад. Десять дней тому назад больная упала, после чего в течение четырех дней понемногу показывалась кровь, а затем появились схваткообразные боли, и, по ее словам, вышел плодик и много сгустков крови; больная лежала шесть дней дома, а затем вследствие болей и повышенной температуры она была перевезена в клинику.

5. Начало настоящего заболевания. Больная относит начало настоящего заболевания к только что имевшему место выкидышу.

6. Болела ли раньше. Кроме отмеченной в детстве оспы она никакими ни общими, ни специально гинекологическими болезнями не страдала.

7. Отправления кишечника. Кишечник всегда работал правильно, но со времени настоящего заболевания стул задержан.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочепускание нормально.

II. Status praesens. Больная правильного телосложения; небольшого роста; со стороны костной системы отклонений от нормы нет; мускулатура развита удовлетворительно; жировая подкожная клетчатка выражена довольно хорошо; лицо и видимые слизистые оболочки бледны; кожа на туловище и конечностях сухая, но чистая; грудные железы развиты хорошо, из них выдавливается капля беловатой жидкости. Температура при поступлении больной в клинику была $38,6^{\circ}$ и до сегодняшнего дня держится повышенной, достигая по вечерам 39° , а по утрам спускаясь до $37,5^{\circ}$; пульс колеблется от 104 до 110 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; границы сердца нормальны, на верхушке слышен, повидимому, анэмичный шумок; число дыханий около 22 в минуту; со стороны легких отклонений от нормы нет. Сознание ясное, чувствительность нормальная. Со стороны пищева-

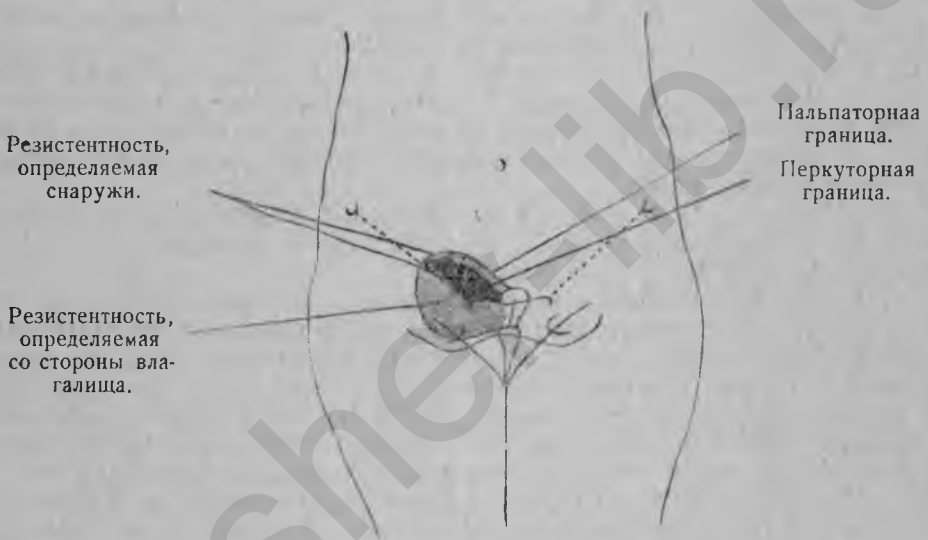


Рис. 40. Данные исследования.

тельного аппарата имеется следующее: зубы удовлетворительны; язык обложен, но влажный; аппетит плохой; имеется тошнота и изредка рвота, стул задержан, в то время, как прежде кишечник работал всегда правильно. Печень, селезенка и почки отклонений от нормы не представляют; мочеиспускание нормально.

При осмотре области живота, последний умеренно вздут, но при ощупывании он мягкий и малоблезненный, только справа в подвздошной области чувствительность при надавливании рукой довольно значительна, причем здесь определяется резистентность, верхняя граница которой стоит на три пальца выше Пулартовой связки и в виде дугообразной линии опускается к *spina anterior superior* и к средней линии. В области этой резистентности при перкуссии получается тупой тон, но перкуторная граница на $1-1\frac{1}{2}$ пальца ниже пальпаторной. Кроме названной резистентности, над лоном несколько влево от средней линии прощупывается край плотного тела, напоминающего собою по форме и величине дно матки.

	Нормальная картина крови у женщин.	
Количество эритроцитов	4.500.000 — 5.250.000	
Характер эритроцитов.	Изменение окраски	—
	Изменение величины	—
	Изменение формы	—
	Изменение структуры	—
Количество гемоглобина	85 ⁰ / ₀ —110 ⁰ / ₀	
Показатель окраски	0,9—1,0	
Количество лейкоцитов	7.000—8.000	
Лейкоцитарная формула.	Нейтрофилы	4 400—5.200; 55—70 ⁰ / ₀
	Эозинофилы	80—320; 1—4 ⁰ / ₀
	Базофилы	20—80 0,1—1 ⁰ / ₀
	Лимфоциты	1.600—2.400; 30—35 ⁰ / ₀
	Мононуклеары крупные	250—500; 2—5 ⁰ / ₀
Нейтрофильная картина Арнета.	Одноядерные	8 ⁰ / ₀
	Двухядерные	24 ⁰ / ₀
	Трехядерные	48 ⁰ / ₀
	Четырехядерные	15 ⁰ / ₀
	Пятиядерные	4 ⁰ / ₀
Патологические формы лейкоцитов.	Регенеративные	—
	Дегенеративные	—
Количество тромбоцитов	250.000	
Сухой остаток	21 ⁰ / ₀	
Удельный вес	1.050—1.056	
Коэффициент вязкости	4,38	
Скорость свертываемости	7—8 минут	
Щелочность	426 533 м. г. NaOH	
Резистентность эритроцитов	Rm. 0,33 ⁰ / ₀ ; Rm. 0,48 ⁰ / ₀ NaCl	
Количество гликогена	—	
Скорость осаждаем. эритроцитов	5 час.	

Исследование 1. — год V мес. 3 число.	Исследование 2. — год V мес. 5 число.	Исследование 3. — год V мес. 7 число
--	--	---

3.400.000	3 400.000	3.400.000
нет	нет	нет
{ немного микро- и макроцитов.	тоже	тоже
{ немного пойки- лоцитов.	тоже	тоже
нет	нет	нет
60 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀
0,9	0,9	0,9
16.000	15.400	16 200
92 ⁰ / ₀ — 14.700	90 ⁰ / ₀ — 13.940	91 ⁰ / ₀ — 14.870
0,5 ⁰ / ₀ — 100	0,5 ⁰ / ₀ 80	0,3 ⁰ / ₀ — 50
0,2 ⁰ / ₀ — 30	0,2 ⁰ / ₀ — 30	0,1 ⁰ / ₀ — 30
7,5 ⁰ / ₀ — 1.200	7,1 ⁰ / ₀ — 1100	6,1 ⁰ / ₀ — 1000
1,7 ⁰ / ₀ — 280	1,6 ⁰ / ₀ 250	1,5 ⁰ / ₀ — 250
18 ⁰ / ₀	18 ⁰ / ₀	19 ⁰ / ₀
53 ⁰ / ₀	54 ⁰ / ₀	54 ⁰ / ₀
22 ⁰ / ₀	22 ⁰ / ₀	23 ⁰ / ₀
6 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀
1 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀
{ увеличен. числа метамиелоцитов	тоже	тоже
—	—	—
—	—	—
1050	1050	1049
4,3	4,28	4,3
7 минут	7 минут	7 минут
442	446	446
0,48	0,48	0,50
умеренное	тоже	тоже
22 минуты	23 минуты	21 минута

Данные исследования.

При осмотре наружных половых частей ничего ненормального не обнаружено; при раздвигании половой щели из влагалища вытекает довольно много кровянисто-гнойных буроватых выделений с запахом; слизистая оболочка влагалищного входа бледновата; промежность цела; волосистость развита нормально.

Бимануальное исследование дало следующие результаты: влагалищная часть имеет цилиндрическую форму, нормальную величину и консистенцию; наружный зев в виде поперечной щели с боковыми надрывами пропускает конец пальца; внутренний зев для пальца не проходим; влагалищная часть матки своим наружным зевом обращена несколько кзади и вправо от проводной оси таза и вместе с тем она смещена немного кпереди и кверху. Тело матки смещено влево, кверху и кпереди; подвижность его ограничена; величина несколько больше нормальной; консистенция мягковата; ощупывание болезненно. Левые придатки не определяются; в области правых придатков прощупывается овальное тело неправильной формы, величиною с кулак, начинающееся своим суженным концом от правого угла матки и опускающееся в малый таз, постепенно расширяясь; здесь оно располагается справа и несколько сзади от матки, достигая кнутри средней линии, а кнаружи подходя к боковой стенке таза, но не переходя на нее; консистенция этого тела плотно-эластическая; ощупывание болезненно; подвижность ничтожна; слизистая оболочка влагалищного свода под этим телом подвижна; названное тело представляет собою одно целое с той резистентностью, которая определялась справа при наружном исследовании (см. рис. 10, на стр. 72).

Произведенные лабораторные исследования дали следующее:

I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи колебалось около 1000 к. с. в среднем; цвет насыщенный, удельный вес от 1022 до 1028; реакция слабо-кислая; белка, сахара и других патологических элементов не найдено. При микроскопическом исследовании полученного небольшого осадка он оказался состоящим из плоского эпителия мочевого пузыря из белых кровяных шариков в умеренном количестве и из кристаллов фосфорнокислой магнезии и щавелевой кислоты, ни цилиндров, ни красных шариков или каких-либо других форменных элементов не обнаружено.

Моча для исследования получена при помощи катетера.

II. Исследование крови.

(См. таблицу на стр. 73).

III. Бактериологическое исследование.

Бактериологическое исследование крови дало отрицательный результат.

Исследование выделений из матки и влагалища дало микроба, обладающего следующими характерными признаками:

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки.
2. Группировка. — Кучками.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Есть.
12. Интенсивность роста. — Много колоний.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - a) Вид колоний. — Круглые довольно крупные.
 - b) Разжижение. — Разжижает.
2. Бульон:
 - a) Муть. — Обильная.
 - b) Осадок. — Есть.
 - c) Пленка. — Есть.
3. Агар:
 - a) Рост на простом агаре. — Мелкие с фестончатыми краями.
 - b) Рост на сахарном агаре. — Тоже.
 - c) Рост на кровяном агаре. — Образует бесцветн. пояс вокруг колоний.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Не обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Staphylococcus albus*.

V. Биологические реакции.

Из всех применяющихся в настоящее время биологических реакций в данном случае была произведена только реакция определения опсонического показателя Wright'a.

Цель производства этой реакции была здесь двоякая; во-первых, мы хотели убедиться, является ли микроб, полученный из выделений, возбудителем настоящего заболевания, а во-вторых, так как из выделений был получен микроб, более всего соответствующий белому стафилококку, то мы имели в виду проверить это. Ход реакции состоял в том, что мы для нее воспользовались эмульсией, приготовленной из культуры, полученной от нашей больной, а также эмульсией из культуры, белого стафилококка. Как в том, так и в другом случае опсонический индекс равнялся приблизительно 4 и, следовательно, был

значительно повышен, принимая нормальный опсонический индекс для стафилококка равным от 0,8 до 1,2.

Кривая температуры, пульса и дыхания за неделю пребывания больной в клинике представлялась такой (см. кривую ниже):

Имея в нашем распоряжении все приведенные данные, которые мы получили из анамнеза и при исследовании больной, мы должны ими воспользоваться, чтобы:

- во-первых, поставить диагноз,
- во-вторых, установить предсказание,
- в-третьих, наметить план лечения.

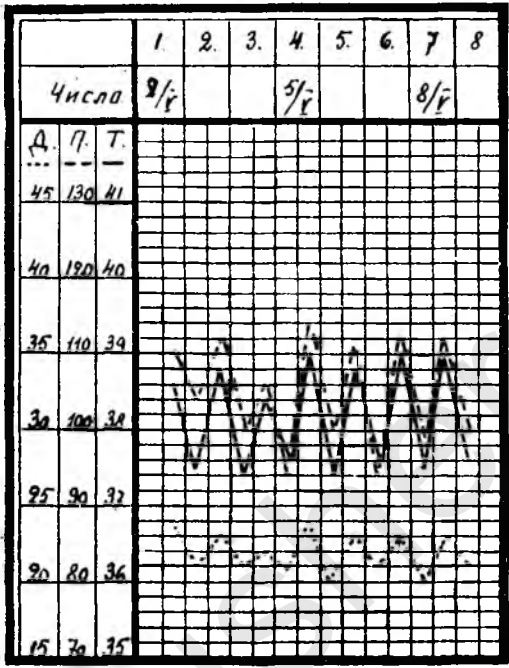


Рис. 41.

Для этого лучше всего шаг за шагом проследить анамнез, чтобы определить начало данного заболевания.

Как мы помним, наша больная в детстве перенесла оспу, что могло оказать известное влияние на состояние полового аппарата; однако, половая зрелость у нее наступила своевременно, при чем месячные были правильного типа без болей, поэтому мы должны признать, что здесь никаких явлений недоразвития в половом аппарате не имелось.

При начале половой жизни больная тоже не отмечает никаких явлений, могущих нам дать повод заподозрить возможность гонококковой инфекции.

Как мы видим далее, вскоре после выхода замуж наступила беременность, что еще раз подтверждает, что половой аппарат находился в нормальном состоянии.

Начнем с диагноза или распознавания болезни.

Как и в предыдущем случае, мы и здесь пойдем от более общего, группового диагноза, к более детальному.

Так как у нашей больной имеется острое заболевание, сопровождающееся высокой температурой, учащением пульса, ускорением осаждаемости эритроцитов и болями, и так как процесс локализуется в области полового аппарата и, повидимому связан с последним выкидышем, то мы можем с большей вероятностью признать первоначальным диагнозом: „воспалительное инфекционное заболевание исходящее из половых органов“.

Приняв этот общий, приблизительный диагноз, постараемся нарисовать себе способ проникновения и распространения инфекции в данном случае.

Первая и вторая беременность протекали без осложнений и закончились срочными родами и нормальными послеродовыми периодами. Третья беременность закончилась выкидышем на третьем месте, который сопровождался настолько сильным кровотечением, что больная была вынуждена обратиться в лечебное заведение, где ей было произведено выскабливание.

Так как больная не может указать причину выкидыша, и мы не имеем никаких данных, которые заставили бы нас подозревать здесь искусственное вмешательство, то мы должны с некоторой долей вероятности допустить, что в половом аппарате нашей больной произошли какие-то перемены со времени последних родов, которые и послужили причиной выкидыша.

Это наше предположение подтверждается еще больше тем, что наступившая вскоре новая беременность закончилась выкидышем на четвертом месяце.

Правда, в этом случае больная приводит причину выкидыша падение, но ведь мы знаем, как мало имеют значения при нормальном состоянии половых органов даже более значительные сотрясения тела, часто производимые беременными с целью вызвать выкидыш.

Решить определенно, в чем состояли эти изменения половых органов нашей больной, сейчас не представляется возможным, так как они заслоняются теми изменениями, которые вызваны настоящим ее заболеванием.

Однако, скорее всего здесь можно предположить воспалительное состояние матки, так называемый хронический метрит, так как это состояние сравнительно мало мешает возникновению зачатия, и в то же время легко может послужить косвенной причиной выкидыша; причем последний нередко имеет затяжной характер и сопровождается обильными потерями крови, что мы видим у нашей больной.

Вероятно, это ненормальное состояние мышечной стенки матки, с одной стороны, способствовало тому, что падение повлекло за собою начало выкидыша, а с другой стороны, обусловило затяжной его характер, что в свою очередь в значительной степени облегчило доступ в полость матки тем бактериям, которые случайно находились во влагалище нашей больной.

Таким образом возникновение инфекции в этом случае мы представляем себе, как результат последнего выкидыша, при чем микробы из влагалища проникли в полость матки и, найдя здесь подходящие условия для размножения, вызвали разложение задержавшихся остатков плодного яйца и сгустков крови, что подтверждается характером выделений, имеющих бурый, кровянисто-гнильный вид и запах. Одновременно возникло и заболевание внутренней поверхности матки, а отсюда уже инфекция так или иначе могла распространиться дальше.

Признав заболевание нашей больной за инфекционное и наметив способ возникновения инфекции, мы должны, согласно принятому нами взгляду, определить каждый из трех факторов, которые в совокупности дают воспалительное инфекционное заболевание.

Начнем с определения возбудителя инфекции в нашем случае и с оценки его биологических особенностей.

При бактериологическом исследовании выделений, взятых из матки и влагалища, мы получили белого стафилококка, но надо иметь в виду, что, с одной стороны, стафилококки вообще не редко могут оказаться случайными обитателями половых органов женщины, а с другой стороны, истинный возбудитель болезни мог проникнуть в глубокие отделы полового аппарата и в то же время успел исчезнуть из полости матки и влагалища, поэтому мы можем только с известной вероятностью предполагать, что причиной инфекции здесь действительно является белый стафилококк.

Некоторым подтверждением этому служит здесь положительный результат, полученный при определении опсонического индекса; как мы видели, он оказался значительно повышенным, так как равнялся 4, в то время как вообще колеблется в пределах от 0,8 до 1,2; а в настоящее время господствует мнение, что при острых стафиломикозах индекс может быть значительно повышен, достигая иногда 8.

На основании этих соображений, мы имеем некоторое право считать в данном случае возбудителем инфекции белого стафилококка.

Перейдем теперь к определению второго фактора, т. е. локализации воспалительного процесса.

При исследовании нашей больной мы нашли в области таза справа, и несколько сзади от матки болезненное плотно-эластическое тело, величиною с кулак, связанное своим более тонким концом с правым углом матки; это тело имеет неправильную овальную форму, расширяясь по мере удаления от угла матки; вправо оно достигает боковой стенки таза, но на нее не переходит и, располагаясь справа и несколько сзади от матки, оно смещает последнюю влево, кверху и кпереди; слизистая оболочка влагалища соответственно месту расположения опухоли не утратила своей нормальной подвижности.

Исходя из принятого нами основного положения, что это образование есть результат воспалительного инфекционного процесса мы можем допустить его локализацию или в правых придатках матки, или в клетчатке правой половины таза, или, наконец, в брюшине малого таза.

Допустим последнюю возможность, именно, что мы здесь имеем воспалительный процесс брюшины малого таза; конечно, речь может идти только об экссудативном процессе, который и образует собою массу найденного нами тела, но при образовании выпота в области таза мы обычно имеем скопление его в заднем Дугласовом пространстве, причем жидкость стремится занять наиболее отлогие, глубокие отделы таза и, будучи здесь осумкованной, образует кругловатую опухоль, расположенную симметрично в малом тазу позади матки; последняя при этом смещается кпереди и кверху; так как экссудат скопляется непосредственно над задним сводом влагалища, то обычно имеется выпячивание этого свода и здесь определяется ясная эластичность.

Как видно из полученных нами при исследовании данных, многие из них не отвечают только что описанным; именно, у нашей больной консистенция опухоли плотно-эластическая; располагается опухоль не симметрично, занимая правую половину таза, при чем матка смещается не только кверху и кпереди, но также и влево.

Если бы мы допустили в этом случае локализацию воспалительного процесса в тазовой клетчатке, именно в *subserosium parauterium*

dextrum, то инфильтрат должен бы смещать матку только влево, а не вперед и кверху; достигнув тазовой стенки, он должен был бы перейти на нее; слизистая оболочка влагалищного свода утратила бы свою подвижность и, наконец, верхняя граница опухоли, определяемая снаружи, находилась бы на одном уровне как при перкуссии, так и при пальпации. Так как у нашей больной вышеприведенных данных нет, при чем матка смещена влево, инфильтрат на стенку таза не переходит, слизистая оболочка соответственного свода свою подвижность не утратила, и пальпаторная и перкуторная граница опухоли между собою не совпадают, то мы не имеем основания признать здесь заболевание тазовой клетчатки.

Исключив таким образом возможность локализации воспалительного процесса в брюшине и клетчатке таза, мы должны остановиться на заболевании правых придатков, и нам остается проверить, насколько имеющиеся здесь данные совпадают с теми, которые мы должны ожидать при воспалении придатков.

Но так как под придатками мы понимаем и трубы, и яичники, то нам следует предварительно решить, в котором из названных органов мы предполагаем локализацию процесса. Считаясь с формой опухоли, представляющей здесь собою овальное тело с более узким концом, начинающимся от угла матки, и более широким боковым отделом, надо думать, что здесь скорее может идти речь о правостороннем заболевании трубы, а не яичника; при абсцессе яичника опухоль имела бы более круглую форму, и связь ее с углом матки посредством *lig. ovarii proprium* была бы менее тесной.



Рис. 42. Pyosalpinx dextra in situ.

Однако, в виду близкого соседства трубы и яичника, воспалительный процесс часто захватывает оба органа, и точная дифференциальная диагностика не всегда бывает возможна.

Допустив здесь заболевание трубы, мы должны определить его как *sactosalpinx*, т.-е. скопление жидкости в трубе по следующим соображениям: во-первых, опухоль, величиною с кулак слишком велика для того, чтобы ее можно было объяснить только утолщением стенок трубы; во-вторых, мы при ощупывании определяли глубокую эластичность, другими словами—скопление жидкости в мешке с толстыми стенками. Нашей ближайшей задачей, следовательно, и будет проверить, насколько имеющиеся в этом случае данные объективного исследования соответствуют наличности *sactosalpinx'a*.

Как известно, такая опухоль трубы представляет собою более или менее толстостенный мешок, наполненный жидкостью, при чем

опухоль имеет удлинненно-овальную форму, напоминающую собою реторту; узкий конец ее связан с углом матки, свободный же брюшной конец расширен; располагается эта опухоль обычно сбоку и позади от матки, смещая последнюю в противоположную сторону, а также кверху и вперед; только в редких случаях, когда заболевание трубы возникает в первые дни послеродового периода, и когда дно матки и придатки стоят высоко еще над безымянной линией, тогда воспаленные придатки могут фиксироваться на том месте, где они застигнуты процессом.

Отношение *sactosalpinx*'а к стенке таза обычно ограничивается тем, что опухоль приходит в соприкосновение с последнею только небольшою своею частью, только одним полюсом, так как она имеет шаровидную форму, и кривизна тазовой стенки с кривизною поверхности опухоли не совпадают; поэтому опухоль, соприкасаясь со стенкою таза, с нею не сливается и на нее не переходит.

К соответственному отделу влагалищной стенки *sactosalpinx* относится тоже довольно своеобразно; именно, находясь в брюшной полости, опухоль не приходит в непосредственную связь с клетчаткой,



Вид спереди.

Вид сверху.

Рис. 43. Отношение *pyosalpinx*'а к матке и стенкам таза.

отделяющей ее от влагалищной стенки, почему подвижность слизистой оболочки не нарушается.

Сопоставляя эти, типичные для *sactosalpinx*'а признаки, с теми которые имеются в нашем случае, мы легко можем убедиться, что они вполне совпадают, и таким образом мы имеем возможность признать определенную локализацию заболевания, ограничив наш первоначальный диагноз и вместо принятого нами в общей форме диагноза, который мы определили, как „воспалительное инфекционное заболевание, исходящее из половых органов“, формулировать его как „*sactosalpinx dextra*“.

Для того, чтобы представить здесь распознавание в совершенно законченном виде, нам остается определить только сущность тех изменений, которые произошли в заболевшей трубе.

Допустив, что инфекция здесь первоначально вызвала заболевание слизистой оболочки матки, мы должны себе представить, что она распространилась на трубу, проникнув сюда чрез маточное отверстие последней.

В трубе воспалительный процесс должен был пойти по двум направлениям; во-первых, он от маточного отверстия трубы пошел

к ампулярному ее концу, а, во-вторых, возбудители инфекции могли проникнуть в глубину.

Распространяясь по внутренней поверхности трубы возбудители инфекции прежде всего должны вызвать изменения в состоянии слизистой оболочки трубы и покрывающего его эпителия.

В самом начале процесса эпителий еще везде сохранен; он только разрыхлен и пронизан лейкоцитами; далее, завися в значительной степени от интенсивности инфекции, изменения в нем становятся более серьезными, именно, местами он совершенно погибает, причем скорее всего это происходит на вершине складок слизистой оболочки трубы; местами же, напротив, происходит разрастание эпителия; последнее совершается или таким образом, что клетки эпителия теряют свою нормальную цилиндрическую форму, становятся кубическими или даже плоскими и располагаются многослойно, образуя иногда папиллярные разращения; или же разрастание эпителия идет в глубину стенки трубы насчет образования трубчатых внедрений, напоминающих собою железы.

Лишенные местами своего покровного эпителия, складки слизистой оболочки приходят в соприкосновение друг с другом, благодаря набуханию и гиперемии последней, и будучи покрыты грануляционными элементами, они легко склеиваются между собою; таким образом истинный просвет трубы исчезает, и на его месте обра-

зуется множество анастомозирующих между собою, извилистых, неправильной формы ходов и полостей. Дойдя до брюшного отверстия трубы, воспалительный процесс и здесь вызывает набухание слизистой оболочки, благодаря чему происходит временное закрытие этого отверстия; но облитерация абдоминального конца трубы легко может оказаться более стойкой, и проходимость его может быть совершенно уничтожена, благодаря тому, что воспалительный процесс из полости трубы легко может проникнуть и на брюшину таза и образовать в области ампулярного конца трубы плотные сращения.

Не ограничиваясь слизистой оболочкой трубы, воспалительные изменения распространяются также и на мышечную стенку трубы, что сперва сказывается пролиферацией отдельных мышечных волоко-



Рис. 44. Salpingitis purulenta acuta.

Из рук. по жен. бол. С. Menge и E. Opitz.

нец, гиперэмией и серозным пропитыванием тканей. Однако, по мере того, как развивается мелкоклеточная инфильтрация стенки и образование соединительной ткани, мышечные волокна постепенно атрофируются, исчезают и заменяются более или менее плотной соединительной тканью, причем вся стенка трубы оказывается значительно утолщенной.

Через толщу стенки возбудители инфекции или их токсины достигают брюшинного покрова трубы, вызывая здесь образование фибриновых наслоений, склеивающих трубу с соседними органами и стенками таз; поэтому, в большинстве случаев воспалительная опухоль трубы совсем неподвижна или подвижность ее значительно ограничена; только в редких случаях pyosalpinx остается свободно подвижным и в этом случае легко симулирует новообразование, исходящее из придатков.

Нам остается еще сказать о содержимом такой воспалительной опухоли трубы. Если процесс вызван гноеродными бактериями, именно,



Рис. 45.
Pyosalpinx—наружный вид.



Рис. 46.
Pyosalpinx—на продольном разрезе.

стрептококком или стафилококком, то в полости трубы всегда скопляется гной, характер которого может, конечно, варьировать в отношении консистенции, цвета, запаха и других особенностей. По новейшим исследованиям в содержимом pyosalpinx'a кроме обычных элементов гноя находятся в большом количестве миелотические и лимфатические формы раздражения или так называемые плазматические клетки Тюрка; эти клетки находятся также в самой толще складок слизистой оболочки трубы и даже в более глубоких слоях ее стенки; какого-либо специфического значения в связи с характером инфекции они, повидимому, не имеют.

Количество содержимого в трубе может, конечно, колебаться в довольно значительных пределах; однако, значительному накоплению гноя мешает утолщение стенок трубы и плохая их податливость; поэтому редко приходится видеть скопление гноя в трубе, превосходящее 150—200 к. с. Повидимому, замкнутость пространства, в котором возбудителям инфекции приходится проявлять свою жизнедеятельность, оказывает влияние на то, что микробы сравнительно быстро погибают. Для гноеродных микроорганизмов средняя продолжитель-

ность сохранения жизнеспособности устанавливается в один год; при операциях, по данным O. Franqué, гной в полости трубы оказывается стерильным в 50%.

Подводя итог вышесказанному, мы характеризуем гнойную опухоль в трубе или *pyosalpinx* следующими отличительными признаками: это есть опухоль, по размерам достигающая величины кулака или детской головки, имеющая неправильно-овальную, ретортообразную форму, обыкновенно неподвижная, толстостенная, дающая ощущение глубокой эластичности. Последние два признака ее особенно резко отличают от другой формы *sactosalpinx*'а, от так называемого *hydro-salpinx*'а представляющего собою тонкостенную, ясно-эластическую опухоль, наполненную прозрачной, серозной жидкостью.

Воспалительным изменениям в трубе соответствует определенная клиническая картина болезни, слагающаяся из следующих признаков. В самом начале заболевания, когда инфекция только что успела проникнуть в трубу и распространиться по ее слизистой оболочке, больная жалуется на сильные боли внизу живота соответственно месту расположения большой трубы; эти боли усиливаются при ощупывании живота снаружи и при бимануальном исследовании; в это время температура уже повышена, может достигать довольно высоких цифр и имеет постоянный тип; пульс учащен соответственно температуре. При бимануальном исследовании в это время удается определить только болезненность в области соответственных придатков, но прощупать определенно больную трубу еще не представляется возможным, так как все изменения в ней пока сводятся к гиперемии и отеčnosti.

Обыкновенно спустя немного времени с начала заболевания, иногда уже через несколько часов, обнаруживаются признаки местного раздражения брюшины, которые состоят в появлении тошноты и рвоты, в задержке стула и мочи, в умеренном вздутии живота, в учащении пульса, превышающем температуру, и в изменении вида языка, который становится сухим и обложенным; при исследовании крови в это время уже обнаруживается нейтрофильный лейкоцитоз в более или менее значительной степени, в то время как количество эозинофилов может уменьшиться; определение кровяного давления тоже может обнаружить некоторое понижение, что обычно отмечается даже при начальных формах перитонита. Объяснить себе возникновение раздражения брюшины мы должны таким образом, что, во-первых, возбудители инфекции через абдоминальный конец трубы легко могут распространиться на прилегающие отделы тазовой брюшины, а, во-вторых, как сами микробы, так и их токсины проникают через толщу стенки трубы на ее брюшинный покров, захватывая также и близлежащие отделы тазовой брюшины.

Если воспалительный процесс на этом не останавливается, то в громадном большинстве случаев дело не доходит до разлитого перитонита, а, напротив, явления раздражения брюшины затихают и на месте большой трубы образуется осумкованная гнойная опухоль, соответственно чему изменяется и вся клиническая картина. Температура в это время остается высокой, но она приобретает ремиттирующий тип; пульс остается учащенным, но он снова начинает соответствовать температуре; болезненность становится меньше, и она приобретает более тупой характер; изменения в крови остаются сперва прежними, но затем в зависимости от длительности нагноительного процесса на-

чинают обнаруживаться более глубокие изменения в крови как со стороны количества гемоглобина, так и со стороны красных и белых кровяных шариков.

Что касается нашей больной, то объективные данные исследования дают нам право определить анатомические изменения в правой трубе как pyosalpinx, и клинические признаки вполне совпадают с этим диагнозом, при чем воспалительный процесс находится здесь еще в остром периоде.

Таким образом, наш первоначальный диагноз, гласящий: „воспалительное инфекционное заболевание, исходящее из половых органов“, мы сперва ограничили насчет более точной локализации процесса и формулировали его как „sactosalpinx dextra“; сейчас мы имеем возможность установить окончательный диагноз, считаясь с анатомическими изменениями в пораженной трубе и с клинической картиной болезни, и формулировать его как „pyosalpinx dextra acuta“.

Определив возбудителя болезни, которым здесь является staphylococcus albus, а также точную локализацию воспалительного процесса, нам остается дать оценку тем защитительным приспособлениям, которыми располагает организм нашей больной в борьбе с инфекцией.

Как уже нами отмечалось, нас в этом отношении прежде всего интересует результат повторного исследования крови.

Что касается красных кровяных шариков, то количество их несколько уменьшено, именно оно равняется 3.400.000; но это количество остается неизменным и при повторных исследованиях, таким образом, за время пребывания больной в клинике ухудшения в этом отношении не обнаружилось. Относительно характера эритроцитов при всех исследованиях отмечены одинаковые данные, состоящие в появлении небольшого числа микро- и макроцитов и пойкилоцитов, что в связи с уменьшением общего числа эритроцитов и уменьшением процентного содержания гемоглобина до 60% говорит за умеренную степень анемии, которая может здесь зависеть от имевшей место умеренной потери крови.

Переходя к данным, полученным при исследовании белых кровяных шариков, мы прежде всего должны отметить лейкоцитоз средней степени, колеблющейся в ограниченных пределах от 15.400 до 16.200; как видно, этот лейкоцитоз зависит от нарастания числа нейтрофилов, абсолютное количество которых доходит до 14.870, давая от 90% до 92% общего числа лейкоцитов; количество эозинофилов понижено, при чем отмечается хотя и незначительное, но постепенное понижение их числа, именно при первом исследовании оно равнялось 100 в куб. мм., при втором—80, а при третьем—50; абсолютное количество лимфоцитов тоже несколько понижено, равняясь при первом исследовании 1.200, а при последнем 1.000 в куб. мм.; количество остальных видов лейкоцитов не нарушено. Далее, нейтрофильная картина Арнета представляет собою умеренное смещение влево за счет увеличения одноядерных форм до 19% и исчезновения пятаядерных и уменьшения числа четырехядерных форм.

Оценивая эти данные, мы видим, что организм больной в состоянии реагировать на инфекцию достаточным лейкоцитозом, но постоянное уменьшение числа эозинофилов и лимфоцитов, а также прогрессирующее смещение нейтрофильной картины Арнета влево, говорит за истощение защитительных способностей его.

Из других произведенных здесь исследований изменения физико-химических свойств крови мы можем отметить некоторое понижение стойкости эритроцитов и значительное ускорение осаждаемости эритроцитов, причем последнее подтверждает наличие в организме инфекции, обладающей, повидимому, значительной вирулентностью; другие же данные настолько мало отличаются от нормы, что с ними едва ли возможно считаться.

Что касается результатов исследования мочи, то мы должны признать их вполне благоприятными, так как каких-либо патологических элементов не найдено.

Кривая температуры и пульса тоже свидетельствует только о наличии инфекционного процесса, а ремиттирующий характер ее говорит за присутствие обособленного гнояника, при чем соответствие температуры и пульса, а также их отношение к остальным клиническим признакам позволяет нам считать их здесь проявлением нормальной реакции организма; то же надо сказать и о небольшом учащении дыхания.

Мы должны, следовательно, сделать вывод, что в настоящий момент организм напрягает свои защитительные приспособления в борьбе с инфекцией, но есть уже некоторые указания на то, что силы его начинают ослабевать.

Сопоставляя между собою в нашем случае биологические особенности возбудителя инфекции, способ его локализации в тканях больного организма и защитительную способность последнего, мы по формуле Sachs'a получим следующую оценку предсказания:

$$P = \frac{L \cdot W}{K},$$

где „K“, обозначающее биологические особенности возбудителя инфекции или его вирулентность, должно быть определено цифрой „2“, буква „L“, обозначающая локализацию воспалительного процесса тоже должна быть определена цифрой „2“; и, наконец, буква „W“, обозначающая степень сопротивляемости организма, должна быть тоже определена цифрой „2“; следовательно:

$$P = \frac{2 \cdot 2}{2} = 2,$$

другими словами, предсказание будет относительно благоприятным, так как настоящее заболевание в данный момент не представляет непосредственной опасности для жизни больной, но последняя возникнет, если своевременно не будут приняты соответствующие меры.

Этим самым мы подходим к вопросу о способе лечения нашей больной.

Как и при всяком остром инфекционном заболевании, исходящем из половых органов, мы начинаем лечение обыкновенно с так называемого противовоспалительного способа, состоящего в назначении покоя, применении мешка со льдом на низ живота и наркотических в виде суппозиторий для успокоения болей.

Если острые явления исчезают и температура и пульс приходят к норме, то осторожно переходят к рассасывающему лечению, усиливая его постепенно так, как это было изложено при описании лечения предыдущего случая.

В тех случаях, где анатомические изменения в трубе состоят только в гиперэмии, в отеке тканей и в умеренном количестве экссудата в полости трубы, там нередко приходится наблюдать полное *restitutio ad integrum*. Если же процесс развился настолько, что стенка трубы оказывается значительно утолщенной и пронизанной соединительной тканью, а просвет трубы исчез, и на его месте имеются полости, содержащие гной, то ждать многого от рассасывающего лечения не приходится, и по необходимости должен возникнуть вопрос об оперативном лечении.

За последние несколько лет, после того, как в 1916 году R. Schmidt с терапевтической целью предложил парэнтеральное введение молока, а за ним Weichard развил этот способ в специальный лечебный метод, состоящий в парэнтеральном введении белковых веществ вообще и носящий сейчас название протеиновой терапии, появилось чрезвычайное увлечение новым способом лечения, и его стали применять при самых различных заболеваниях и, между прочим, при инфекционных заболеваниях женских половых органов. Для этой цели обыкновенно пользуются или стерилизованным молоком или приготовленными из него препаратами в виде Aolan'a или Kaseosan'a; особенно часто применяется последний препарат, представляющий собою 5% раствор казеина; применяется он в виде внутримышечных впрыскиваний в количестве 1-2 куб. см., или внутривенно. Полученные до сих пор различными лицами результаты настолько еще неопределенны и неоднородны, что мы должны смотреть на этот способ лечения, как на метод, находящийся сейчас еще в стадии изучения, и поэтому высказать свое суждение о его надежности и целесообразности я считаю преждевременным.

Нередко приходится иметь дело с больными, где, несмотря на строгое проведение противовоспалительного лечения, острые явления болезни не исчезают, а процесс или остается в одном положении или даже прогрессирует. Здесь выжидание допустимо, конечно, только до известного предела, и как только обнаружатся признаки, угрожающие жизни больной или указывающие на то, что силы организма начинают падать, приходится снова встретиться с необходимостью оперативного вмешательства с целью освободить больную от скопляющегося в ее организме гноя.

При обсуждении способа оперативного лечения воспалительных заболеваний придатков, вызванных гноеродными микробами, мы сперва остановимся на лечении острого pyosalpinx'a.

Нашей ближайшей задачей будет удалить здесь скопление гноя, что возможно достигнуть двояким путем: во-первых, можно вскрыть полость, содержащую гной, и, дав последнему надлежащий сток, этим ограничиться; во-вторых, можно попытаться удалить всю трубу вместе с ее содержимым.

Имея в нашем распоряжении оба названные способа, мы и должны решить, который из них и при каких условиях заслуживает предпочтения, или оба они всегда равноценны.

Остановимся сперва на первом из указанных способов, т.-е. на вскрытии гнойника с последующим его дренажем. Что касается техники вскрытия абсцесса трубы, то первой особенностью является здесь путь, которым мы пользуемся для того, чтобы проникнуть в полость гнойника. Так как скопление гноя происходит здесь в органе, помещающемся в брюшной полости, то мы должны стараться при вскрытии гнойника избежать попадания гноя в свобод-

ную брюшную полость из-за опасности перитонита. В виду этого соображения, мы стараемся всегда подойти к гнойнику со стороны влагалища.

Самая операция состоит в том, что влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами и оттягивается кпереди и кверху; задний влагалищный свод делается доступным посредством двух введенных во влагалище подъемников, и скальпелем производится поперечный разрез влагалищной стенки непосредственно позади влагалищной части матки; отделив пальцем стенку влагалища от кишки, чтобы оградить последнюю от ранения, отыскивают при помощи шприца с длинной толстой иглой место скопления гноя и вскрывают гнойник, прокалывая его стенку острым изогнутым корнцангом. В тех случаях, когда pyosalpinx располагается высоко, и между его нижним сегментом и задним сводом влагалища остается значительный свободный участок заднего Дугласова пространства, сперва

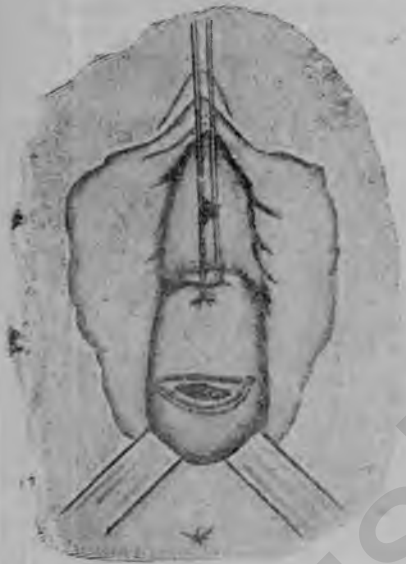


Рис. 47.

Jucisio fornicis posterioris.

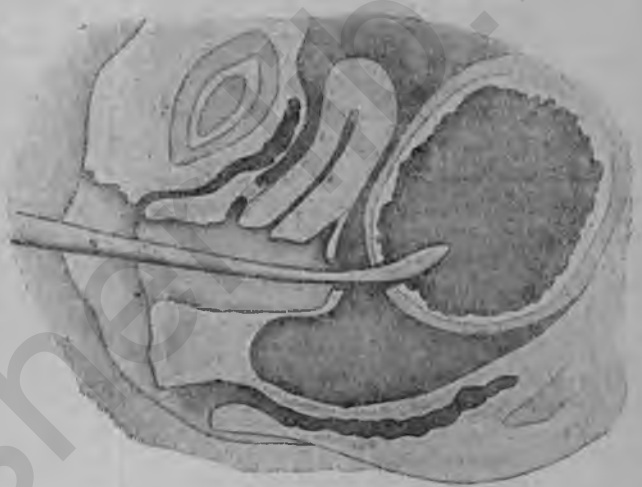


Рис. 48.

Вскрытие pyosalpinx'a посредством корнцанга.

ножницами вскрывается брюшина, а затем уже под контролем пальца корнцангом прокалывается стенка гнойника. В полученное в стенке трубы отверстие вводится толстая резиновая дренажная трубка с боковыми отверстиями, которая остается до тех пор, пока гнойная полость совершенно не облитерируется.

Надо, однако, иметь в виду, что облитерация полости pyosalpinx'a происходит весьма медленно, значительно медленнее чем при пельвеоперитоните; это зависит главным образом от того, что утолщенные стенки трубы не спадаются, и внутренние поверхности полости не приходят в соприкосновение друг с другом. Поэтому, после вскрытия pyosalpinx'a нередко остается глубокий свищевой ход, из которого продолжает выделяться гной в обильном количестве; это ведет к истощению больной и может вызвать амилоидное перерождение паренхиматозных органов, во избежание чего приходится в конце-

концов прибегнуть к более радикальному вмешательству в виде удаления больной трубы.

Второй способ оперативного лечения при pyosalpinx'e будет состоять в удалении больной трубы вместе с ее содержимым.

Несомненно этот способ по своей радикальности заслуживал бы полного предпочтения перед вскрытием гнойника, если бы он не представлял собой большой непосредственной опасности для больной, благодаря возможности возникновения перитонита. Дело в том, что такой pyosalpinx обычно окружен сращениями, связывающими его с маткой, с петлями кишек и с пристеночной брюшиной, поэтому удалить его посредством влагалищного чревосечения представляется технически далеко не всегда возможным, идти же здесь на брюшностеночное чревосечение рискованно потому, что при удалении pyosalpinx'a стенка его во время освобождения из сращений может легко разорваться, и гной попадет в свободную брюшную полость.

В виду сказанного большинство гинекологов весьма консерва-

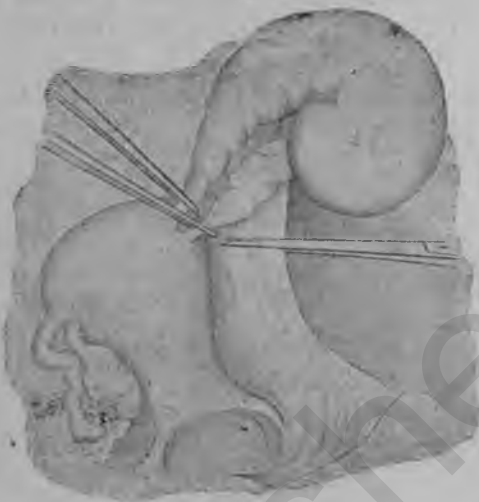


Рис. 49. Salpingo-oophorectomia.
Наложение зажимов.



Рис. 50. Salpingo-oophorectomia.
Перевязка сосудов.

тивно по отношению к острым гнойным воспалениям труб, вызванным стрептококком или стафилококком, и приводимые в литературе сотни случаев удаления придатков, пораженных гнойным процессом, относятся не к острому периоду болезни, а к тому, когда температура более или менее долгое время оставалась нормальной. Правда надо иметь в виду, что наличие нормальной температуры еще не является гарантией в том, что содержимое трубы стало стерильным, и для этого, по данным О. Франке, следовало бы ждать до года с начала заболевания; однако, на основании личного опыта, мы приходим к убеждению, что при соблюдении известных условий предосторожности можно приступать к операции без особого риска для больной уже после того, как температура держалась в пределах нормы не менее двух недель. В последнее время для большей уверенности в том, что возбудители инфекции исчезли, начали широко применять реакцию оседания эритроцитов, при чем, по наблюдениям Linzenmeier'a, Терebinской из нашей клиники и других, скорость оседания эритроцитов ниже часа

говорит за присутствие возбудителя инфекции, в то время, как при скорости оседания выше двух часов можно быть уверенным в совершенной стерильности. Показанием к радикальному вмешательству при остром pyosalpinx должно служить только нарастание явлений перитонита.

Что касается техники удаления pyosalpinx'a, то она будет одинакова как при операции в остром периоде, так и в хронических случаях.

По принятому нами способу она состоит в следующем: если позволяют условия данного случая, больная накануне операции получает мыльную ванну, кишечник очищается слабительным, на ночь на область живота кладется компресс из раствора сулемы 1 : 2000; непосредственно перед операцией на операционном столе передняя брюшная стенка обтирается бензином и смазывается иодной настойкой; разрез нами всегда в этих случаях производится по средней линии, так как он при этом, по мере надобности, может быть расширен кверху, и таким образом операционное поле становится более доступным; во

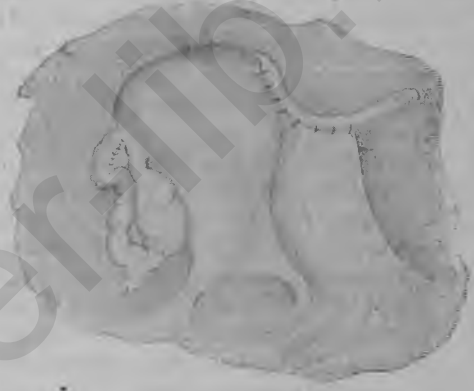


Рис. 51. Salpingo-oophorectomia.
Начало обшивания культи круглой связкой.

Рис. 52. Salpingo-oophorectomia.
Законченное обшивание культи.

избежание возможного загрязнения брюшной полости гнойным содержимым трубы, брюшная полость изолируется тщательными марлевыми сухими широкими тампонами или салфетками, размещаемыми в два ряда или слоя: выделив осторожно соответствующие придатки из сращений, стараясь не нарушить целостности стенки гнойника, мы, путем осмотра, решаем, удалить ли только трубу или также яичник; в первом случае накладывается один зажим Кохера на трубу у угла матки и второй такой же зажим со стороны абдоминального конца трубы вдоль ее брыжейки таким образом, что свободные концы обоих зажимов встречаются у угла матки, после чего труба удаляется ножницами; во втором случае первый зажим накладывается на трубу у угла матки, второй накладывается на lig. ovarii proprium и третий накладывается на lig. infundibulopelvicum таким образом, что концы всех трех зажимов встречаются в одной точке у маточного конца трубы, после чего ножницами удаляются и труба, и яичник, перевязав захваченные в зажимах сосуды в первом случае двумя, а во втором случае тремя катгутовыми лигатурами и смазав остающийся конец трубы иодной настойкой, удаляются зажимы и приступают к перитонизации культи.

Мы перитонизируем в таких случаях культю всегда при помощи круглой связки, обшивая ею культю, начиная от угла матки, таким образом, что круглая связка своим свободным краем прикрепляется к задней пластинке брюшины широкой связки посредством непрерывного кэтгутового шва, и он заканчивается у *lig. infundibulopelvicum*. Поступая так, мы предотвращаем смещение матки в сторону и вместе с тем достигаем вполне надежной перитонизации, что в данном случае при возможности присутствия микробов в остающихся культях имеет особенно важное значение.

Затем операционное поле очищается сухим тампоном и прилегающая брюшина обтирается слегка влажным спиртовым тампоном.

Если при удалении придатков гнойник не был вскрыт и содержимое его не излилось наружу, то предохранительные тампоны из брюшной полости удаляются, и рана зашивается наглухо, при чем сперва закрывается разрез брюшины посредством непрерывного кэтгутового шва, затем соединяются края апоневрозов брюшных мышц при помощи непрерывного с'емного проволочного шва и, наконец, края кожи соединяются зажимами Мишеля.

В тех случаях где при удалении придатков гнойная полость была случайно вскрыта, и гной попал в операционное поле, там мы поступаем двояко, именно, если операция производится при нормальной температуре, то мы ограничиваемся только тщательным протираем прилегающей брюшины спиртовым тампоном, после чего предохранительные тампоны удаляются, и рана зашивается наглухо; в тех же случаях, где пришлось оперировать в остром периоде при высокой температуре и прочих явлениях острой инфекции, и где во время операции гной из трубы или яичника попал в операционное поле там, после тщательной очистки прилегающей брюшины спиртовым тампоном, удаляется только один слой предохранительных тампонов, второй же более глубокий слой остается и рана наглухо не зашивается, а только уменьшается.

Правда, с тех пор как мы стали пользоваться для погружных швов исключительно кэтгутом, тщательно перитонизировать культю и обтирать брюшину в области операционного поля спиртом, мы совершенно отказались от применения профилактического дренажа, оставив его только для исключительных случаев в роде вышеприведенного.

Сопоставляя оба приведенных способа оперативного лечения при *pyosalpinx'e* мы видим, что для каждого существуют свои определенные показания и условия. Там, где процесс протекает остро и где длительное нагноение истощает силы больной, приходится, не откладывая избрать первый способ, т. е. инцизию гнойной опухоли; там же, где без ущерба для больной можно выждать, целесообразнее будет сперва назначить противовоспалительное лечение, и только после того, как все острые явления исчезнут, и температура будет нормальной по крайней мере, в течение двух недель, можно приступить к удалению *pyosalpinx'a*.

Возвращаясь к нашей больной, мы видим, что, несмотря на противовоспалительное лечение, которое применялось нами в течение недельного пребывания больной в клинике, острые явления воспаления не обнаруживают склонности к затиханию, и в то же время появляются изменения в крови, указывающие на начинающееся истощение

организма; поэтому мы не можем здесь терять время на безрезультатное выжидание, а должны не откладывая приступить к опорожнению гноя посредством инцизии опухоли.

Осведомляя больную о предстоящей операции, мы должны предупредить ее, что выздоровление в лучшем случае потребует не менее шести недель; но может оказаться, что после инцизии нагноительный процесс не остановится, и полость гнойника не облитерируется, в виду чего через известное время все же придется произвести радикальную операцию удаления больной трубы.

Непосредственно после инцизии продолжают противовоспалительное лечение, а затем, когда температура 3 — 4 дня установилась нормальной, можно перейти к рассасывающему лечению. Иногда придется спустя некоторое время наблюдать внезапное повышение температуры, которое обычно зависит от закупорки дренажа и задержки гноя; устраняется это легко прочисткой или сменой дренажа. Окончательно дренаж удаляется тогда, когда выделения потеряли гнойный характер и значительно уменьшились в количестве.

3. Peritonitis acuta.

Перейдем теперь к описанию третьего случая, относящегося к этой же группе заболеваний, вызванных гноеродными микробами.

Больная М. С., 34 лет замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Новгородской губернии, русская.

В клинику она доставлена три дня тому назад в тяжелом состоянии с жалобами на боли в животе, рвоту и общую слабость.

1. Анамнез.

1. Детство. В раннем детстве больная перенесла корь, а будучи уже в школе, болела скарлатиной и дифтеритом.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на шестнадцатом году и стали приходить каждые четыре недели, продолжаясь по три дня без болей и не обильно; последние месячные были два месяца тому назад.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная начала жить на двадцатом году и в связи с этим никаких заболеваний половой сферы не отмечает.

4. Беременности и их исходы. Первая беременность наступила на двадцать втором году и закончилась срочными правильными родами; всего же беременностей было девять, из которых шесть закончились срочными родами с нормальным послеродовым периодом, при чем каждый раз больная сама кормила до года и в это время месячных не носила. Третья и седьмая беременность закончились выкидышами около двух месяцев по неизвестным для больной причинам; оба раза больная поступала в больницу, где ей делали выскабливание, после чего она быстро поправлялась. Последняя беременность, начавшаяся два месяца тому назад, была прервана искусственно посредством введения в матку бужа за неделю до поступления больной в клинику. На следующий день после введения бужа появился потрясающий озноб и немного кровянистых выделений; затем отделение крови усилилось, появились боли внизу живота, и вышел плодик и куски свернувшейся крови; одновременно с этим лихорадка прекратилась, и больная чувствовала себя удовлетворительно.

5. Начало настоящего заболевания. По словам больной за три дня до поступления ее в клинику, другими словами через четыре дня после того, как ей был введен в матку буж, она снова почувствовала сильные боли в животе; больная связывает это с тем, что она подняла тяжелое ведро с водой; с этого времени снова поднялась температура, больную знобило, и появилась рвота.

6. Боледа ли раньше. Кроме отмеченных в детстве кори, скарлатины и дифтерита она никакими ни общими, ни гинекологическими заболеваниями не страдала.

7. Отправления кишечника. Кишечник всегда работал исправно со времени настоящего заболевания задержка стула.

8 Отправления мочевого пузыря. Со времени настоящего заболевания задержка мочи; мочевой пузырь приходится опорожнять катетером.

2. Status praesens.

Больная правильного телосложения, среднего роста; со стороны костной системы уклонений от нормы нет; мускулатура развита слабо; жировая подкожная клетчатка выражена удовлетворительно. Кожа лица бледная, с сероватым оттенком, глаза ввалившиеся, мутные, с темными кругами вокруг; нос слегка заострившийся; губы бледные, покрыты темными сухими корками; слизистая оболочка век бледна. Кожа на туловище и конечностях сухая, бледная и холодная на-ощупь. Грудные железы развиты удовлетворительно, из сосков ничего не выдавливается. Температура при поступлении больной в клинику была вечером 40° а два последующих дня колебалась в пределах от 39° утром до 40° вечером: пульс все время резко учащен, достигая от 120 до 140 ударов в минуту, по характеру он мягкий и неровный, при чем некоторые удары совсем выпадают: кровяное давление понижено, $PMa=102$; $PMi=78$; $PA=24$; сердце несколько расширено в поперечнике, тоны глуховаты; число дыханий около 40 в минуту, поверхностное; со стороны легких уклонений от нормы нет. Сознание не вполне ясное, и больная с трудом и неохотно отвечает на вопросы. Со стороны пищеварительного аппарата наблюдается следующее: язык сухой и обложен бурым налетом; аппетита нет; больную мучает постоянная громкая отрыжка и частая рвота с примесью желчи; стул задержан, в то время, как прежде кишечник работал исправно; имеется резко выраженный метеоризм. Верхний край печени находится на нормальной высоте, нижняя же ее граница стоит несколько выше и определяется на 1 палец над нижним краем ребер, при чем площадь заглушения тона уже нормальной; верхний край селезенки стоит на 1 поперечный палец выше нормы; нижняя же не определяется из-за вздутия живота. Мочевой пузырь содержит в себе около 300 к. с. насыщенной мочи, которую приходится опорожнять катетером, так как больная сама не мочится.

При осмотре области живота, последний сильно вздут, при ощупывании он мягкий, и болезненность при этом умеренная только при глубокой пальпации; только слева в глубине таза болезненность сильнее; рефлекторного сокращения брюшных мышц при ощупывании живота не наблюдается; при перкуссии брюшной области везде ясный тимпанит, только в наиболее отлогих местах с обеих сторон имеется некоторое заглушение кишечного тона.

При осмотре наружных половых органов уклонений от нормы не обнаружено; при раздвигании больших губ в области задней спайки можно заметить старый рубец; слизистая оболочка влагалищного входа бледна, из влагалища вытекают кровянисто-гнойные выделения с небольшим запахом.

При бимануальном исследовании получены следующие данные: влагалищная часть матки имеет цилиндрическую форму, нормальной величины и мягкой консистенции; наружный зев в виде поперечной щели с боковыми надрывами обращен кзади и несколько вправо от проводной оси таза; он пропускает конец пальца, внутренний же зев для пальца не проходим. Матка несколько больше нормальной величины, мягка и болезненна при ощупывании; подвижность ее ограничена; тело матки находится в нормальной антеверзии и антефлексии, но несколько смещено вправо. Левый влагалищный свод шире правого, его слизистая оболочка сглажена, но подвижна; над ним прощупывается неясная резистентность, начинающаяся от левого угла матки, но не доходящая до стенки таза; установить точное отношение этой резистентности к левым придаткам не удается из-за вздутия живота. Правые придатки не определяются; передний, правый и задний своды свободны.

Произведенные лабораторные исследования дали следующие результаты:

I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи в среднем 620 к. с.; цвет насыщенный, удельный вес в среднем 1029, реакция слабо-кислая.

Белок имеется в количестве 1%; сахара и других химических веществ нет. Количество индикана увеличено.

При микроскопическом исследовании определяются гиалиновые цилиндры в количестве 3 — 4 в поле зрения, довольно большое количество клеток плоского эпителия, пузыря; белые кровяные шарики в умеренном количестве; кроме того, имеется довольно много фосфорнокислой магнезии; бактерии мочи обнаружены в довольно большом количестве.

II. Исследование крови.

(См. таблицу на стр. 95).

III. Бактериологическое исследование.

При бактериологическом исследовании крови, взятой из локтевой вены по способу Клодницкого, а также при исследовании выделений из влагалища удалось получить микроба, обладающего следующими характерными особенностями (см. таблицу на стр. 96).

Степень чистоты влагалищного содержимого IV R.

Из биологических реакций в данном случае ни одна не была произведена, так как нахождение микроба в крови в достаточной мере определяло возбудителя инфекции.

Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике представляется в таком виде (см. кривую на стр. 97)

И так, мы имеем в нашем распоряжении все данные, которые мы могли получить как из анамнеза, так и при исследовании нашей больной, и нам предстоит, воспользовавшись ими, установить распознавание болезни, предсказание и лечение.

При установке диагноза мы и в этом случае пойдем от более общего, группового к более детальному.

Количество эритроцитов	
Характер эритроцитов	{ Изменение окраски { Изменение величины { Изменение формы { Изменение структуры
Количество гемоглобина	
Показатель окраски	
Количество лейкоцитов	
Лейкоцитарная формула	{ Нейтрофилы { Эозинофилы { Базофилы { Лимфоциты { Мононуклеары крупн. { Одоядерные
Нейтрофильная картина Арнета.	{ Двухядерные { Трехядерные { Четырехядерные { Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	{ Регенеративные { Дегенеративные
Количество тромбоцитов	
Сухой остаток	
Удельный вес	
Коэффициент вязкости	
Скорость свертываемости	
Щелочность	
Резистентность эритроцитов	
Количество гликогена	
Скорость осаждаем. эритроцитов	

Нормальная картина крови у женщин.	Исследование 1. —год X мес. 11 числ.	Исследование 2. год X мес. 13 числ.
4.500.000—5.250.000	4.200.000	4.100.000
—	Полихроматофилы.	то же
—	Микро и макроциты.	то же
—	Пойкилоциты в боль- шом количестве.	то же
—	—	—
85%—110%	48%	46%
0,9—1,0	0,6	0,57
7.000—8.000	10.400	8.600
4.400—5.200; 55—70%	83%—8.667	87%—7.530
80—320; 1—4%	нет	нет
20—80; 0,1—1%	0,4%—43	0,2%—16
1.600—2.400; 20—35%	13%—1.400	9%—800
250—500; 2—5%	3%—290	3%—254
8%	38%	56%
24%	28%	30%
48%	31%	12%
16%	3%	2%
4%	нет	нет
—	Много миелоцитов и метамиелоцитов.	то же
—	Карликовые и ги- гантские клетки.	то же
250.000	—	—
21%	20%	19%
1.050—1.056	1042	1.041
4,38	4,8	5,2
7—8 минут	8 минут	8 минут
426—533 м. г. NaOH	430	428
Rm. 0,33%; Rm, 0,48 NaCl.	0,48	0,49
—	нет	нет
5 час.	16 минут	16 минут

Данные исследования.

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки.
2. Группировка. — Диплококки, в чистой культуре цепочки средней длины.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Небольшая — единичные колонии.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - а) Вид колоний. — Мелкие едва заметные.
 - б) Разжижение. — Нет.
2. Бульон:
 - а) Муть. — Небольшая.
 - б) Осадок. — Нет.
 - в) Пленка. — Нет.
3. Агар.
 - а) Рост на простом агаре. — Мелкие прозрачные колонии.
 - б) Рост на сахарном агаре. — Тоже.
 - в) Рост на кровяном агаре. — Тоже.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Не обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Streptococcus longus*.

Не вдаваясь пока в подробности, мы можем с уверенностью сказать, что в виду высокой температуры и частого пульса, а также быстрой осаждаемости эритроцитов здесь имеется какое-то острое инфекционное заболевание.

Для того, чтобы выяснить себе время и способ возникновения болезни, проследим внимательно анамнез, начиная с детского возраста нашей больной.

Как мы видим из анамнеза, больная в детстве перенесла целый ряд острых инфекционных болезней, но они, повидимому, не отразились на состоянии ее половых органов, так как половая зрелость наступила своевременно, и месячные всегда приходили правильно и без боли.

В связи с началом половой жизни она никаких ненормальностей со стороны половых органов тоже не замечает, при чем первая беременность наступила вскоре после выхода замуж и закончилась сроч-

ными правильными родами, что тоже говорит за нормальное состояние полового аппарата.

Из бывших девяти беременностей шесть закончилось нормально, а третья и седьмая прервались на третьем месяце по неизвестным для больной причинам; хотя наступление выкидыша всегда заставляет нас предположить какое-нибудь нарушение в состоянии половых органов, при том условии, однако, что здесь не было применено искусственных мероприятий, но так как после этого больная имела еще нормальные беременности, закончившиеся срочными родами и правильным послеродовым периодом, то мы можем признать, что серьезных изменений в половых органах во всяком случае не было.

Итак, мы видим, что до того момента, когда последняя, т.-е. девятая беременность была на втором месяце искусственно нарушена, наша больная должна была считаться еще здоровой.

На следующий день после введения в матку бужа появилось первое повышение температуры, сопровождающееся потрясающим ознобом. Естественнее всего это можно объяснить себе непосредственным внесением инфекции в матку вместе с бужом, при чем беременность была нарушена, так как вскоре появилось отделение крови, и вышел плодик и куски свернувшейся крови; одновременно с выхождением плодного яйца, по словам больной, лихорадка прекратилась, и она чувствовала себя удовлетворительно.

Из только что сказанного мы можем сделать вывод, что начал настоящего заболевания совпадает с выкидышем, бывшим за неделю до поступления больной в клинику и вызванным искусственно при помощи бужа; и таким образом наш первоначальный диагноз здесь будет: „воспалительное инфекционное заболевание, исходящее из половых органов“.

Далее нам предстоит определить возбудителя инфекции, способ его распространения и локализации в тканях больного организма и, наконец, силу сопротивляемости последнего.

При бактериоскопическом исследовании выделений из влагалища мы, кроме различного вида палочек, нашли кокка, который располагался парами; при исследовании тех же выделений при помощи посевов на питательных средах удалось получить стрептококка, располагающе-

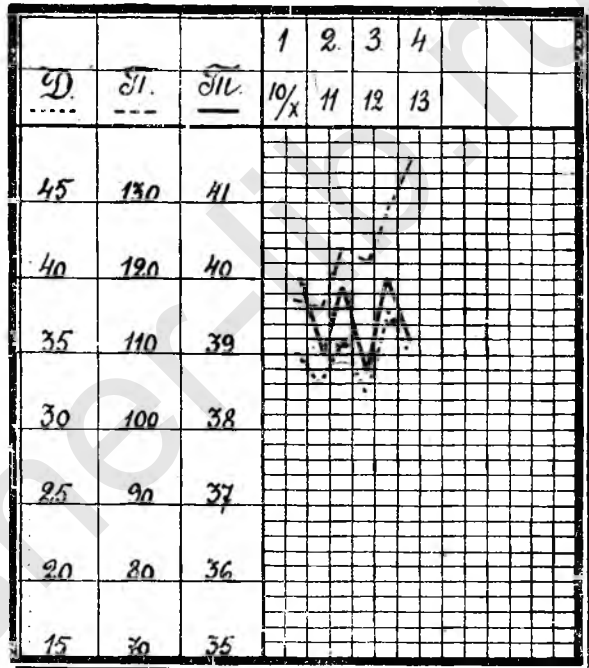


Рис. 53.

гося в виде цепочек средней длины и не обладающего способностью к гемолизу; исследуя кровь, мы тоже получили в чистой культуре стрептококка, обладающего теми же особенностями. Таким образом мы должны признать здесь возбудителем инфекции названного стрептококка, а то обстоятельство, что бактериоскопически он определялся в виде диплококка, следует об'яснить часто наблюдаемым расположением стрептококка в влагалищных выделениях парами вследствие неблагоприятных условий среды.

Признав стрептококка возбудителем данной инфекции, естественно, весьма желательным является определить, имеем ли мы дело с патогенной его формой, способной вызвать тяжелое заболевание, или с сравнительно безобидным сапрофитом. Для этой цели Fromme предлагает воспользоваться пробой с лецитином; по полученным им данным оказывается, что патогенный стрептококк переносит примесь лецитина к питательной среде гораздо хуже, чем сапрофитная его форма, и в то время как сапрофит дает хороший рост в смеси из 10 капель бульона и 16 капель 2% эмульсии лецитина, патогенный стрептококк дает такой же рост только в смеси из 10 капель бульона и 3 капель той же эмульсии лецитина.

В нашем случае нахождение стрептококка в крови и тяжелая картина болезни уже сами по себе говорят за то, что мы имеем здесь патогенную форму высокой вирулентности, несмотря на то, что способностью к гемолизу данный стрептококк не обладает.

Перейдем теперь к определению второго фактора, дающего картину инфекционного заболевания половых органов женщины, именно локализации микробов в тканях организма.

Вспоминая полученные нами данные об'ективного исследования, как-то: резкое вздутие живота, чувствительность брюшной области, высокую температуру при значительном учащении пульса, учащенное, поверхностное дыхание, общий вид больной с бледным лицом и ввалившимися глазами, сухой и обложенный язык, некоторое заглушение тона в отлогих местах брюшной области, некоторые изменения в крови, а также жалобы больной на рвоту, задержку стула и мочи, мы скорее всего имеем право предположить здесь локализацию воспалительного процесса в брюшине.

Допустив это предположение, посмотрим, отвечают ли действительно все приведенные признаки той картине, которую мы всегда имеем при воспалении брюшины, и нет ли между ними таких, которые особенно характерны для перитонита, вызванного стрептококком.

Как мы видим на представленной выше кривой температуры, пульса и дыхания, первая представляет собою ту особенность, что она держится на очень высоких цифрах с небольшими понижениями только по утрам. Сам по себе этот тип кривой не представляет собою чего-либо характерного для перитонита, так как он встречается при любом инфекционном заболевании; гораздо интереснее здесь взаимоотношение между кривой температуры и пульса.

При перитонитах, вызванных гноеродными бактериями, пульс всегда резко учащен, колеблется в пределах от 120 до 140 ударов в минуту; таким образом частота пульса превышает те цифры, которые вообще соответствуют данной температуре. При начале воспаления брюшины пульс напряженный и ровный, хотя и частый, но обычно, спустя немного времени, вследствие отравления мышцы и нервного при-

бора сердца, пульс становится мягким и появляются перебои. В тяжелых случаях, кончающихся летально, частота пульса увеличивается до 160 ударов в минуту и более, и он становится нитевидным, едва уловимым. Исследуя сердце при перитоните, находят увеличение поперечного его размера и глухие тоны.

Изменения со стороны дыхания тоже довольно характерны. При воспалении брюшины, вызванном гноеродными бактериями, дыхание становится частым и поверхностным, при чем поверхностный характер дыхания здесь приходится скорее объяснить не болезненностью брюшины и инстинктивным стремлением больной избежать сокращения брюшных мышц, а высоким стоянием диафрагмы вследствие значительного метеоризма.

Что касается состояния нервной системы при этих формах перитонита, то, по наблюдениям Fromme, токсины, продуцируемые различными видами гноеродных бактерий, не всегда одинаково действуют на больную, и в то время как для стрептококкового перитонита характерным является угнетение, вялость и нежелание реагировать на вопросы, для стафилококкового перитонита, наоборот, типичным является сильное возбуждение больной с бредом и галлюцинациями.

Вид больной тоже представляет некоторые своеобразные особенности, именно: кожные покровы лица и всего тела, а также видимые слизистые оболочки бледны. Кожа имеет сероватый, землистый цвет, глаза мутные, ввалившиеся и окружены темными кругами; нос и вообще черты лица заострившиеся; на-ощупь кожа, особенно в области нижних конечностей, холодная. Все эти явления зависят от понижения кровяного давления, которое падает ниже 100 вследствие значительного расширения вен брюшной полости и большого скопления здесь крови.

Переходя к изменениям со стороны органов пищеварения, мы находим при перитоните, вызванном гноеродными бактериями, следующие данные: губы сухие и покрыты темными корками, язык тоже сухой, обложенный бурым налетом; вздутие живота значительное вследствие метеоризма, вызванного парезом кишек, развившимся на почве застойной гиперемии в венах брюшной полости.

Указанные изменения сопровождаются рвотой, отрыжкой, иногда икотой, задержкой стула и схваткообразными болями в животе. Иногда рвота бывает очень частой, и больные вместе с нею теряют много жидкости; нередко к рвотным массам примешивается содержимое верхних отделов тонких кишек, и они приобретают фекальный запах и бурый цвет. Задержка стула, которая всегда бывает чрезвычайно упорной и не поддается ни клизмам, ни слабительным, зависит тоже от пареза мускулатуры кишек; иногда запоры сменяются очень обильными поносами, при чем испражнения представляют собою жидкие водянистые зловонные массы; эти поносы, называемые септическими, являются результатом тяжелой интоксикации организма и всегда служат плохим предвестником; схваткообразные боли в животе являются результатом перистальтических движений отдельных участков кишечных петель.

Со стороны почек и мочевых путей тоже наблюдаются изменения, которые, с одной стороны, проявляются в задержке мочи, вызванной парезом мускулатуры мочевого пузыря вследствие венозной гиперемии, а с другой стороны, обнаруживаются при исследовании количества и качества мочи в виде резкого уменьшения суточного ее количества,

повышения удельного веса и появления белка и гиалиновых цилиндров. Нередко при микроскопическом исследовании мочи в ней удается найти возбудителя перитонита; эти микробы, безразлично будут ли это стрептококки или какие-нибудь другие виды бактерий, проникают в мочу или через почки из крови, или в мочевого пузыря через его стенку по лимфатическим сосудам.

При исследовании крови обычно находят изменения, свойственные всякой тяжелой инфекции, т.-е. уменьшения числа эритроцитов с изменением их характера, уменьшение количества гемоглобина и понижение показателя окраски; со стороны белых кровяных шариков наблюдается появление лейкоцитоза, который при инфекции гноеродными микробами развивается за счет увеличения числа нейтрофилов; лейкоцитоз при этих формах перитонита может достигать больших степеней; однако, тяжелые формы перитонита, протекающие бурно и быстро ведущие к летальному исходу, нередко сопровождаются лейкопенией; со стороны лейкоцитарной формулы наблюдается уменьшение или полное исчезновение эозинофилов и уменьшение как процентного, так и абсолютного количества лимфоцитов; нейтрофильная картина Арнета обычно смещена значительно влево.

Что касается изменения физико-химических свойств крови, то здесь тоже выступают те отклонения от нормы, которые вообще характерны для тяжелой инфекции, как-то: уменьшение количества сухого остатка, понижение удельного веса, понижение щелочности крови и уменьшение резистентности эритроцитов; относительно изменения коэффициента вязкости крови отмечается его повышение при перитонитах вообще и особенно при перитонитах перфоративных.

Наконец, исследуя брюшную полость при перитоните, удается при перкуссии в некоторых случаях определить скопление экссудата, что называется заглушением кишечного тона главным образом в отлогих местах.

Таким образом, перечислив все наиболее характерные признаки, которые наблюдаются при перитонитах, вызванных гноеродными микробами, мы видим, что они, за весьма немногими исключениями, совпадают с теми признаками болезни, которые имеются в нашем случае, и поэтому, принимая здесь локализацию инфекции в брюшине, мы наш первоначальный диагноз можем формулировать более точно, именно как: „Peritonitis streptococcica acuta“.

Остановившись пока на этой формулировке диагноза, мы в дальнейшем должны выяснить те анатомические изменения в пораженных тканях, которые здесь имеют место.

Для этого нам придется проследить тот путь, которым инфекция в настоящем случае проникла в брюшную полость, и дальнейшее ее развитие здесь.

Устанавливая у нашей больной начало болезни и способ ее возникновения, мы признали, что инфекция была внесена в полость матки посредством бужа, которым пользовались для нарушении беременности, при чем заболевание сперва ограничилось полостью матки; после отхождения плодного яйца повышение температуры исчезло, и больная чувствовала себя вполне удовлетворительно; это позволяло думать, что возбудители инфекции гнездились в самом плодном яйце и вместе с его отхождением были удалены из организма.

Однако, стоило больной сделать физическое напряжение, именно, поднять тяжелое ведро с водой, как снова поднялась температура, по-

явился озноб, боли в животе и рвота; и поэтому надо думать, что инфекция из полости матки не исчезла, что она, напротив, даже успела отсюда распространиться на внутреннюю поверхность трубы, но будучи относительно мало вирулентна, она до поры до времени протекала незаметно для больной, а под влиянием физического напряжения содержимое инфицированной трубы проникло на брюшину и здесь нашло себе благоприятную почву для дальнейшего развития.

Кроме только что приведенной возможности распространения возбудителей инфекции из полости матки на брюшину существует другой более часто наблюдаемый способ, когда микроорганизмы по лимфатическим путям проникают через толщу мышечной стенки матки на покрывающую ее брюшину.

Однако, сопоставляя здесь оба приведенные способа, мы имеем больше оснований принять здесь распространение инфекции через левую трубу, так как при исследовании больной в области левых придатков определяется болезненная резистентность, смещающая матку несколько вправо; так как это резистентность стоит в связи с углом матки, не переходит на соответствующую стенку таза и не нарушает подвижности слизистой оболочки левого влагалищного свода, то она скорее соответствует воспалительному процессу в придатках, а не в клетчатке.

Наконец, в данном случае, когда для нарушения беременности был применен буж, мы должны допустить возможность прободения стенки матки с непосредственным внесением инфекции в брюшную полость, которая временно ограничилась на счет образования склеек; а затем физическое напряжение нарушило эти склейки, и процес разыгрался с новой, еще большей силой.

Но как бы то ни было, попавши тем или иным путем на поверхность брюшины, гноеродные бактерии начинают проявлять здесь свою жизнедеятельность, сопровождающуюся определенными, вполне характерными изменениями в пораженных тканях.

Эти анатомические изменения, дающие в совокупности картину воспаления брюшины или перитонита, в одних случаях остаются местными, захватывая только ограниченные участки брюшины, в других же случаях распространяются на всю брюшную полость. Первая форма перитонита носит название *pelveoperitonitis*, так как процесс преимущественно ограничивается брюшиною таза; вторая форма носит название *peritonitis diffusa*, т. е. общий или разлитой перитонит.

В происхождении местного или общего перитонита, кроме характера инфекции и вирулентности микроба, имеет значение также и способ проникновения возбудителей болезни в брюшную полость.

При распространении микробов из полости матки по лимфатическим путям на покрывающую ее дно брюшину, а также при непосредственном внесении микробов в брюшную полость, например, при чревосечении, обычно развивается общий разлитой перитонит; в тех же случаях, где инфекция проникает в брюшную полость из матки через трубы, там процесс чаще ограничивается местным поражением тазовой брюшины, так как брюшные отверстия труб открываются в глубине малого таза.

Первое проявление реакции со стороны брюшины на попавших на нее возбудителей инфекции состоит в активной гиперемии, т. е. в расширении капиллярной сети кровеносных сосудов и мелких артерий. Это явление мы должны рассматривать как защитительную спо-

способность брюшины, как первый этап ее борьбы с инфекцией, так как благодаря активной гиперемии к брюшине в увеличенном количестве доставляются циркулирующие в крови антитела, предназначенные для нейтрализации токсинов или для непосредственного воздействия на самих бактерий.

Если этих тел оказывается достаточно, чтобы уничтожить возбудителей инфекции, то процесс ограничивается временным раздражением брюшины, сопровождающимся резкой болезненностью особенно при ощупывании; но по мере того, как исчезает активная гиперемия, затихают и боли, и наступает полная *restitutio ad integrum*.

При перитонитах, вызванных гноеродными микробами, однако, процесс редко заканчивается так благополучно; гораздо чаще приходится наблюдать, что активной гиперемии оказывается недостаточно, чтобы справиться с инфекцией, и процесс очень быстро переходит в следующую стадию, при чем активная гиперемия сменяется гиперемией пассивной, состоящей в расширении сосудов венозной системы. Результатом этого состояния сосудов является замедление кровяного тока в них, благодаря чему получается серозное пропитывание соответственных тканей и образование серозно-фибринозного выпота на поверхности брюшины.

Нельзя, конечно, отрицать целесообразности и этого проявления реакции со стороны брюшины, так как за счет этого выпота образуются спайки и склейки между соприкасающимися поверхностями брюшины, и таким образом свободная брюшная полость отграничивается от пораженного участка брюшины, и инфекционный процесс локализуется.

Вместе с возникновением застойной гиперемии и вызванным ею серозным пропитыванием брюшины в значительной степени исчезает и чувство боли; а так как при перитонитах, являющихся результатом инфекции гноеродными микробами, смена активной гиперемии пассивной совершается очень быстро, то больная обычно попадает под наблюдение врача уже тогда, когда этот переход успел совершиться. Поэтому здесь не приходится наблюдать *defense musculaire*, а напротив, живот сильно вздут, но вместе с тем он мягкий и мало чувствительный при пальпации.

Одновременно с пассивной гиперемией и серозным пропитыванием пристеночной брюшины тоже происходит и в брюшине висцеральной, покрывающей матку, мочевой пузырь и петли кишек. Отсюда серозное пропитывание распространяется на мышечную стенку кишек, благодаря чему происходит парез ее мускулатуры, прекращение правильной перистальтики, метеоризм и задержка стула, что в свою очередь вызывает обратное всасывание из кишек их содержимого и интоксикацию организма.

Наконец, третьей и последней ступенью реакции брюшины на инфекцию является образование выпота в свободную брюшную полость. Экссудат содержит в большем или меньшем количестве форменные элементы, которые состоят из белых кровяных шариков, из клеток эпителия брюшины и из бактерий, кроме того к нему примешиваются хлопья фибрина.

При перитонитах, вызванных стрептококками, экссудат брюшной полости имеет чаще характер серозной или серозно-гнойной жидкости; при стафилококковом перитоните он, наоборот, имеет обычно гнойный характер.

Количество экссудата не всегда одинаково, и нередко приходится наблюдать случаи, где вследствие быстро наступающего летального исхода экссудата почти совсем не было.

И эта степень реакции брюшины на инфекцию должна рассматриваться нами, как одно из защитительных приспособлений брюшины; однако, здесь в борьбу с возбудителями инфекции вступают уже не циркулирующие в кровяной сыворотке антитела, а форменные элементы крови, именно, определенные виды лейкоцитов. Этот фазис борьбы мы должны рассматривать, как последнюю ставку организма, так как даже в этом состоянии еще возможно осумкование экссудата и его всасывание; но к сожалению, это наблюдается очень редко; гораздо чаще процесс заканчивается летальным исходом.

В тех редких случаях, где при разлитом перитоните приходится наблюдать осумкование экссудата с исходом в выздоровление, это осумкование может произойти в любом участке брюшной полости, при чем выпот скопляется между брюшной стенкой, брюшными органами или петлями кишек и отграничивается от свободной брюшной полости посредством склеек.

Как только произошло такое отграничение воспалительного процесса, обнаруживаются и некоторые изменения в клинической картине болезни. Прежде всего изменяется характер температурной кривой; она теряет свой постоянный тип и начинает давать значительные размахи; одновременно с изменением температуры уменьшается частота пульса и дыхания, и улучшается общее состояние больной.

При исследовании в это время удается определить в брюшной полости тот участок, где произошло осумкование экссудата, так как здесь получается заглушение кишечного тона, а иногда удается определить зыбление.

Судьба осумкованного экссудата может быть различна: или он постепенно всасывается и на его месте остаются только сращения, или он находит себе выход наружу через стенку кишки в просвет последней или через брюшную стенку.

Сравнительно чаще приходится наблюдать случаи, где экссудативный перитонит уже в самом начале болезни становится местным. Это мы обыкновенно видим, когда микроорганизмы проникают из полости матки в брюшную полость через трубы. При этих условиях воспаление брюшины начинается в глубине заднего Дугласова пространства, и здесь же скопляется образующийся экссудат.

Вследствие топографических особенностей малого таза в отношении к свободной брюшной полости осумкование скопляющегося в нем экссудата происходит значительно легче, так как последний имеет естественные границы спереди, сзади, с боков и снизу, и только сверху стенка полости, в которой экссудат скопляется, должна быть создана искусственно, происходит это за счет петель тонких кишек, плавающих на поверхности экссудата и спаивающихся между собою.

Производя исследование больной, имеющей осумкованный экссудативный пельвеоперитонит, мы получаем целый ряд характерных признаков: при пальпации снаружи через переднюю брюшную стенку определяется над лоном резистентность с неясной границей, расположенной более или менее симметрично в виде выгнутой кверху линии; при перкуссии в области этой резистентности имеется заглушение кишечного тона, причем это заглушение начинается нерезко и постепенно уси-

ливается по направлению сверху вниз; перкуторная граница не совпадает с пальпаторной, а стоит на полтора или два пальца ниже ее, так как отграничение экссудата от свободной брюшной полости происходит на счет спаявшихся петель кишок, содержащих в себе воздух. Болезненность в области резистентности обыкновенно умеренная.

При исследовании через влагалище *portio vaginalis* смещена кверху и кпереди иногда настолько, что она как бы прижата к лону; задний свод влагалища выпячен во влагалище, слизистая его оболочка сглажена, причем имеющаяся в начале образования экссудата подвижность ее постепенно теряется вследствие отека, который придает ей стекловидный блеск.

При бимануальном исследовании за маткой в области заднего Дугласова пространства определяется эластическое неподвижное тело,

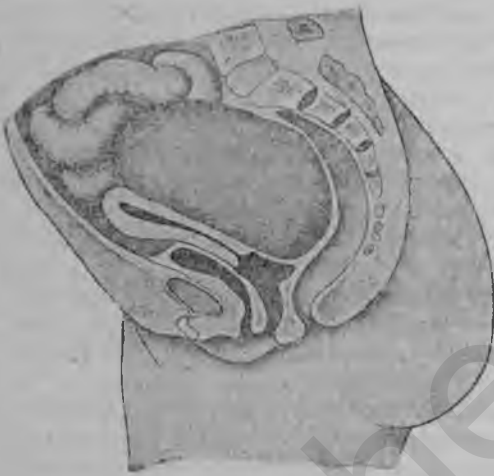


Рис. 54.

Экссудативный пельвеоперитонит.
(Из диагностики женск. бол. Winter'a).



а—заднее Дугласово пространство.

Рис. 55.

Полное заращение заднего Дугласова пространства.

тесно связанное с маткой и стенками таза; тело матки иногда бывает настолько приподнято, что прощупывается над верхним краем лона по средней линии.

Приведенные признаки служат доказательством тому, что перитонит ограничился областью таза и что экссудат осумковался.

Кроме этих данных, получаемых при исследовании, имеется также ряд клинических симптомов, характерных для этой формы перитонита. В начале заболевания, когда экссудат еще не успел осумковаться, налицо имеются признаки, свойственные воспалению брюшины вообще, т. е. высокая температура постоянного типа, очень частый пульс, учащенное дыхание, вздутие живота, рвота, сухой язык, задержка стула и болезненность ввиду живота; по мере локализации процесса температура приобретает ремиттирующий характер, пульс становится медленнее, и явления раздражения брюшины затихают, а со стороны кишечника появляется новый признак, состоящий в выделении прозрачной слизи из прямой кишки и указывающий на то, что экссудат давит на кишку и вызывает в ней воспалительные изменения.

Если экссудат не всасывается, то ему должен быть дан выход наружу, иначе он сам проложит себе путь в просвет прямой кишки.

Оперативное вмешательство при экссудативном пельвеоперитоните состоит в инцизии заднего влагалищного свода с последующим введением дренажа; но прежде чем произвести инцизию, можно сделать пункцию через задний свод, и, если экссудат по своему характеру оказывается чисто серозным, то можно ограничиться проколом, выпустив жидкость через иглу. Вообще же при инцизии в случае пельвеоперитонита надо иметь в виду, что излечение идет гораздо быстрее, чем при инцизии по поводу *pyosalpinx*'а и обычно уже спустя две недели наступает полное запустение и облитерация полости.

Однако, назвать это полным излечением нельзя, так как на месте бывшего экссудата образуются сращения, иногда ведущие к полному исчезновению заднего Дугласова пространства и к смещению матки кзади; в свою очередь на почве такой фиксированной ретрофлексии—ретроверзии матки развиваются явления метро-эндометрита, поэтому после удаления экссудата, будет ли это путем рассасывания или инцизии, всегда требуется последующее лечение.

На основании приведенных признаков ограниченного перитонита мы видим, что у нашей больной воспаление брюшины не обнаруживает склонности к локализации процесса, поэтому мы можем наш диагноз формулировать еще более точно и представить его в таком виде:

„*Peritonitis streptococcica acuta diffusa exsudativa*“.

Для полноты картины инфекционного воспалительного заболевания, необходимой нам для установки предсказания и выбора способа лечения, мы должны дать точную оценку сопротивляемости организма нашей больной.

Начнем и в этом случае с анализа тех данных, которые нами получены при повторном исследовании крови.

Что касается количества эритроцитов, то у нашей больной оно немного уменьшено, причем это уменьшение медленно прогрессирует; относительно характера эритроцитов отмечено при обоих исследованиях изменение окраски в виде полихроматофилии, изменение величины в виде появления микроцитов и макроцитов, и изменение формы в виде появления пойкилоцитов; перечисленные данные наблюдаются при различного рода анемиях и сами по себе ничего угрожающего не представляют. Значительное уменьшение процентного содержания гемоглобина, равное при первом исследовании 48% и понизившееся при следующем исследовании до 46%, а также низкий показатель окраски, равный 0,6 при первом исследовании и 0,57 при втором, говорят за более глубокие изменения в крови, дающие картину „*oligochromaemia*“ и зависящие от интоксикации организма теми ядами, которые продуцируются возбудителем инфекции.

Переходя к данным, полученным при исследовании белых кровяных шариков, мы видим, что количество лейкоцитов при первом исследовании равно 10.400; т. е. немного повышено, при втором же исследовании оно соответствует норме, равняясь 8.600; если взять эти данные отдельно от других проявлений болезни и от других данных исследования крови, то их следовало бы признать вполне благоприятными; однако, если мы примем здесь в расчет общее тяжелое

состояние больной, высокую температуру, частый пульс и т. д., а также картину лейкоцитарной формулы и признака Арнета, то мы будем вынуждены признать отсутствие лейкоцитоза в данном случае, как очень грозный признак, указывающий на бессилие организма бороться с инфекцией, на полное истощение его.

Знакомясь с лейкоцитарной формулой в нашем случае, мы видим, что здесь имеется, во-первых, уменьшение процентного и абсолютного количества лимфоцитов, которые при том прогрессируют; именно, при первом исследовании мы имели 13% или 1400 лимфоцитов, а при втором исследовании 9% или 800 лимфоцитов; во-вторых, имеется полное исчезновение эозинофилов в обоих исследованиях. Кроме того, нейтрофильная картина Арнета обнаруживает значительное и при том прогрессирующее смещение влево, именно, при первом исследовании одноядерные формы дают 38%, а при втором исследовании 56% при полном отсутствии пятиядерных и резко уменьшении числа четырехядерных экземпляров.

Все приведенные признаки, а также нахождение среди нейтрофилов значительного числа миелоцитов и метамиелоцитов, говорят за глубокие изменения в крови и за то, что силы организма в борьбе с инфекцией приходят в упадок.

Из данных, найденных нами при исследованиях физико-химических свойств крови, следует, во-первых, отметить уменьшение сухого остатка, понижение удельного веса, щелочности крови и резистентности эритроцитов; все это говорит за тяжелую инфекцию и за ослабление сопротивляемости организма; во-вторых, достойно нашего внимания имеющееся здесь повышение коэффициента вязкости крови; как известно, он у женщины в возрасте от 10 до 35 лет равняется 4,2 причем, по наблюдению Hess'a, составляет приблизительно $\frac{1}{20}$ числа показывающего процентное содержание гемоглобина в крови исследуемого лица; и таким образом у нашей больной, где процентное содержание гемоглобина равно 48% — 46%, коэффициент вязкости крови должен бы равняться 2,4 — 2,3 в то время как на самом деле он равняется 4,8 — 5,2; при патологических условиях указанного выше параллелизма нет, но, как мы видим, здесь коэффициент вязкости повышен даже по сравнению с тем, какой должен был быть при нормальном количестве гемоглобина в данном возрасте; объяснить это обстоятельство, вероятно, приходится подмеченным некоторыми наблюдателями повышением коэффициента вязкости при перитонитах, и мы, следовательно, этим признаком можем воспользоваться скорее в интересах распознавания, а не предсказания. Наконец, полученное нами значительное ускорение осаждаемости эритроцитов до 16 минут говорит за наличие в организме больной тяжелой инфекции.

Результаты, полученные нами при исследовании мочи, представляют интерес в том отношении, что суточное количество мочи уменьшено до 620 к. с., а удельный вес повышен до 1029; оба эти данные зависят как от высокой температуры, так и от потери жидкости с рвотой и поэтому прогностического значения не имеют; гораздо интереснее для нас наличие в моче белка хотя и в небольшом количестве, равном 1%, и гиалиновых цилиндров по 3—4 в поле зрения; оба эти данные указывают нам на изменения в почках, являющиеся результатом интоксикации организма, и должны быть рассматриваемы, как признак неблагоприятный.

Так как реакция организма проявляется еще в целом ряде других признаков, как, например, в характере температуры, пульса и дыхания, в состоянии кровяного давления, в изменении состояния внутренних органов, как сердца, печени, селезенки и т. д., то для правильной оценки каждого случая необходимо также и этим признакам дать надлежащую оценку.

Что касается значения температурной кривой, то она имеет для нас двойное значение; во-первых, нас интересует высота температуры, а во-вторых, характер ее колебания. Если мы согласимся с мнением Краус'а, который повышение температуры объясняет распадом белковых тел, идущих на образование иммунтел, то мы должны принять, что степень повышения температуры будет пропорциональна силе инфекции, и, наоборот, что недостаточное или полное отсутствие повышения температуры при прочих условиях, говорящих за тяжелую инфекцию, доказывает неспособность организма бороться с нею и является признаком весьма неблагоприятным. В нашем случае, как мы видим на кривой, температура достигает высоких цифр, следовательно, организм еще может бороться. Характер колебания температуры имеет преимущественно диагностическое значение, именно, существует определенный тип так называемой нагноительной температуры с большими суточными размахами; или, например, некоторыми авторами определенному возбудителю инфекции приписывается определенный тип температурной кривой, так, по данным Lenhart'a, стрептококки дают интермиттирующий тип кривой, стафилококки—слабо ремиттирующий, а гонококки и кишечная палочка—сильно ремиттирующий тип.

Кривая пульса, а также характер его в смысле наполнения и ритма имеет для нас весьма большое значение при инфекционных заболеваниях, и значение это существенно как в диагностическом, так и в прогностическом отношении.

В диагностическом отношении кривая пульса позволяет нам иногда определить локализацию инфекции, например, при заболевании брюшины пульс значительно чаще, чем при заболевании клетчатки и т. п.

В прогностическом отношении постепенное нарастание частоты пульса, понижение его напряжения и нарушение правильного ритма говорит всегда за ослабление работы сердца и поэтому является признаком весьма неблагоприятным; если же одновременно с учащением пульса наблюдается понижение температуры, и поэтому происходит перекрещивание изображающих их кривых, так называемый „Totenkreuz“, то это обыкновенно говорит за безнадежность состояния больной.

В нашем случае, как видно на кривой, пульс с каждым днем становится чаще, достигая до 140 ударов в минуту, при чем он мягкий и неровный; таким образом, мы должны это трактовать, как признак весьма серьезный, доказывающий падение сил организма в борьбе с инфекцией.

Изменения со стороны дыхания не имеют большого прогностического значения; учащение его отчасти зависит от повышенной потребности в кислороде, необходимом для усиленного сгорания белков, и поэтому идет параллельно с температурой; отчасти же оно может зависеть и от локализации инфекции; например, при воспалении брюшины дыхание обычно поверхностно и сообразно с этим учащено.

Некоторые, например Iaschke, придают большое значение состоянию кровяного давления при инфекционных заболеваниях, видя в колебаниях последнего не только прогностическое, но и диагностическое значение. Прогностическая ценность этого признака состоит в том, что при тяжелых инфекциях, сопровождающихся истощением сил организма, наблюдается понижение кровяного давления; в диагностическом же отношении можно воспользоваться этим признаком в тех случаях, где идет вопрос о распознавании перитонита, так как можно считать доказанным, что при такой локализации инфекции кровяное давление падает особенно резко вследствие большого скопления крови в венозной системе брюшной полости.

В нашем случае, как мы видели, РМа равно 102 вместо нормальных 120; а РМі равно 78 вместо 90, при чем амплитуда колебания или РА равняется 24 вместо нормальных 30; таким образом здесь имеется довольно большое понижение кровяного давления, и это должно быть учитываемо, как признак неблагоприятный, вообще, и как подтверждающий наш диагноз перитонита.

При исследовании внутренних органов нами было отмечено некоторое расширение поперечного размера сердца и глуховатый характер его тонов; эти данные говорят за ослабление тонуса сердечной мышцы и объясняются интоксикацией ядами, которые вырабатываются возбудителями болезни; однако, нередко, приблизительно в 20%—30% тяжелых послеродовых заболеваний, приходится наблюдать распространение инфекции и на сердце в виде эндокардита, что проявляется вначале тоже только расширением границ сердечной тупости и появлением неясного шума на верхушке.

Имеющиеся в нашем случае явления со стороны сердца не представляют еще непосредственной опасности, так как могут исчезнуть, но во всяком случае, они являются признаком весьма серьезным.

При исследовании печени и селезенки мы обычно находим в случаях септических заболеваний увеличение этих органов, определяемое как пальпацией, так и перкуссией. Изменения эти являются результатом интоксикации и имеют значение только в том отношении, что степень их до известных пределов отвечает интенсивности инфекции. В нашем случае некоторый интерес представляет то обстоятельство, что область печеночной тупости несколько уменьшена, и это может навести нас на подозрение о начинающейся острой атрофии печени, если мы не придадим достаточного значения тому обстоятельству, что уменьшение печеночной тупости зависит здесь от приподнятия переднего края печени вследствие давления на ее нижнюю поверхность растянутых петель кишок; тем же метеоризмом объясняется и невозможность ощупать нижний край селезенки.

Со стороны пищеварительных органов имеющиеся здесь данные в виде запекшихся губ, сухого и обложенного языка, икоты, тошноты и рвоты, задержки стула и сильного растяжения газами петель кишок имеют, главным образом, диагностическое значение, подтверждая локализацию инфекции в брюшине. Только упорное и резкое вздутие кишок может быть использовано как серьезный и неблагоприятный признак, особенно, если оно не поддается никаким мероприятиям.

Заканчивая этим анализ всех проявлений реакции организма нашей больной на инфекцию, мы должны здесь признать, что защитительные

приспособления не стоят на высоте, и что многие из них обнаруживают уже начинающуюся или полную несостоятельность.

Сопоставляя между собою в нашем случае те три фактора, из которых складывается всякое инфекционное заболевание, исходящее из половых женских органов, именно биологические особенности данного возбудителя инфекции, способ его локализации в организме и защитительную способность последнего, мы по формуле Sachs'a получим следующую оценку предсказания:

$$p = \frac{L \cdot W}{K},$$

где „K“, обозначающее биологические особенности возбудителя инфекции или его вирулентность, должно быть определено средней степенью или цифрой „2“, буква „L“, обозначающая локализацию воспалительного процесса, должна быть определена наиболее неблагоприятной степенью или цифрой „1“, и буква „W“, обозначающая сопротивляемость организма, должна быть здесь определена такой же степенью или цифрой „1“; итак, подставляя вместо букв соответственные цифры, мы получим:

$$P = \frac{1 \cdot 1}{2} = 1/2$$

другими словами, предсказание будет меньше единицы, т. е. весьма неблагоприятно, но и не абсолютно безнадежно, и нам, следовательно, надо обсудить те мероприятия, которые вообще покажутся при лечении общего острого перитонита, и выбрать из них те, которые должны и могут быть применены в настоящем случае.

Исходя из того соображения, что перитонит, вызванный гноеродными микробами, есть инфекционное заболевание с локализацией воспалительного процесса в определенной части большого организма, мы должны направить наше лечение, с одной стороны, на борьбу с возбудителем инфекции, а с другой стороны, на местный процесс, причем оба способа лечения должны вестись параллельно друг другу.

Что касается нашего стремления воздействовать так или иначе на возбудителя инфекции, то в настоящее время мы можем для этого или воспользоваться применением соответствующей сыворотки, имея в виду пассивную иммунизацию, или вводить в организм тем или иным путем химические вещества, которые, циркулируя в крови больной и обладая бактерицидными свойствами, были бы в состоянии убить возбудителей инфекции или ослабить их настолько, чтобы силы организма могли сами с ними справиться.

Остановившись на выборе на лечении сывороткой, мы только тогда можем ждать положительного результата, когда сыворотка строго специфична. Правильнее всего было бы применять сыворотку, полученную от животного иммунизированного тем микробом, который является возбудителем болезни в данном случае, но так как это технически едва ли выполнимо, и требует много времени, а с другой стороны, при остром перитоните дорог каждый час, то достаточно ограничиться тем, чтобы точно определить вид возбудителя инфекции в данном случае.

Решить этот вопрос можно надежнее всего путем получения чистой культуры из крови больной; если это не удастся, можно полу-

чить для исследования небольшое количество экссудата из брюшной полости при помощи пробной пункции через задний свод влагалища; наименее надежным следует признать определение возбудителя инфекции посредством исследования выделений из матки или влагалища.

При стрептококковой инфекции обычно приходится пользоваться имеющейся в продаже поливалентной антистрептококковой сывороткой.

Однако, насколько можно судить по получаемым результатам, этот способ далеко не надежен. О. Herff объясняет это тем, что, во-первых, эффект от лечения сывороткой может быть достигнут только в случаях простой, чистой бактериэмии, в то время как при местных процессах, будь это в матке, клетчатке или брюшине, сыворотка заведомо не окажет никакого действия; во-вторых, лечебная сыворотка только тогда может оказать влияние на возбудителей инфекции, когда их немного, т. е. когда сыворотка применяется в самом начале болезни.

По мнению того же автора, следует применять небольшие количества сыворотки, так как при этом в организм вводится амбоцептор, а не комплемент; с другой же стороны, надо иметь в виду, что опасность отравления чуждыми белками будет тем сильнее, чем количество сыворотки больше.

Средняя однократная доза сыворотки равняется 50 к. см., при чем она может быть повторяема по мере надобности, соблюдая необходимые меры предосторожности, для того, чтобы избежать анафилактики. Вспрыскивание делается всегда под кожу.

Из химических препаратов, которыми в настоящее время пользуются при септических заболеваниях, наибольшее распространение приобрели коллоидальные препараты серебра, платины и золота; из них при инфекции гноеродными бактериями применяют, главным образом, препараты серебра в виде *argentum colloidalе*, носящего также название *collargol*, или в виде *electrargol'a*.

Первый применяется сейчас преимущественно в виде клизм в 50 к. см. жидкости из 1% или 2% раствора колларгола от одного до трех раз в день; однако, действие этого препарата весьма мало энергично, и, например, О. Herff совершенно отрицает его способность убивать бактерий, допуская только, что, всасываясь в кровь, колларголл связывает циркулирующие там яды и, таким образом, улучшает состояние организма, кроме того некоторые приписывают колларголу способность усиливать лейкоцитоз.

Повидимому, насколько нам позволяет судить и личный опыт, электрарголл обладает более энергичным действием; применяется он в виде подкожных впрыскиваний, при чем предпочтительнее брать сразу большие количества от 20 до 50 к. см., а затем продолжать впрыскивания в течение нескольких дней уже небольшими дозами по 10 к. см.

Кроме вышеназванных средств, были сделаны попытки применять формальдегид и сулему в очень сильных разведениях в виде внутривенных вливаний, втирание ртутной мази, назначение фагоцитина Розенталя, содержащего нуклеиновую кислоту, *mycolisin'a Doyen'a* и т. д., но все они оказались недействительными и не нашли распространения.

Из других общих мероприятий при септическом перитоните, следует упомянуть еще о внутривенном вливании физиологического раствора с прибавлением 10 капель 1% раствора адреналина на один

литр жидкости; этим путем удастся иногда поднять кровяное давление, усилить диурез и, таким образом, облегчить удаление токсинов из организма и пополнить потерю жидкости, вызванную постоянной рвотой.

Перейдем теперь к местному лечению острого разлитого перитонита.

В настоящее время должна считаться признанной всеми та точка зрения, что единственно верным путем борьбы с перитонитом является хирургическое вмешательство, состоящее в удалении источника перитонита.

Далее, также не подлежит сомнению, что результаты оперативного лечения будут тем лучше, чем раньше произведено чревосечение; Leopold, например, считает крайним сроком, когда операция еще может принести пользу, 48 часов с момента возникновения перитонита.

Что касается значения первого условия, т. е. удаления источника перитонита, то лучшим доказательством тому может служить разница в результатах, получаемых, с одной стороны, хирургами, а с другой стороны, гинекологами.

В то время, как хирурги получают выздоровление в значительном числе случаев, и у некоторых, например, у Mignhu за последние три года число выздоровлений равнялось 97%, у гинекологов результаты неизмеримо хуже, и число выздоровлений едва достигает 10% или 15%.

Объяснить себе это можно только тем, что при хирургических перитонитах, вызванных воспалением червеобразного отростка или перфорацией кишек или желудка часто удается удалить источник инфекции или, по крайней мере, изолировать его от свободной брюшной полости; при гинекологических перитонитах, наоборот, только в редких случаях источником инфекции является перекрученная киста яичника или вскрывшийся гнойник трубы, одним словом, источники инфекции доступны удалению; гораздо чаще такие перитониты являются результатом инфекции в пуэрперальном периоде, при чем микроорганизмы распространяются легко на лимфатическую и кровеносную систему таза, на клетчатку, наконец, проникают в общий круг кровообращения, и воспаление брюшины является не главным, а только второстепенным, случайным осложнением общего тяжелого септического заболевания. В этих случаях даже полное удаление матки не может спасти больную и Fromme говорит, что все подобные случаи, приведенные в литературе, несмотря на раннюю операцию и дренаж брюшной полости, закончились смертью.

На нашем личном материале оказалось, что из пятнадцати острых разлитых перитонитов, возникших в послеродовом периоде вследствие инфекции гноеродными микробами, чревосечение с дренажем брюшной полости было произведено в шести случаях, при чем все оперированные погибли; в остальных девяти случаях операция не была произведена, но все больные также погибли. Из числа 16 разлитых перитонитов, развившихся на почве перекручивания ножки кисты и т. д. и не стоящих в связи с послеродовым периодом, операция чревосечения с последующим дренажем дала выздоровление в 2 случаях, что составит 12%.

Что касается техники самого чревосечения при разлитом воспалении брюшины, то в этом отношении существуют известные разногласия.

Одни, например, Rehn, обязательно настаивают на промывании брюшной полости, в то время, как другие, например, Fridrich, не только не видят пользы от промывания в этих случаях, но скорее считают его даже вредным, исходя из того соображения, что промыть основательно брюшную полость едва ли возможно, недостаточное же промывание только понижает сопротивляемость брюшины.

Давая критическую оценку этим двум взглядам, Fromme категорически высказывается против промывания и предлагает держаться следующих правил при оперативном лечении разлитых острых перитонитов: по возможности, широкие разрезы по средней линии и в люмбальных областях, а если нужно, то и через задний влагалищный свод; удаление экссудата большими марлевыми тампонами; тщательный осмотр брюшной полости, чтобы не образовалось затеков, и, наконец, применение дренажа.

Второй вопрос, который здесь вызывал много споров, состоял в выборе способа дренировать брюшную полость. Однако, прежде, чем говорить о том, как дренировать, необходимо решить вопрос, нужно ли, вообще, применять дренаж или достаточно ограничиться удалением источника инфекции и имеющегося в брюшной полости экссудата.

В настоящее время мы можем констатировать, что существовавшее еще недавно увлечение дренажем исчезло; профилактический дренаж, который прежде широко применялся, сейчас большинством оставлен, и классическое выражение Munde, гласящее так: „если сомневаешься—дренируй“, мы можем забыть и присоединиться к Jacobs'у, который говорит: „я признаю, что наибольшие успехи абдоминальной хирургии достигнуты после того, как постепенно оставили применение дренажа“.

Нам приходится, следовательно, говорить только о тех случаях, где операция производится по поводу уже имеющегося перитонита.

Помня те анатомические изменения, которые происходят в брюшине при перитоните и которые являются защитительными приспособлениями организма в борьбе с инфекцией, мы должны признать, что применение дренажа оказывается целесообразным только при определенном состоянии воспалительного процесса в брюшине. Возьмем сперва перитонит в начале заболевания, когда анатомические изменения в брюшине состоят в активной гиперемии, когда экссудата еще нет и когда перитонит называется „сухим“; в этом периоде операция будет полезна только в том случае, когда удастся устранить источник перитонита, а дренаж окажется совершенно бесполезным. Другое дело, когда воспалительные изменения в брюшине уже достигли степени застойной гиперемии с образованием значительного экссудата; здесь тоже на первом месте должна стоять задача удалить источник перитонита, но дренаж окажет в этих случаях весьма важную услугу, освобождая организм от токсинов, заключающихся в экссудате.

Переходя к оценке различных способов применения дренажа, следует отметить два главных его типа: во-первых, дренаж, при помощи трубок из резины, стекла и т. п. и, во-вторых, дренаж в виде марлевых тампонов; как первый, так и второй тип имеют свои преимущества и свои недостатки, именно: дренаж при помощи трубок дает хороший сток жидкости, но не вызывает отграничения воспалительного процесса, марлевый же дренаж, наоборот, вызывает быстрое отграничение про-

цесса, но так же скоро перестает действовать отсасывающим образом. Так как при разлитом экссудативном перитоните назначение дренажа должно состоять в том, чтобы дать хороший сток экссудату, то предпочтению заслуживает, конечно, трубчатый дренаж, при чем, на основании литературных данных, повидимому, наилучшие результаты дает дренаж Dreesmann'a, состоящий из толстых стеклянных трубок с узкими, почти капиллярными отверстиями; эти трубки выполняются рыхло стерильной марлей, которая легко может быть сменяема ежедневно.

Для того, чтобы дренаж мог надежнее выполнять свое назначение, следует тщательно зашить разрезы, оставляя отверстия только для выступающих наружу концов дренажей, так как, таким образом, восстанавливается внутрибрюшное давление; кроме того, для облегчения стока жидкости, больную помещают в постели в полусидячем положении; для того, чтобы больная не сползала к нижнему концу кровати, его несколько приподнимают, а под спину и плечи больной кладут подушки или специальную подставку.

При оперативном лечении перитонита имеет большое значение устранение метеоризма, для чего в тяжелых случаях прибегают даже к искусственному образованию кишечного свища; обычно же для восстановления перистальтики пользуются сифонными клизмами и впрыскиванием под кожу *physostigminum salicylicum* по $\frac{1}{2}$ —1 к. с. 1% раствора, питуитрина и др.

Большое значение придается также возможно долгому поддержанию сил организма, для чего Fridrich рекомендует подкожные вливания следующего раствора: на 1 литр воды берут 2 грамма поваренной соли, 30 гр. виноградного сахара и 20 грамм пепсинпептона; для той же цели следует пользоваться питательными клизмами.

Заканчивая этим обзор тех методов лечения, которыми в настоящее время пользуются при острых разлитых перитонитах, мы должны в нашем случае наметить следующий план лечения.

После того, как больная была доставлена в клинику и здесь был установлен диагноз перитонита, немедленно должен был быть поднят вопрос об операции, несмотря на то, что явления перитонита обнаружались еще за три дня до поступления больной в клинику; предполагая здесь источником перитонита гнойное воспаление левой трубы, мы могли рассчитывать при операции его удалить.

Но так как сама больная и ближайшие ее родственники отказались от операции, то нам пришлось ограничиться мероприятиями, состоящими в следующем: в первый день пребывания больной в клинике ей было впрыкнуто под кожу 50 к. с. электраргола, и эти впрыскивания повторялись в последующие дни в количестве 10 к. с.; для улуч-

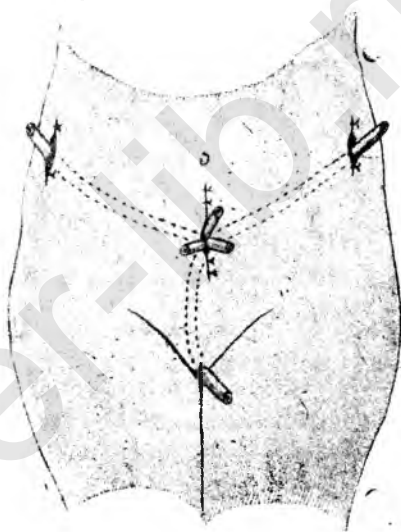


Рис. 56. Расположение дренажа при оперативном лечении перитонита.

шения работы сердца ежедневно делалось подкожное вливание 500 к. с. физиологического раствора с прибавлением 5 капель 1% раствора адреналина и для той же цели три раза в сутки вприскивалась под кожу камфора; для устранения метеоризма назначались утром и вечером сифонные клизмы, и один раз было произведено вприскивание физостигмина; в виду рвоты, была назначена холодная жидкая пища; на область живота положены мешки со льдом, подвешанные на обручах, чтобы не причинять боли их тяжестью; кроме того больной было придано полусидячее положение в кровати.

Однако, как мы видим, все эти мероприятия остаются без результата, так как состояние больной с каждым днем ухудшается, и поэтому мы должны признать этот случай в настоящее время почти безнадежным, в то время, как операция, произведенная своевременно, может быть дала бы возможность спасти больную.

4. Trombophlebitis; bacteriaemia.

Перейдем теперь к последней больной относящейся к этой же группе.

Больная С. С. 24 лет, замужняя занимается домашним хозяйством, уроженка Псковской губернии, русская.

В клинику она доставлена 10 дней тому назад из родильного приюта, куда она поступила для родов и находилась в течение двух недель; жалуется она на отек и боль в левой ноге и на ознобы.

I. Анамнез.

1. Детство. Болела ли чем в детстве, больная точно не помнит.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на 15 году, установились сразу и стали приходить каждые четыре недели, продолжаясь по пяти дней; не обильно и без болей; время последних месячных не помнит.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная начала жить с двадцати лет; каких-либо осложнений со стороны половых органов в связи с этим она не помнит.

4. Беременности и их исходы. Вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая на третьем месяце была искусственно прервана; после выкидыша больная около месяца провела в больнице, где ей было произведено выскабливание полости матки; по словам больной, температура у нее в больнице была повышена, и она чувствовала боли внизу живота; со времени выкидыша она не была вполне здоровой; появились гнойные бели и боли в крестце, которые продолжались до последнего времени; месячные тоже несколько изменили свой характер и стали обильнее и продолжительнее. Спустя почти три года наступила вторая беременность, которая протекала благополучно и за две недели до поступления больной в клинику закончилась срочными родами живым, доношенным ребенком.

Так как после рождения ребенка послед не отходил в течение часа, и послеродовой период осложнился довольно значительной потерей крови, то было произведено ручное удаление последа, причем, по полученным из приюта сведениям, часть последа оказалась довольно плотно прикрепленной к стенке матки, но не смотря на это послед был удален весь вместе с оболочками.

5. Начало настоящего заболевания. Первые три дня после родов температура и пульс были нормальны; к вечеру третьих суток температура поднялась до $38,4^{\circ}$, и пульс участился до 104 уда-

ров в минуту; затем температура пала, давая только небольшие повышения, едва достигающие $37,4$; пульс тоже стал медленнее, не превышая 90 ударов в минуту. На седьмой день, когда больной было разрешено сидеть, она сразу почувствовала сильные боли в левой ноге; появился потрясающий озноб с повышением температуры до 40° , продолжавшийся около часа, при чем пульс участился до 140 ударов в минуту. На другой день появился отек левой ноги, и с этого времени каждый день стали повторяться ознобы. В таком состоянии больная и была переведена в клинику.

6. Болела ли раньше. Кроме названного заболевания в связи с первым выкидышем больная других заболеваний не отмечает.

7. Отправления кишечника. Наклонность к запорам со времени первого выкидыша, бывшего на двадцатом году жизни.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочеиспускание нормально.

II. Status praesens.

Больная правильного телосложения, небольшого роста; со стороны костной системы уклонений от нормы нет; мускулатура развита умеренно; жировая подкожная клетчатка выражена удовлетворительно. Кожа лица бледная с желтоватым оттенком, склеры тоже имеют желтоватый оттенок; видимые слизистые оболочки бледны; кожа на туловище и конечностях сухая, бледная, с желтоватым оттенком; в области левой ноги особенно нижней части голени кожа имеет стекловидный блеск, на груди и животе имеется *miliaria crystallina*. Левая нога, начиная от пахового сгиба до ступни, оказывается значительно утолщенной; в области верхней трети бедра она на 5 см. толще правой ноги, а в области голени она толще на 2 см.; на ощупь левая нога несколько холоднее правой, а при надавливании пальцем на поверхности образуется ямка, медленно исчезающая; всякое движение этой ногой болезненно, хотя суставы без видимых изменений.

Грудные железы развиты правильно, из сосков выдавливается молоко.

Температура при поступлении больной в клинику была вечером $39,8^{\circ}$, пульс 148 ударов в минуту; дальнейшее состояние температуры и пульса представлено на приведенной ниже кривой; несмотря на значительную частоту пульс оставался ровным, и наполнение его было удовлетворительное; значительные и быстрые повышения температуры сопровождалась ознобами, которые держались от одного до двух часов и заканчивались обильным потом. Кровяное давление держалось в общем на нормальных цифрах, именно PMa в среднем равнялось 118; PMi равнялось 90 и $PA=28$; только непосредственно после озноба кровяное давление на некоторое время падало до $PMa=98$, $PMi=72$ и $PA=26$. При исследовании сердца оно несколько расширено в поперечном размере; тоны глухие, но шумов нет. Число дыханий в среднем около 24, во время озноба оно учащается до 40; со стороны легких уклонений от нормы нет. Сознание ясное. Со стороны пищеварительных органов наблюдается следующее: язык влажный, но обложен, стул задержан, что больная отмечает со времени первого выкидыша; аппетит плохой. Печень и селезенка несколько увеличены. Состояние мочевого пузыря нормальное.

При осмотре области живота он не вздут, мягкий при ощупывании и безболезненный; только над левой Пупартовой связкой большая чувствует некоторую боль при глубоком надавливании.

Наружные половые органы уклонений от нормы не представляют; слизистая оболочка влагалищного входа бледная; из влагалища появляется немного темных кровянистых выделений без запаха.

При бимануальном исследовании получены следующие данные: влагалищная часть матки имеет цилиндрическую форму, нормальной величины и консистенции; наружный зев в виде поперечной щели, пальца не пропускает, обращен кзади от проводной оси таза; тело матки несколько больше нормы и болезненно при ощупывании; оно находится в нормальной антефлексии и антеверзии, причем дно матки стоит на уровне верхнего края лона; придатки не определяются; клетчатка и брюшина таза свободны, но при ощупывании левого ребра матки в области широкой связки имеется болезненность; такая же болезненность и неясная резистентность прощупывается на стенке таза соответственно левому крестцово-подвздошному сочленению.

Лабораторные исследования дали следующие результаты:

I. **Исследование мочи:** суточное количество мочи от 820 к. с до 1200 к. с.; цвет насыщенный; удельный вес 1022; имеются следы белка; при микроскопическом исследовании осадка ничего патологического не обнаружено; бактерий также не найдено.

II. **Исследование крови.** (См. табл. стр. 118).

III. **Бактериологическое исследование.**

При исследовании крови взятой из локтевой вены, по способу Клодницкого, удалось получить описанного ниже микроба, в то время как при исследовании выделений из матки и влагалища были получены почти исключительно представители нормальной влагалищной флоры; степень чистоты влагалищного содержимого II R. (См. стр. 119).

При повторных бактериологических исследованиях, произведенных 5/II и 8/II выделить микроба из крови не удалось.

В виду нахождения микроба в крови, каких-либо биологических реакций с диагностической целью произведено не было.

Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в родильном приюте и в клинике представляется в следующем виде (см. кривую на стр. 120).

Мы имеем, следовательно, все данные которые мы могли получить как из анамнеза, так и при исследовании нашей больной, и нам остается, воспользовавшись ими, установить распознавание болезни, предсказание и лечение.

Начиная с общего, группового диагноза, мы можем признать, что имеем здесь какое-то острое инфекционное заболевание, так как за это предположение говорит прежде всего высокая температура, частый пульс и резкое ускорение осаждаемости эритроцитов.

Для того, чтобы точно установить время и способ возникновения этого заболевания, проследим внимательно анамнез больной, начиная с детства.

		Нормальная картина крови у женщин.
Количество эритроцитов		4.500.000—5.250.000
Характер эритроцитов	Изменение окраски	—
	Изменение величины	—
	Изменение формы	—
	Изменение структуры	—
Количество гемоглобина		85%—110%
Показатель окраски		0,9—1,0
Количество лейкоцитов		7.000—8.000
Лейкоцитарная формула.	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70 ⁰ / ₁₀₀
	Эозинофилы	80—320; 1—4 ⁰ / ₁₀₀
	Базофилы	20—80; 0,1—1 ⁰ / ₁₀₀
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35 ⁰ / ₁₀₀
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5 ⁰ / ₁₀₀
Нейтрофильная картина Арнета.	Одноядерные	8 ⁰ / ₁₀₀
	Двухядерные	24 ⁰ / ₁₀₀
	Трехядерные	48 ⁰ / ₁₀₀
	Четырехядерные	16 ⁰ / ₁₀₀
	Пятиядерные	4 ⁰ / ₁₀₀
Патологические формы лейкоцитов	Регенеративные	—
	Дегенеративные	—
Количество тромбоцитов		250.000
Сухой остаток		21%
Удельный вес		1.050—1.056
Коэффициент вязкости		4,38 *
Скорость свертываемости		7—8 минут
Щелочность		426—533 м. г. NaOH
Резистентность эритроцитов		Rm. 0,33%; Rm. 0,48 ⁰ / ₁₀₀ NaCl
Количество гликогена		—
Скорость осаждаем. эритроцитов		5 час.

Исследование 1. — год II мес. 3 число.	Исследование 2. — год II мес. 5 число.	Исследование 3. — год II мес. 10 число.
2.400.000	2.300.000	2.500.000
{ немного поли- хроматофилов.	тоже	тоже
{ Много макро- и микроцитов	тоже	тоже
{ немного пойки- лоцитов	тоже	тоже
Единицн. нормобл.	тоже	тоже
36 ⁰ / ₀	36 ⁰ / ₀	39 ⁰ / ₀
0,75	0,78	0,78
9,200	8,900	9.100
80 ⁰ / ₀ — 7380	80 ⁰ / ₀ — 7150	77 ⁰ / ₀ — 6.965
нет	нет	0,6 ⁰ / ₀ — 60
0,2 ⁰ / ₀ — 20	0,3 ⁰ / ₀ — 20	0,7 ⁰ / ₀ — 70
16 ⁰ / ₀ — 1500	16 ⁰ / ₀ — 1400	18 ⁰ / ₀ — 1.700
3 ⁰ / ₀ — 300	3 ⁰ / ₀ — 290	3 ⁰ / ₀ — 305
32 ⁰ / ₀	34 ⁰ / ₀	16 ⁰ / ₀
24 ⁰ / ₀	23 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀
40 ⁰ / ₀	39 ⁰ / ₀	45 ⁰ / ₀
4 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀
нет	нет	1 ⁰ / ₀
Метаиэлоциты.	тоже	тоже
нет	нет	нет
—	—	—
15 ⁰ / ₀	14 ⁰ / ₀	18 ⁰ / ₀
1.040	1.038	1.048
3,4	3,2	3,8
10 минут	8 минут	8 минут
420	418	425
0,56	0,58	0,52
нет	нет	нет
18 минут	18 минут	26 минут

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки.
2. Группировка. — Длинные цепочки.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Есть.
12. Интенсивность роста. — Значительная.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - a) Вид колоний. — Мелкие, едва заметные.
 - b) Разжижение. — Не разжижает.
2. Бульон:
 - a) Муть. — Хлопьевидная.
 - b) Осадок. — Довольно большой.
 - c) Пленка. — Нет.
3. Агар:
 - a) Рост на простом агаре. — Мелкие прозрачные колонии.
 - b) Рост на сахарном агаре. — То же.
 - c) Рост на кровяном агаре. — Колонии окружены светлым кружком.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Не обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Streptococcus haemolyticus longus*.

Как мы видим, больная не помнит, чтобы она чем-либо болела в детстве; наступление половой зрелости произошло своевременно, и так как месячные имели вполне нормальный характер, то мы имеем право считать, что половой аппарат был развит правильно; далее, наша больная не отмечает никаких осложнений со стороны половых органов в связи с началом половой жизни, что позволяет нам с известной вероятностью исключить гоноррейную инфекцию. Вскоре после выхода замуж наступила беременность, что еще раз доказывает, что в это время половой аппарат нашей больной находился в нормальном состоянии. Только начиная с того времени, когда беременность была искусственно прервана на третьем месяце, больная начинает отмечать целый ряд тягостных для нее симптомов.

Как видно из рассказа больной, выкидыш осложнился каким-то гинекологическим заболеванием, потребовавшим месячного пребывания в больнице, где температура была повышена, и где ей было произведено выскабливание полости матки. Со времени выкидыша больная не чувствовала себя вполне здоровой, и жалобы ее состояли в следующем: во-первых, появились гнойные бели, во-вторых, боли в крестце и, в-третьих, месячные стали обильнее и продолжительнее.

Этот симптомокомплекс характерен для хронического метроэндометрита, возникновение которого мы здесь легко можем себе объяснить в связи с тем заболеванием, которое было во время выки-

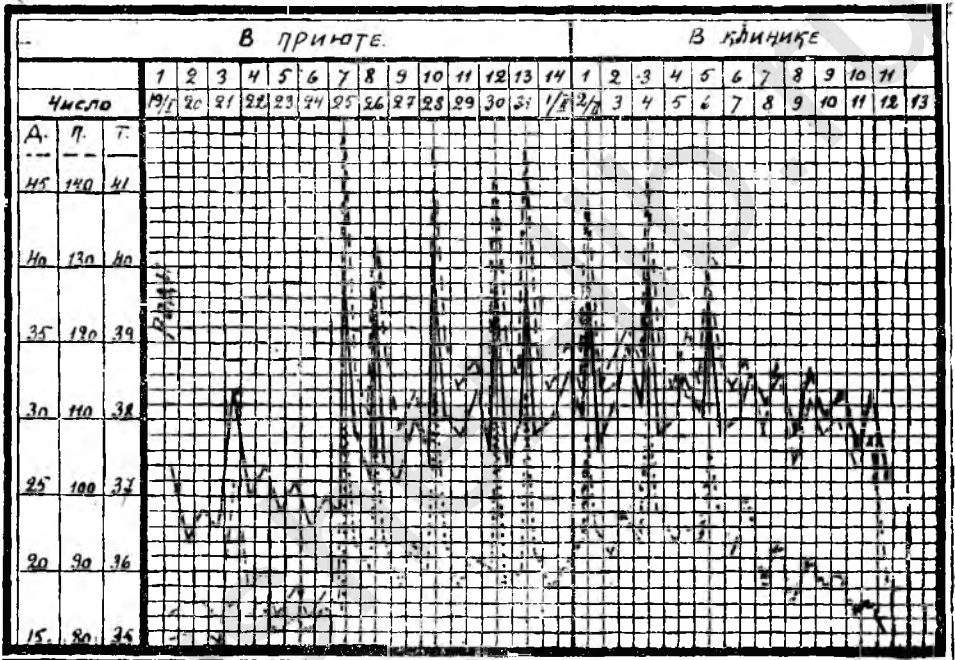


Рис. 57.

дыша, и которое сопровождалось неправильным обратным развитием матки, или так называемой *subinvolutio uteri*.

Допустив здесь существование хронического метроэндометрита, мы этим можем, во-первых, объяснить себе то, что вторая беременность наступила только через три года после первой, а во-вторых, признать задержку послета, оказавшегося частично приращенным, тоже результатом воспалительных изменений в слизистой оболочке и мышечной стенке матки.

Что касается возникновения инфекции в данном случае, то мы должны ее поставить в тесную и непосредственную связь с тем оперативным вмешательством, которое было вызвано задержанием послета. Оперативное вмешательство это состояло в ручном отделении послета, представляющем собою весьма простой в смысле техники прием; однако, несмотря на свою простоту, это оперативное вмеша-

тельство справедливо считается одним из наиболее серьезных вследствие связанной с ним опасности инфекции; так, например, Runge приводит статистические данные, заключающие 12% смертности от инфекции в связи с ручным отделением последа.

Эта опасность вполне понятна, если мы вспомним, что при этой операции приходится введенною в матку рукою манипулировать, как раз в области места прикрепления последа, где имеется множество зияющих сосудов; и какие-бы ни были приняты предосторожности для дезинфекции руки вплоть до применения резиновых перчаток, они не могут нас обеспечить от возможности внесения инфекции в полость матки, так как для того, чтобы проникнуть туда рукою, мы должны провести ее через влагалищный вход и влагалище, обеззаразить которые не представляется возможным.

Таким образом и в данном случае надо допустить, что инфекция была внесена в матку во время отделения последа. Здесь микробы проникли в просветы венозных сосудов и на некоторое время задержались в образовавшихся физиологически тромбах; кроме того, видимо, инфекция проявилась в виде эндометрита, что совпало с однократным повышением температуры на третий день до 38,4° и учащением пульса до 104 ударов в минуту; явления эндометрита быстро затихли, и состояние больной не внушало опасения, так как температура в течение трех последующих дней опустилась до 37°; однако, если несколько внимательнее отнестись к состоянию больной, то мы можем заметить, что пульс держался в это время на высоте 90 ударов в минуту, что не соответствовало температуре; поэтому у нас должно было возникнуть подозрение, что инфекция не вполне ликвидирована, что где-то происходит всасывание токсинов.

Это подозрение скоро подтвердилось; в инфицированных тромбах процесс шел своим порядком, и они под влиянием гнездящихся здесь микробов постепенно размягчались, пока, наконец, на седьмой день после родов не наступил момент, когда из разрушенных тромбов микробы сразу в значительном количестве проникли в общий круг кровообращения и вызвали этим резкое повышение температуры до 40° с ознобом, учащением пульса до 148 ударов в минуту и учащением дыхания до 30.

Наметив путь возникновения инфекции, мы должны установить и возбудителя ее.

В настоящем случае сделать это не трудно, так как из крови удалось получить в чистой культуре микроба, который при детальном исследовании оказался стрептококком, именно *streptococcus haemolyticus longus*.

То обстоятельство, что в выделениях из матки и влагалища мы не получили этого микроба, не мешает нам считать его возбудителем данного заболевания, так как мы признали, что эндометрит быстро исчез, и таким образом полость матки могла быть свободной от возбудителя инфекции.

На основании сказанного, мы пока должны так формулировать наш диагноз: „Воспалительное инфекционное заболевание, вызванное стрептококком и исходящее из половых органов“.

Далее нам предстоит определить локализацию инфекции в больном организме и те изменения, которые ею вызваны в пораженных тканях.

Предположив, что возбудители инфекции первоначально проникли в просветы вен в области прикрепления последа, мы дальнейшее распространение инфекции можем представить себе идущим в двух на-

правлениях: во-первых, при размягчении тромба гнездящиеся в нем микробы освобождаются и поступают в общее кровяное ложе, вызывая бактериэмию; во-вторых, в месте образования тромба возникает воспалительный процесс стенки кровеносного сосуда, причем этот процесс начинает распространяться по внутренней поверхности сосуда и носит название тромбофлебита.

По мнению Fromme, при размягчении тромба существует две возможности распространения инфекции по кровеносной системе. При первой, называемой им чистым сепсисом или бактериэмией, большие количества микробов циркулируют в крови, попадая сюда из распадающегося тромба или будучи внесены непосредственно в просвет сосуда при каком-либо ранении; при второй возможности, называемой им пиэмией, не происходит проникновения свободных микробов в кровяное ложе, а они, даже во время потрясающего зноба, всегда заключены в частях распавшегося тромба и вместе с ними разносятся кровяным током в различные участки больного организма.

Не отрицая возможности существования двух названных форм, нам кажется более вероятным, что при размягчении и распаде тромба в кровяное ложе одновременно попадают и кусочки тромба, и свободные микроорганизмы, поэтому предложенную Fromme терминологию *sepsis* и *pyaemia* мы считаем для клинических целей не пригодной.

Микроорганизмы, периодически наводняющие собою кровяное ложе, разносятся кровью по всему организму и легко могут дать метастатическое образование множественных абсцессов в любом из внутренних органов, как почки, печень, легкие, или же вызвать воспаление эндокардия, суставов и мозговых оболочек. По наблюдениям Lenhartz'a, гнойные метастазы особенно часто образуются при стафилококковой инфекции, именно они здесь наблюдаются в 95% всех случаев, в то время как стрептококковая инфекция дает метастазы только в 35% случаев.

Если в кровяной ток попадает значительный обрывок тромба, то, минуя правое сердце, он легче всего задерживается в разветвлениях легочных артерий и вызывает здесь образование инфаркта; сопровождается это внезапно появляющейся одышкой, приступом кашля, резкой болью в груди при вздохе и кровавой мокротой; в дальнейшем развивается легочный абсцесс или гнойный плеврит.

Что касается осложнений со стороны сердца, то, по мнению Fromme, метастатический эндокардит наблюдается при бактериэмии приблизительно в 20%, причем нередко он оказывается единственным ее осложнением; по данным Lenhartz'a, левое сердце поражается значительно чаще, именно, в 87% всех случаев метастатического эндокардита, в то время как правое поражается только в 13%; патолого-анатомические изменения при этом состоят в следующем: или на клапанах образуются нежные тонкие налеты, или же, наоборот, здесь образуются толстые, похожие на тромбы отложения; мышца сердца тоже страдает под влиянием токсинов, причем происходит перерождение отдельных волокон или в толще мышцы образуются точечные гнойнички; при исследовании сердца размеры его обычно увеличены в поперечном направлении, а при выслушивании нередко определяется или нежный, или более жесткий шум.

Селезенка и печень обычно увеличены и размягчены; в почках всегда имеются более или менее значительные воспалительные изме-

нения, причем в случаях стафилококковой бактериэмии почти всегда имеются точечные абсцессы в паренхиме, при стрептококковой инфекции они наблюдаются значительно реже.

По данным Littens'a, почти в 33% всех случаев бактериэмии наблюдаются кровоизлияния в сетчатку глаз, а нередко также получается осложнение в виде односторонней или двухсторонней панофтальмии.

Кроме того могут встретиться случаи воспаления мозговых оболочек с переходом инфекции на вещество мозга, что вызывает различного рода параличи.

Сравнительно нередко приходится наблюдать метастатическое заболевание того или другого сустава, причем сустав припухает, и внутри его образуется серозный или гнойный выпот.

Наконец, Lenhartz описывает при бактериэмии изменения в коже, состоящие или в виде мелких, точечных кровоизлияний, или в виде пятен различной величины, образующихся благодаря слиянию отдельных кровоизлияний; в дальнейшем нередко наблюдается образование множества мелких пустул с гнойным содержимым, или образуются довольно крупные пузыри, наполненные мутной жидкостью и содержащие чистую культуру возбудителя инфекции; окраска кожи часто имеет желтый оттенок.

При исследовании мочи обычно определяется белок, гиалиновые цилиндры, а также и другие элементы, указывающие на более глубокое поражение почек; нередко из мочи удается выделить возбудителя инфекции в чистой культуре.

Исследование крови при бактериэмии дает весьма ценные данные. Во-первых, при бактериэмии нередко удается выделить из крови возбудителя инфекции в чистой культуре и, таким образом, выяснить причину болезни; весьма важно бывает обратить внимание на количество колоний, вырастающих на пластинке агара из всего количества полученной крови; Громпе придает этому обстоятельству большое прогностическое значение, так как, по его мнению, существует прямой параллелизм между количеством полученных колоний и тяжестью заболевания; особенную ценность этот признак приобретает при повторном исследовании крови и при сопоставлении получаемых результатов.

Во-вторых, несомненный интерес имеют и те изменения, которые происходят в состоянии, как морфологических элементов крови, так и физико-химических ее свойств, так как они дают нам возможность до известной степени судить о способности организма к самозащите

Наиболее характерные изменения в крови при бактериэмии состоят в следующем: со стороны эритроцитов наблюдается резкое их уменьшение, причем количество их может падать до 500.000 и даже ниже, зависит это от способности данного микроба вырабатывать токсин, называемый гемолизин и обладающий способностью разрушать красные кровяные шарики; благодаря гемолизу, кровь приобретает лаковый вид, и развивается, так называемая, гемоглобинемия; красящее вещество крови отлагается в коже, придавая ей упомянутый уже желтоватый оттенок; выделяясь же через почки, гемоглобин придает характерный буроватый цвет моче, что носит название гемоглобинурии; кроме того наблюдаются изменения в характере эритроцитов, и среди нормальных экземпляров встречаются полихроматофилы, микро- и макроциты, пойкилоциты и нормобласты. Количество гемоглобина

понижено в значительной степени, нередко до 15% и ниже; соответственно этому понижен и показатель окраски. Со стороны кровяных шариков чаще приходится наблюдать только незначительный лейкоцитоз или даже лейкопению, но встречаются и исключения, где лейкоцитоз достигает 50.000 и даже больше. Лейкоцитарная формула не представляет чего-либо характерного для бактериэмии, именно, главное число лейкоцитов приходится на нейтрофилов, число лимфоцитов уменьшено, эозинофилы и базофилы могут совсем отсутствовать; таким образом, получается картина, которую мы наблюдаем при всякой тяжелой инфекции гноеродными микробами; тоже приходится сказать и о нейтрофильной картине Арнета, и о физико-химических свойствах крови.

Однако, наиболее характерным признаком для бактериэмии является кривая температуры и пульса; она настолько своеобразна, что сама по себе уже позволяет поставить диагноз; отличительной особенностью этой кривой, во-первых, являются быстрые крутые под'емы, достигающие 40 градусов и выше; эти скачки температуры сопровождаются потрясающим ознобом, который длится один или два часа, после чего появляется обильный пот, и температура падает быстро, нередко достигая нормы; иногда за одни сутки может быть два или три таких под'ема температуры, в другом же случае они появляются с промежутками в несколько суток; эти под'емы температуры зависят от поступления в кровь новых порций микробов и совпадают с распадом одного из имеющих тромбов. Со стороны пульса отмечаются тоже резкие колебания кривой, причем наибольшие под'емы совпадают с наивысшей температурой, но известное учащение пульса обыкновенно наблюдается уже за некоторое время до повышения температуры и поэтому может служить до известной степени предвестником.

Перейдем теперь ко второму пути, которым инфекция может распространяться, попав первоначально в закрытые кровяными сгустками просветы вен в области, соответствующей месту прикрепления последа; как уже было сказано, здесь может возникнуть воспалительный процесс стенки кровеносного сосуда, причем воспаление может распространяться по внутренней поверхности сосуда и носит тогда название тромбоза.

Сущность процесса состоит в том, что на внутренней поверхности вены образуется пристеночный продолженный или последовательный тромб; возникновению тромба способствует здесь не только заболевание внутренней оболочки сосуда, но и замедление или полная остановка кровяного тока в застывающих сосудах послеродовой матки; до тех пор, пока тромб остается пристеночным, кровообращение страдает мало, но с того момента, когда он захватывает весь просвет сосуда и становится закупоривающим, свободный отток крови из периферического отдела закупоренной вены прекращается, и получается отек тканей соответствующего участка. Так как, развивающиеся таким образом тромбы заключают в себе возбудителей инфекции, то они в свою очередь могут размягчаться и распадаться; если же микробы, находящиеся в таком тромбе, погибают, и тромб становится асептическим, то дальнейшая его судьба может быть двойкая; или происходит васкуляризация тромба, и таким образом, восстанавливается проходимость сосуда, или же тромб постепенно прорастает соединительной

тканью, сморщивается и прочно закрывает просвет сосуда; в последнем случае кровообращение все же может до известной степени восстановиться за счет коллатеральных венозных веточек. Однако, и в тех случаях, когда тромб стал асептическим, он не утратил своей опасности, так как в течение еще долгого времени сохраняется возможность отделения кусочков тромба и попадания их в кровяное ложе; если такой обрывок тромба закупоривает какой-нибудь важный для жизни сосуд, например, крупную ветвь легочной артерии, венечную артерию сердца или какую-либо из артериальных веточек, питающих важные нервные центры, то может наступить внезапная смерть в течение нескольких минут без всяких предвестников.

Возникая в стенке матки, близко к ее внутренней поверхности, эти тромбы постепенно распространяются на всю толщу мышечной



Рис. 58. Венозные сплетения тазовой области.
(Из diagn. жен. бол. G. Winter'a).

стенки матки, и образуется так называемый метрофлебит. Естественно, что стенка матки так или иначе будет реагировать на совершающийся в ее сосудах процесс, и сперва в непосредственной их близости, а затем и в более отдаленных участках маточной стенки возникает воспалительная гиперэмия, сопровождающаяся серозным пропитыванием и мелкоклеточной инфильтрацией; благодаря этому матка увеличивается в объеме, становится мягкой и чувствительной; находящиеся в толще мышечной стенки тромбы могут размягчаться, разрушая стенку сосуда, и таким образом на месте их образуются одиночные или множественные абсцессы.

Постепенно тромбофлебит распространяется за пределы матки на венозные сплетения, заложенные в широких маточных связках; а так как эти связки прикрепляются вдоль боковых ребер матки, то при исследовании здесь прежде всего и определяется чувствительность.

Перейдя на ту или другую широкую связку, процесс распространяется на венозное сплетение, носящее название *plexus uterovaginalis*, которое заложено между пластинками брюшины; отсюда он

идет далее по маточным венам в *vena hypogastrica* и далее в *vena iliaca communis*. Но надо иметь в виду, что область таза чрезвычайно богата венами, и здесь кроме названного сплетения имеется еще целый ряд других, как *plexus vesicovaginalis*, *puddendalis*, *puddendolabialis*, *haemorrhoidalis* и *rampiniformis*, при чем все венозные сплетения таза тесно между собою переплетаются и не имеют клапанов.

Из сказанного ясно, что воспалительный процесс с одного из сплетений легко распространяется на соседние и так далее, причем тромбоз идет по направлению тока крови по маточным венам в *vena hypogastrica* и *vena iliaca communis*, или из *plexus uterovaginalis* в *plexus rampiniformis* и отсюда в *vena spermatica*.



Рис. 59. Схема распространения тромбофлебита.
(Из руководства по акушерству Витт'а).

- a—Vena spermatica.
- b—Vena hypogastrica.
- c—Vena iliaca externa.

Однако, нередко приходится видеть, что тромбоз, достигший *vena iliaca communis*, отсюда идет по направлению обратному току крови, и переходит на *vena iliaca externa*, *vena femoralis* и *vena saphena*.

Коль скоро будет затруднен отток крови по *vena iliaca communis*, *iliaca externa* или *femoralis*, получается отек соответствующей ноги.

В тех случаях, где тромбофлебит распространился на *vena femoralis* или *saphena*, там по ходу названных сосудов определяется краснота, припухлость, болезненность при ощупывании и уплотнение самого сосуда.

В прежнее время кроме инфекционного тромбофлебита допускали существование асептического прогрессирующего тромбоза, однако, в настоящее время большинство признает только тромбоз, возникший как следствие инфекции.

Клиническая картина тазового тромбофлебита сама по себе мало характерна. О. Herff так описывает начало и дальнейшее течение этого заболевания: „соответственно медленному в большинстве случаев развитию воспалительного процесса в венах первые клинические проявления его очень не ясны и не однообразны. В значительной мере они поглощаются явлениями существующего уже эндометрита. Иногда появляются очень незначительные повышения температуры. Заподозрить метрофлебит можно только тогда, как при частых потрясаящих ознобах не удастся определить где-нибудь воспалительного фокуса; распознавание становится легче, когда тромбоз распространяется на крупные сосуды таза, и когда в клетчатке удастся прощупать плотноватые, болезненные, круглые тяжи, переплетающиеся или напоминаю-

щие дождевого червя. Эти тяжи удается иногда определить вдоль бокового ребра матки, в области *lig. cardinale*, на боковой стенке таза у безымянной линии или, наконец, на внутренней поверхности бедра".

Fromme так рисует картину тромбофлебита: в течение первой недели наблюдается более или менее продолжительное повышение температуры, которое вызвано эндометритом; затем температура может быть нормальной от нескольких дней до двух недель, или же она дает только незначительные повышения, до тех пор, пока внезапно появляется озноб с подъемом температуры до 40 градусов и выше; этот озноб совпадает с распадом тромба и попаданием в кровяное ложе содержащихся в нем микроорганизмов.

Из приведенных определений мы видим, что поставить правильное распознавание тромбофлебита не всегда легко, тем более что данные объективного исследования часто не дают никаких точек опоры; в этих случаях повторяющиеся ознобы дают нам главным образом право предположить наличие тромбофлебита, так как по существу являясь симптомом бактериэмии, они обычно зависят от размягчения тромба.

Гораздо проще диагноз устанавливается в тех случаях, где процесс распространился на *vena femoralis* или *vena saphena*, так как при этих условиях можно непосредственно определить воспалительные изменения в соответственном сосуде.

Далее, некоторым подспорьем для распознавания является отек одной из нижних конечностей. Разумеется, ставить диагноз на основании одного этого признака нельзя, так как существует ряд других причин, могущих дать ту же картину. Не говоря уж об отеках нижних конечностей, зависящих от заболевания сердца или почек, где отек распространяется обязательно на обе ноги, приходится наблюдать случаи, при которых он ограничивается только одной из нижних конечностей и зависит все же не от тромбофлебита.

Чаще всего при дифференциальной диагностике в таких случаях приходится считаться с процессом, который носит название *phlegmasia alba dolens*. Первоначально под этим именем понимали флегмону тазовой клетчатки, распространяющуюся по ходу сосудов и на бедро; позднее многие, например, Wittm, отождествляли диагноз *phlegmasia alba dolens* с тромбофлебитом тазовых вен; поэтому в настоящее время во избежание недоразумений Fehling, Olshausen и другие предлагают совершенно упразднить этот термин, как не имеющий патолого-анатомического основания, и строго различать случаи отека нижних конечностей в зависимости от анатомической сущности процесса.

Оказывается, что кроме тромбоза тазовых вен ту же картину может дать воспаление тазовой клетчатки, так как в ней заложены крупные венозные стволы, которые легко могут сдавливаться инфильтратом, без того чтобы образовалась закупорка сосуда. Поставить правильный диагноз в начале заболевания не всегда легко, и нам в этом отношении главным образом, помогают данные объективного исследования, так как при воспалении клетчатки изменения в ней дают целый ряд характерных признаков, которых нет при тромбофлебите. Кроме того можно до известной степени воспользоваться характером температурной и пульсовой кривой и изменениями в крови. Различие температурной и пульсовой кривой состоит в том, что при воспалении клетчатки она сперва имеет постоянный тип, а позднее, при

образовании гнойника, становится ремиттирующей, при чем пульс соответствует температуре; при тромбофлебите, который почти, без исключения, протекает в сочетании с бактериэмией, температура имеет неправильно интермиттирующий тип, и пульс чаще, чем он должен быть при данной температуре. Что касается крови, то при тромбофлебите почти обязательно удается найти в ней микробов, в то время как при воспалении клетчатки это составляет исключение; наконец, при тромбофлебите лейкоцитоз наблюдается не всегда, при воспалении клетчатки он, наоборот, обязателен.

Заканчивая этим характеристику обоих способов распространения инфекции по венам, приходится обратить внимание на то обстоятельство, что обычно оба процесса идут совместно, т. е. имеется одновременно и бактериэмия и тромбофлебит.

Сопоставляя те данные, которые мы получили при исследовании нашей больной, с теми, которые характеризуют собою тромбофлебит в сочетании с бактериэмией, мы видим, что они во многом совпадают. Именно, за наличность бактериэмии в нашем случае говорят следующие признаки: во-первых, в крови обнаружено присутствие микробов в виде стрептококка; во-вторых, кривая температуры имеет интермиттирующий тип с высокими подъемами и ознобами, при чем пульс резко учащен и не соответствует температуре; в-третьих, в крови имеются изменения в виде резкого уменьшения числа эритроцитов, понижения процентного содержания гемоглобина и незначительного лейкоцитоза. За наличность тромбофлебита здесь говорит прежде всего отек левой ноги, при чем изменения в клетчатке таза настолько незначительны, что исключают возможность сдавления крупных вен посредством инфильтрата.

Допуская здесь, следовательно, тромбофлебит, мы должны еще точно установить его локализацию.

В виду отсутствия воспалительных изменений в венах ноги ниже Пупартовой связки, мы должны признать, что закупорка сосуда находится выше, в области таза; с другой стороны, наличность отека нижней конечности говорит за то, что тромбоз распространился за пределы венозных сплетений, расположенных в толще широких маточных связок, и перешел на крупные сосуды, собирающие кровь из нижних конечностей; здесь, следовательно, может идти речь о тромбозе *vena iliaca externa* или *vena iliaca communis*, при чем вероятнее допустить закупорку первой из названных вен, так как при образовании тромба в *vena iliaca communis* мы должны бы были иметь отек соответствующей стороны наружных половых органов и кожных покровов над лобком.

Итак, наш окончательный диагноз в данном случае может быть формулирован следующим образом:

„*Bacteraemia streptococcica et trombophlebitis venae iliacaе externae sinistrae*“.

Для того, чтобы иметь полную картину инфекционного воспалительного заболевания, которая нам необходима для установки предсказания и выбора способа лечения, мы должны определить последний фактор, входящий в эту картину, именно, должны дать точную оценку сопротивляемости организма нашей больной.

Начнем с анализа тех данных, которые нами получены при повторном исследовании крови.

При первом бактериологическом исследовании крови нами был получен в чистой культуре *streptococcus haemolyticus longus*, дающий обильный рост на пластинке из агара с кровью; таким образом возбудителем инфекции здесь являлся наиболее вирулентный представитель группы стрептококков, и, несмотря на это, определить его в крови при двух последующих исследованиях не удалось; это может служить нам до известной степени указанием, что защитительная способность данного организма достаточна, чтобы уничтожить попадающего в кровь микроба.

Перейдем теперь к анализу тех изменений, которые имеются здесь в морфологическом составе крови и в физико-химических ее свойствах.

Как мы видим, общее количество эритроцитов резко понижено, равняясь при первом исследовании 2.400.000; столь значительное уменьшение числа эритроцитов само по себе, конечно является неблагоприятным признаком, но оно приобретает прогностическую ценность только в связи с данными повторных исследований и с определением характера отдельных эритроцитов. При повторном исследовании, произведенном через два дня, число эритроцитов пало до 2.300.000, однако, при третьем исследовании, произведенном через пять дней после второго, оказалось увеличение числа эритроцитов до 2.500.000, т. е. оно стало даже несколько больше, чем при первом исследовании, и таким образом является признаком благоприятным.

Что касается характера эритроцитов в данном случае, то встречающиеся здесь полихроматофилы, микро- и макроциты, пойкилоциты и нормобласты говорят скорее за усиленную регенерацию, чем за дегенерацию эритроцитов.

Значительное уменьшение процентного содержания гемоглобина до 36%, понижение показателя окраски до 0,75 и резистентности эритроцитов до 0,56 говорит за тяжелую интоксикацию, вызывающую глубокие изменения в крови, которые зависят от усиленного распада эритроцитов. Одним из доказательств усиленного распада красных кровяных шариков или гемолиза является здесь желтоватая окраска кожи и склер, что характерно для гемолитической желтухи или гемолитической анемии. В данном случае усиленное растворение эритроцитов вызвано гемолитической способностью найденного в крови стрептококка, при чем эта способность его была обнаружена на пластинках агара, смешанного с кровью, так как вокруг колоний имелись светлые кружки. Вопрос, насколько мы можем для предсказания воспользоваться изменением резистентности эритроцитов, еще не может считаться достаточно решенным, так как, по наблюдениям одних, при тяжелых септических заболеваниях, на ряду с значительным уменьшением количества гемоглобина и числа эритроцитов, обнаруживается повышение стойкости последних также, как при злокачественных новообразованиях; по наблюдениям других, наоборот, при гемолитической желтухе и анемии обнаруживается значительное понижение резистентности.

Сопоставляя результаты повторных исследований, мы все же, в конце концов, видим некоторое увеличение процентного содержания гемоглобина, повышение показателя окраски и резистентности эритроцитов, и поэтому имеем некоторое право рассчитывать, что организму удастся победить инфекцию.

Оценивая данные, которые мы здесь получили при определении количества лейкоцитов и взаимоотношения отдельных их форм, мы, во-первых, видим, что общий лейкоцитоз увеличен мало, всего до 9200; во-вторых, оказывается, что главная масса лейкоцитов состоит из нейтрофилов, представляющих собою 80% общего числа, в то время как эозинофилы совершенно исчезли, а число лимфоцитов тоже понижено; в-третьих, наконец, среди нейтрофилов одноядерные формы увеличены в количестве в четыре раза, достигая 32%, в то время как пятиядерные совершенно отсутствуют, а число четырехядерных уменьшено значительно, другими словами, нейтрофильная картина Арнета смещена влево.

Останавливая наше внимание только на количестве лейкоцитов, мы могли бы отсутствие лейкоцитоза трактовать скорее всего, как признак благоприятный; но если мы примем в соображение исчезновение эозинофилов, уменьшение числа лимфоцитов, смещение картины Арнета влево и целый ряд других симптомов болезни, как например, учащение пульса, ознобы и т. д., то мы должны будем рассматривать здесь отсутствие лейкоцитоза скорее как проявление слабости организма. Однако, сопоставляя результаты повторных исследований, мы видим, что третье исследование обнаруживает улучшение лейкоцитарной формулы, так как эозинофилы вновь появляются, а число лимфоцитов становится несколько больше, и кроме того замечается довольно значительное уменьшение одноядерных нейтрофилов, появление пятиядерных форм и увеличение числа четырехядерных форм. Все эти данные говорят за повышение сопротивляемости организма и таким образом улучшают предсказание.

Изменения физико-химических свойств крови в нашем случае, как уменьшение сухого остатка до 14%, понижение удельного веса до 1038 и коэффициента вязкости до 3,2, замедление свертываемости крови до 10 минут и понижение щелочности до 418, все это говорит за тяжелую интоксикацию организма, но то обстоятельство, что последнее исследование крови и в этом отношении дало по сравнению с предшествующими лучшие результаты, дает нам надежду на благополучный исход.

Весьма существенный интерес в данном случае представляет температурная кривая, так как тоже служит выразителем степени реакции организма на инфекцию. Здесь особый интерес представляют резкие скачки температуры, сопровождающиеся ознобами и потами, так как они говорят нам за поступление новых порций микробов в кровяное ложе, и поэтому понятно, что напряжение сил организма в борьбе с инфекцией будет тем больше, а следовательно, предсказание будет тем хуже, чем подъемы температуры чаще и чем общее количество их больше. Удлинение промежутков между отдельными подъемами температуры увеличивает надежду на то, что нового скачка температуры не будет, но уверенность в этом может явиться только после того, как исчезнут все признаки, указывающие на наличие инфекции, из которых в настоящее время особый интерес приобретает скорость оседания эритроцитов.

В нашем случае за последние пять дней резких повышений температуры не было, в то время как прежде наибольшие промежутки между ними равнялись одним суткам, поэтому в связи с улучшением состава крови и с замедлением скорости оседания эритроцитов

с 18 минут на 26 минут, мы имеем некоторое основание надеяться, что инфекция затихает.

Кривая пульса в связи с изменением его характера, а также другие явления со стороны сердца говорят здесь только за тяжелое отравление сердечной мышцы, в то время как указаний на метастатический эндокардит нет, так как пульс хотя и был значительно учащен, достигая во время ознобов 148 ударов в минуту, но он оставался ровным, и наполнение его было удовлетворительно; при исследовании сердца определялось только расширение границ в поперечном размере и глуховатый характер тона, в то время как шумов не было; кровяное давление держалось в пределах нормы, так как $РМа = 118$; $РМі = 90$ и $РА = 28$.

Что касается состояния легких, почек, печени и селезенки, то мы можем только отметить некоторое увеличение печени и селезенки, что обязательно при всякой гноеродной инфекции, и наличие небольшого количества белка в моче, что говорит за изменения в почках, наблюдающиеся при самых разнообразных интоксикациях.

Заканчивая этим анализ всех проявлений реакции организма нашей больной на инфекцию, мы можем признать, что как-будто начинается обнаруживаться перевес в борьбе между инфекцией и силами организма в пользу последнего; но для того, чтобы наше предсказание было наиболее обоснованным, следует и в этом случае сопоставить между собою те три фактора, из которых слагается данное заболевание, именно биологические особенности возбудителя инфекции, способ его локализации в организме и защитительную способность последнего.

Заменяя в формуле Sachs'a букву „К“, обозначающую биологические особенности возбудителя инфекции или его вирулентность, цифрой „3“, т. е. величиной наиболее благоприятной для данного микроба; далее, заменяя букву „L“, обозначающую локализацию процесса, цифрой „1“, т. е. величиной наименее благоприятной для больного организма; и, наконец, заменяя букву „W“, обозначающую сопротивляемость организма, цифрой „2“, т. е. величиною эквивалентной средней степени сопротивляемости, мы получим следующее цифровое выражение предсказания:

$$P = \frac{L \times W}{K} = \frac{1 \times 2}{3} = 2/3$$

другими словами, предсказание будет весьма неблагоприятно, но лучше, чем в предыдущем случае, где оно равнялось $1/2$.

В дальнейшем нам остается только обсудить те методы лечения, которые применяются при бактериэмии и тромбозе, и выбрать из них наиболее подходящий для нашего случая.

Перечисляя способы лечения бактериэмии, прежде всего, конечно, приходится остановиться на применении лечебной сыворотки. Здесь можно повторить только то же самое, что было сказано нами по поводу этого лечебного метода в предыдущем случае, именно, что получаемые при нем результаты не удовлетворительны, что пользоваться следует по возможности специфической сывороткой, что количества сыворотки должны быть небольшие, и что при повторных впрыскиваниях надо соблюдать осторожность во избежание анафилактики, т. е. последующее впрыскивание должно быть произведено не более, чем через неделю после предыдущего.

Гораздо более надежные результаты в подобных случаях можно ожидать от подкожного впрыскивания *electrargol'a*, начиная с дозы в 50 к. с. и продолжая впрыскивания ежедневно в количестве 10 к. с.

Относительно применения различных других химических веществ, обладающих бактерицидными свойствами, мы сошлемся на наши рассуждения по поводу предыдущего случая, где мы признали все эти средства пока или ненадежными, или небезразличными для больной.

Из других мероприятий, применяющихся при бактериэмии, вполне показанным должно быть систематическое подкожное вливание физиологического раствора с прибавлением адреналина в количестве 10 капель 1% раствора на литр жидкости.

Далее уместным будет назначение различных средств, улучшающих работу сердца, как кофеин, дигален, камфора и т. д.

Для поддержания сил организма должно быть обращено особое внимание на хорошее питание больной; а в хронических случаях, где организм очень истощен, нам неоднократно давало очень хорошие результаты систематическое впрыскивание под кожу раствора лецитина; мы пользовались для этой цели всегда лецитином фирмы *Clip*, назначая его два или три раза в день по 1 к. с.; надо только помнить, что перед впрыскиванием и ампула с лецитином и шприц должны быть подогреты, иначе впрыскивание очень затруднительно и болезненно, так как при обычной температуре этот препарат представляет собою густой сироп. Не имея в виду приписывать лецитину какое-нибудь специфическое влияние, я все же не могу не упомянуть о наблюдениях *Frohmе*, которые показали, что патогенный стрептококк переносит прибавление лецитина к питательным средам гораздо хуже, чем стрептококк непатогенный. Кроме того известное теоретическое обоснование назначению лецитина в этих случаях мы можем найти в имеющихся наблюдениях, которые приписывают продуктам надпочечника и желтого тела яичника, другими словами, липоидам, к которым относится и лецитин, способность связывать и нейтрализовать циркулирующие в крови яды.

В тяжелых случаях бактериэмии, где в кровь поступают все новые и новые порции микробов из распадающихся тромбов, предлагается произвести иссечение или перевязку больного участка вены, чтобы таким путем исключить его из общего круга кровообращения и помешать дальнейшему поступлению микробов в кровяное ложе.

Впервые это предложение было высказано *Sippel'ем* в 1894 г. и нашло себе дальнейшую разработку в лице *Trendelenburg'a*, *Lenhartz'a* и *Wimm'a*. Последнее время на основании накопившегося опыта, пришли к заключению, что нет надобности резецировать больной участок сосуда, а достаточно наложить лигатуры у обоих полюсов тромба. В случае надобности могут быть перевязаны не только сравнительно мелкие тазовые вены, как, например, *vena uterina*, но и крупные, как *vena spermatica* и *vena hypogastrica*, а *Häckel* перевязывал даже обе *venae hypogastricae* и одну из *vena iliaca communis* без того, чтобы иметь какие-либо тяжелые последствия.

Frohmе приводит из литературы 51 случай, при чем выздоровление было достигнуто в 37,3%, летальный же исход равнялся 62,7%.

Консервативный же метод лечения, которым прежде приходилось исключительно пользоваться, по даваемым им результатам оценивается различными авторами не одинаково; так например, *Olshausen*

приводит 73 случая бактериэмии, где выздоровление имело место 43 раза, т. е. в 61%, а смертность была равна 39%; Winckel же считает смертность от бактериэмии, которую он называет послеродовой пиемией, очень высокой, равной 95%, а Витт на своем материале получил выздоровление при этом заболевании в 17%, смертность же равнялась 83%.

Fromme приписывает получаемые сейчас неудовлетворительные результаты от оперативного лечения бактериэмии, вызванной тромбозом, несовершенством оперативной техники, которая, по его мнению, должна вырабатываться по мере накопления опыта. Он советует для отыскания тромба пользоваться срединным разрезом передней брюшной стенки, т. е. оперировать трансперитонеально, так как при таком способе операционное поле доступнее осмотру глазом.

При лечении собственно тромбоза наши мероприятия сводятся прежде всего к тому, чтобы дать больной абсолютный покой: больная укладывается в постели на спину и ей запрещается всякое движение; если имеется отек нижних конечностей, то больная нога несколько приподымается, вытягивается и укладывается неподвижно на подушке. В области живота на соответствующую сторону кладут мешок со льдом; в тех случаях, где тромбоз распространяется на вены нижней конечности, именно на *vena femoralis* или *vena saphena*, и где можно непосредственно определить утолщение сосуда, припухание и красноту окружающих тканей и болезненность, там уместно назначение спиртового согревающего компресса на соответственный участок ноги; а в случае образования гнойника, он должен быть вскрыт.

Надо иметь в виду, что в случае благоприятного исхода выздоровление идет крайне медленно; нередко, после того, как острый период миновал, еще неделями, а иногда месяцами наблюдается постоянное небольшое повышение температуры до тридцати семи с десятными градусами, при чем непосредственно перед месячными температура иногда становится выше. Естественно, что до тех пор, пока есть повышение температуры, в тромбах содержатся микробы, и поэтому больная должна соблюдать строгий покой, чтобы не вызвать обострения процесса. Однако, и после того, как температура станет совершенно нормальной, больную еще долго удерживают в постели из опасения эмболии вследствие отрыва кусочка тромба; обычно принято выдерживать больную в постели в течение шести недель после того, как все острые явления болезни исчезли и температура стала нормальной. С этими же данными мы считаемся при переходе к рассасывающему лечению. Начинаем мы его тем, что заменяем пузырь со льдом согревающим компрессом; а затем переходим к назначению ихтиола или тигенола в виде суппозиторий или влагалищных шариков и тампонов.

Наиболее тягостным для больных осложнением является остающийся отек одной или обеих нижних конечностей; это мешает больной свободно ходить и надолго делает ее инвалидом. Бороться с отеками приходится посредством ванн простых, соленых или грязевых и при помощи массажа, который следует начинать очень осторожно.

Не так редко приходится видеть случай, где правильное кровообращение вполне не восстанавливается, и где остается на всю жизнь расширение вен и склонность к отекам при всяком утомлении, длительном стоянии и т. д.

Переходя к лечению нашей больной, мы, во-первых, должны стремиться уничтожить или ослабить инфекцию, во-вторых, должны поднять сопротивляемость организма и, наконец, в-третьих, должны создать обстановку, необходимую при тромбофлебите.

Для достижения первого нами было назначено больной со дня ее поступления в клинику подкожное впрыскивание электраргола, при чем первый раз было впрыснуто 40 к. с. за сутки в два приема; следующие шесть дней впрыскивалось ежедневно по 10 к. с., а последнее время впрыскивания в той же дозе производятся через день. Как видно, результаты в данном случае от применения этого препарата получились хорошие, так как на одиннадцатый день пребывания больной в клинике температура утром понизилась до $37,2^{\circ}$ при одновременном замедлении пульса до 88 ударов в минуту; кроме того изменения в крови тоже пошли на убыль.

Для поднятия сопротивляемости организма было назначено впрыскивание под кожу лецитина Clin утром и вечером по 1 к. с., а для улучшения сердечной деятельности был назначен кофеин.

Наконец, считаясь с наличием тромбофлебита, больной был предписан абсолютный покой, а левая нога была уложена неподвижно в вытянутом и несколько приподнятом положении; на низ живота слева положен пузырь со льдом.

Намеченный план лечения мы имеем в виду продолжать до тех пор, пока не исчезнут все признаки, указывающие на присутствие микробов в организме, после этого можно будет перейти осторожно к рассасывающему лечению.

III. Заболевания женских половых органов, вызванные гонококком.

Около 25% всех гинекологических заболеваний по современным статистическим данным являются результатом гоноррейной инфекции. Возбудителем ее служит микроорганизм, открытый Neisser'ом в 1879 году и представляющий собою диплококка, который носит название „Gonococcus“.

Прежде чем представить ряд больных, иллюстрирующих собою разнообразные клинические картины гонорреи, необходимо остановиться на некоторых морфологических и биологических особенностях гонококка, чтобы иметь возможность установить правильное распознавание и уяснить себе проявления его жизнедеятельности в тканях инфицированного организма.

На окрашенном препарате под микроскопом гонококк располагается не в виде цепочек, а группами, состоящими из отдельных пар кокков, обращенных друг к другу более широким, несколько вогнутым основанием. Группировка отдельных пар зависит от способа размножения, именно, каждая пара делится на две новые пары по линии, перпендикулярной к длиннику пространства между отдельными кокками.

Обычно эти особенности группировки гонококка настолько хорошо выражены, что его не трудно отличить на препарате от других микроорганизмов и при однородной окраске, однако, в сомнительных случаях лучше воспользоваться способом Грама с дополнительной окраской гонококков 1% водным раствором нейтраль-рога или фуксина. В клинической обстановке исследование следует дополнить получением чистой культуры, которая на пластинке из агара с примесью кровяной сыворотки человека или асцитической жидкости уже через 24 часа при температуре тела получается в виде нежной, напоминающей мелкие капли росы, полоски вдоль сделанного на пластинке штриха.

Из биологических особенностей гонококка надо прежде всего знать, что он является чистым паразитом, и что паразитизм этот односторонний, так как он поражает собою только известные ткани исключительно человеческого организма, и поэтому инфекция гонококком возможна только через непосредственное перенесение ее от одного человека другому. До сих пор все попытки вызвать экспериментальную гоноррею у животных не дали положительных результатов.

Сравнительно редко приходится наблюдать случаи, где передаточной инстанцией для инфекции от одного лица другому служили

какие-либо предметы, например, белье, губка и т. п.; объяснить это, вероятно, приходится тем, что гонококк быстро погибает при высыхании, и вне человеческого организма он мало вынослив к температурным колебаниям, так, например, температура в 60° С убивает его через 30 минут.

Второй весьма важной биологической особенностью гонококка является то, что против гонококковой инфекции нет ни врожденного, ни приобретенного иммунитета. Это подтверждается тем, что нет человека, который был бы гарантирован от инфекции, если гонококк так или иначе внесен на слизистую оболочку, например, половых ор-

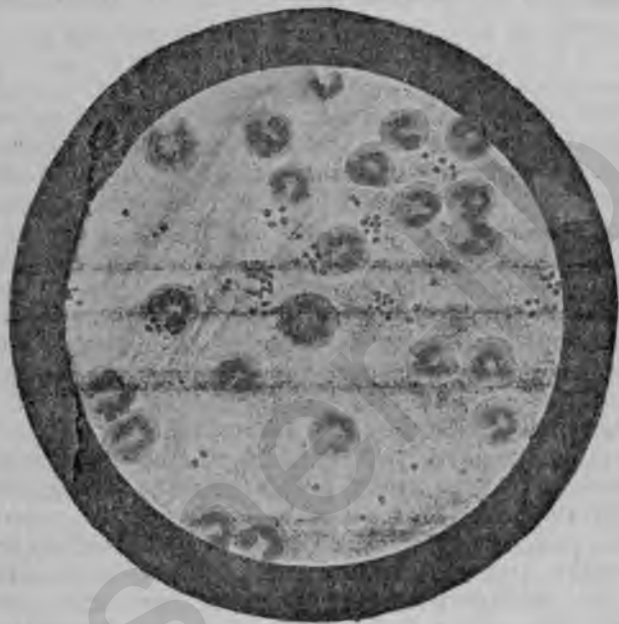


Рис. 60. Гонококк, полученный из выделений цервикального канала.

ганов. Перенесенная раз гоноррейная инфекция тоже не предохраняет от заражения второй, третий и большее число раз; даже хроническое состояние гонорреи при наличии гонококков в выделениях не служит препятствием для возникновения новой острой инфекции. Наконец, последним доказательством отсутствия иммунитета при этой инфекции является отрицательный результат реакции связывания комплекса Bordet-Gengou не только после исчезновения гонококка из тканей зараженного им организма, но даже и в хроническом и остром состоянии гонорреи.

Третьей важной особенностью гонококка является его способность проникать через неповрежденные покровы человеческого организма, резко отличая его от группы гноеродных микробов, например, от стрептококка и стафилококка. Правда, надо иметь в виду, что не все покровные ткани в одинаковой мере проницаемы для гонококка,

так, например, ни кожа, ни слизистая оболочка, покрытая многослойным плоским ороговевающим эпителием, для гонококка непроницаемы, поэтому, попадая на слизистую оболочку влагалища многорожавшей женщины, он не вызывает воспалительной реакции, в то время как та же слизистая оболочка у ребенка или беременной женщины всегда дает соответствующие изменения. Особенно легко реагируют на гонорейную инфекцию слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием.

Так как гонококковая инфекция в громадном большинстве случаев распространяется путем полового общения, то локализуется она прежде всего и преимущественно в тканях половых органов; гораздо реже инфекция поражает слизистую оболочку глаз, попадая сюда или случайно, или во время родов при прохождении головки плода через инфицированные родовые пути матери.

Изменения, которые происходят в тканях под влиянием инфекции гонококком очень характерны и всегда вполне типичны.

Для гонорреи нет инкубационного периода, и гонококк попавши на поверхность слизистой оболочки, сейчас же начинает проявлять свою вирулентность благодаря имеющемуся в теле микроба эндотоксину, но реакция тканей в полной мере успевает проявиться только к концу вторых суток, когда гонококк успел уже проникнуть через покровный эпителий в самую толщу слизистой оболочки.

В ответ на инфекцию в пораженных тканях наступает резкая активная гиперемия, слизистая оболочка становится блестящей, красной и значительно припухшей. Субъективно это сопровождается чувством жжения и зуда. К концу вторых суток, благодаря резко выраженному гемотоксису, к месту инфекции в избытке стекаются белые кровяные шарики, которые выступают через межклеточные пространства на поверхности слизистой оболочки в виде зеленовато-желтого гноя. Белые шарики уносят с собою захваченные ими и заключенные в их телах кучки гонококков, способствуя таким образом механическому очищению тканей от инфекции, но они не в состоянии уничтожить захваченных ими кокков, так как гонококки продолжают размножаться внутри тела белого кровяного шарика, в конце концов вызывая гибель последнего.

Постепенно в течение промежутка времени от нескольких дней до двух или трех недель острый процесс в тканях затихает, а выделения теряют гнойный характер и становятся беловатыми; в этом подостром состоянии в пораженной слизистой оболочке в виде реакции наблюдается метаплазия и гиперплазия ее тканевых элементов, так например, цилиндрический эпителий переходит в плоский многослойный, а сосочковой слой слизистой оболочки и даже кожи дает разращения в виде острых кондилом. Наконец, даже без лечения процесс может закончиться полным выздоровлением, однако, такой благоприятный исход наблюдается сравнительно редко, приблизительно в 10% случаев; гораздо чаще он переходит в затяжную хроническую



Рис. 61. Схема размножения гонококка.

форму, и гонококк очень долго сохраняется в тканях, представляя опасность распространения инфекции или перехода в обострение.

Хроническое состояние гонорреи в свою очередь некоторыми подразделяется на явную и скрытую гоноррею в зависимости от того, удается ли при исследовании выделений обнаружить в них наличие гонококка; скрытая форма гонорреей называется также латентной, но по существу своему она отличается от явной только тем, что процесс локализуется в таких отделах полового тракта, например, в трубах, откуда гной, содержащий гонококка не выделяется наружу.

Однако, и полное исчезновение гонококка из тканей инфицированного организма часто не является синонимом излечения в клиническом смысле, так как в пораженных тканях остаются глубокие изменения в виде развития соединительной ткани, образования сращений и т. д.; эти изменения носят названия пост-гоноррейных и нередко оказываются неустранимыми.

Если мы проследим ход распространения и развития гоноррейной инфекции в половых органах женщины, то мы увидим, что здесь имеются излюбленные места для первоначальной локализации заражения и целый ряд этапов, по которым оно следует в своем дальнейшем распространении.

Чаще всего при половом сношении инфицируются гонококком наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки Бартолиновых желез и цервикальный канал. При наличии острой или подострой гонорреи мужчины особенно при узком влагалищном входе одновременно инфицируются все названные отделы; при хронической же гоноррее мужчины, когда гонококк выделяется вместе с семенной жидкостью из более глубоких отделов мочеиспускательного его канала, или при широком влагалищном входе у многорожавших, инфекция первично ограничивается только цервикальным каналом, и только позднее стекающими во влагалищный вход выделениями, заражается мочеиспускательный канал и выводные отверстия Бартолиновых желез.

Попав в нижние отделы женского полового тракта, гонококк, вызывая характерные изменения в тканях, будет сохраняться до того времени, пока какие-либо благоприятные обстоятельства не дадут ему возможности распространиться выше по поверхности слизистой оболочки.

Таковыми благоприятными моментами обыкновенно являются месячные и роды.

По слизистой оболочке матки и фаллопиевых труб инфекция легко достигает тазовой брюшины, везде на своем пути давая те же типичные изменения в тканях.

Кроме распространения по поверхности гонококки, повидимому, способны проникать и в прилегающую соединительную ткань, однако, по мнению Вumm'a а также Steinschneider'a и Schäffer'a, вводивших с целью эксперимента сильно вирулентные культуры гонококка в подкожную соединительную ткань, гонококки не могут считаться безусловно пиогенными для соединительной ткани, так как они не дают здесь нагноения. Наблюдающееся же иногда нагноение рассматривается как результат смешанной инфекции стафилококком. Этот взгляд, однако, разделяется не всеми, и Menge совершенно не признает смешанной инфекции для гонококка, допуская только вторичную слу-

чайную инфекцию другими микробами при наличии гоноррейного заражения.

Далее, как известно, при гоноррее, возникшей первоначально в половых органах, при благоприятных условиях может произойти генерализация процесса с заболеванием отдаленных участков организма например, синовиальных оболочек суставов. Объяснить себе это можно только, допуская проникновение гонококка в общий круг кровообращения, что впервые было доказано Thayer'ом и Blummer'ом, получившими чистую культуру гонококка из крови, а затем было подтверждено и многими другими.

Однако, при том значительном проценте, который представляет гоноррея среди других гинекологических заболеваний, общую инфек-



Рис. 62. Схема распространения гонорреи в женских половых органах.
(Из руков. по женск. болезн. Menge и Opitz).

цию гонококком приходится наблюдать сравнительно редко, и мы должны признать гоноррею преимущественно местным заболеванием.

Это обстоятельство тем не менее не исключает при гоноррее наличия определенных изменений в крови.

В то время как накопление антител при этой инфекции в крови ничтожно, что подтверждается отрицательным результатом реакции Bordet-Gengou, изменения отношения отдельных видов форменных элементов крови друг у друга вполне типично.

Во-первых, здесь следует отметить, что, по мнению большинства исследователей, общий лейкоцитоз при гоноррейных заболеваниях, в сравнении с другими воспалительными процессами, остается или в пределах нормы, или только немного превышает ее.

Во-вторых, при гоноррее отмечено Lange, Теревинской и некоторыми другими повышение количества лимфоцитов, которое достигает

довольно значительных цифр, например 45% и даже 49%, в то время как при нормальных условиях оно равняется 20%—35%.

В-третьих, некоторые исследователи считают при гоноррее обычным явлением увеличение количества эозинофилов до 10% и выше, в то время как при нормальных условиях оно равняется 4% или 5% самое большее; однако, это наблюдение пока не получило общего признания.

Заканчивая этим краткий обзор характерных особенностей гонококка и тех изменений, которые он вызывает в тканях инфицированного субъекта, перейдем к описанию клинической картины гонорреи, иллюстрируя ее отдельными историями болезни. В виду чрезвычайного разнообразия проявления гонорреи, мы вынуждены ограничиться только наиболее типичными формами, которые чаще встречаются в жизни.

I. Urethritis, vulvitis et endocervicitis.

История болезни первой больной такая:

Больная М. К. 21 года, замужняя, занимается домашним хозяйством; уроженка Ленинграда, русская.

В клинику она поступила четыре дня тому назад с жалобами на боли при мочеиспускании и на бели.

I. Анамнез.

1. Детство. Больная не может дать точных сведений о том, болела ли она чем-нибудь в детстве.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные пришли на пятнадцатом году; установились сразу, приходят всегда через четыре недели, продолжаются по пяти дней, не обильны и без болей; последние месячные были около трех недель тому назад.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная начала жить три недели тому назад; вскоре после этого она стала чувствовать боли в начале мочеиспускания в виде рези и жжения; за последние дни эти боли стали затихать; одновременно с болями появились гнойные желтовато-зеленые выделения из влагалища, оставляющие пятна на белье.

4. Беременности и их исходы. Не было.

5. Начало настоящего заболевания. Больная начало заболевания ставит в связь с началом половой жизни около трех недель тому назад.

6. Болела ли раньше. На восемнадцатом году болела брюшным тифом.

7. Отправления кишечника. Кишечник работает нормально.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочеиспускание было всегда нормально, только с начала половой жизни появились рези в начале мочеиспускания.

II. Status praesens. Больная правильного сложения, среднего роста, (154 см.) и удовлетворительного питания (вес 53,8 к. гр.); мускулатура и жировая клетчатка развиты нормально. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски; грудные железы развиты правильно. Температура тела нормальна (36,5—36,9). Пульс хорошего наполнения, ровный, 76—82 удара в минуту; со стороны сердца отклонений от нормы нет. Дыхание 16 в минуту; Легкие в порядке. Со стороны печени, селезенки, почек и пищеварительных органов отклонений от нормы нет.

При осмотре, ощупывании и перкуссии области живота ничего ненормального не обнаружено.

Исследование половых органов дало следующее: волосистость на половых частях развита правильно; при раздвигании больших губ из половой щели вытекают в умеренном количестве гнойные выделения без запаха; слизистая оболочка влагалищного входа гиперэмирована, но краснота распределяется неравномерно и особенно резко выражена в окружности наружного отверстия мочеиспускательного канала и вокруг выводных протоков Бартолиновых желез; здесь она ярко выступает в виде красных ободков шириною в три или четыре миллиметра. Из наружного отверстия мочеиспускательного канала выпячивается набухшая, красная слизистая оболочка его, а при надавливании на мочеиспускательный канал пальцем со стороны влагалища, большая ошущает боль, и из отверстия показывается гнойная капля.

При бимануальном исследовании складки слизистой оболочки влагалища хорошо выражены, влагалищная часть матки имеет форму тупого конуса нормальной величины, консистенция ее несколько мягче обычного; наружный зев имеет круглую форму и обращен кзади от проводной оси таза. Положение, форма, величина и подвижность матки нормальны; придатки не определяются, безболезненны; клетчатка и брюшина таза свободны.

При осмотре зеркалом во влагалище довольно много желтовато-зеленых гнойных выделений; из наружного зева выпячивается красная, набухшая слизистая оболочка цервикального канала в виде узкой красной каймы.

Произведенные лабораторные исследования дали следующие:

I. Исследование мочи. Суточное количество 1800 к. с.; цвет соломенно-желтый; удельный вес 1015; реакция кислая; в моче заметны небольшие хлопья; белка и сахара нет; при микроскопическом исследовании осадка имеются в порядочном количестве лейкоциты, эпителий пузыря и микроорганизмы, которые были тождественны полученным из уретры и цервикального канала.

II. Бактериологическое исследование выделений из уретры и цервикального канала. (См. стр. 143).

Степень чистоты влагалищного содержимого III R.

В виду того, что бактериологическое исследование осадка мочи, гноя из мочеиспускательного канала и выделений из цервикального канала дало возможность определить возбудителя инфекции, не было надобности в других лабораторных исследованиях с диагностической целью.

Воспользовавшись данными при исследовании больной и из анамнеза, мы должны поставить диагноз, предсказание и назначить лечение.

Что касается диагноза, то мы должны установить причину болезни и локализацию последней в больном организме.

Как уже было сказано, бактериологическое исследование выделений из мочеиспускательного канала и из цервикального канала, а также исследование осадка мочи обнаружило гонококка; таким образом мы должны признать, что в данном случае имеется инфекция гонококком или так называемая гоноррея, так как гонококк при нормальных условиях в организме человека не встречается, и наличие его не может быть случайным, как это можно видеть при других микробах, например, стафилококке или стрептококке.

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки уплощенные с одной стороны.
2. Группировка. — Парамии.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Аэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Умеренная вдоль штриха.

II. Рост на питательных средах.

- | | |
|--|------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Желатина: <ol style="list-style-type: none"> а) Вид колоний б) Разжижение 2. Бульон: <ol style="list-style-type: none"> а) Муть б) Осадок с) Пленка 3. Агар: <ol style="list-style-type: none"> а) Рост на простом агаре. — Нет. б) Рост на сахарном агаре. — Нет. с) Рост на кровяном агаре. — Мелкие колонии в виде капель росы. 4. Молоко (свертывание). 5. Картофель. 6. Отношение к сахару и спирту. 7. Наиболее благоприятные среды. — Агар с чelовеч. кровян. сывороткой. 8. Отношение к цветным средам. | } Не дает роста. |
|--|------------------|

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. Обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Gonococcus*.

Однако, надо иметь в виду, что не всегда удается так легко, как в этом случае, обнаружить присутствие гонококка в тканях больного организма; если воспалительный процесс успел потерять свой первоначальный, острый характер, то гонококк не обязательно содержится в выделениях, и найти его иногда удается только после нескольких повторных исследований; легче всего это достигнуть, производя исследование непосредственно после месячных, так как вызванная ими гиперемия дает толчок к оживлению жизнедеятельности гонококков.

Второй вопрос относительно локализации микробов в тех или других тканях больного организма решается в данном случае тоже довольно просто, так как нам удалось получить возбудителя инфекции

в выделениях из мочеиспускательного канала и цервикального канала, и так как здесь, а также в слизистой оболочке влагалищного входа имеются признаки воспалительного процесса в виде красноты и припухлости.

Следовательно, наш первоначальный диагноз здесь будет:

Urethritis, vulvitis et endocervicitis gonorrhoeica.

Далее нам предстоит установить способ возникновения инфекции в данном случае; убедиться, что жалобы больной действительно зависят от найденных нами воспалительных изменений. и наконец, проверить, ограничивается ли распространение инфекции теми отделами полового аппарата нашей больной, которые мы назвали в диагнозе.

Что касается способа и времени возникновения инфекции, то здесь они определяются просто, так как в анамнезе больной имеются совершенно определенные указания на то, что она заболела в связи с началом половой жизни, т.-е. около трех недель тому назад.

Как известно, возникающая этим путем гоноррейная инфекция, чаще и прежде всего, поражает мочеиспускательный канал, устья выводных протоков. Бартолиновых желез и цервикальный канал. Проникнув на слизистую оболочку названных отделов полового аппарата, гонококки вызывают здесь характерные изменения, состоящие в набухании слизистой оболочки вследствие активной гиперемии; такая набухшая ярко красная слизистая оболочка несколько выступает из наружного отверстия мочеиспускательного канала или цервикального канала, резко отличаясь своей окраской от слизистой оболочки влагалища.

Субъективно острый период воспаления названных отделов слизистой оболочки сказывается в мочеиспускательном канале болями режущего характера, которые больная чувствует при начале мочеиспускания, когда первые порции мочи приходят в соприкосновение с воспаленными тканями.

Гиперемия слизистой оболочки цервикального канала не сопровождается болями, но иногда дает некоторое чувство тяжести внизу живота.

Изменения в устьях Бартолиновых желез состоят в образовании вокруг них красных ободков шириною около полусантиметра; так как они весьма типичны для гонорреи, то Sanger назвал их *macula gonorrhoeica*.

Вскоре к гиперемии слизистой оболочки присоединяется образование экссудата, состоящего по преимуществу из лейкоцитов, которые содержат в себе захваченных ими гонококков. Экссудат поэтому всегда имеет в начале гнойный характер, представляя собою выделения зеленоватого или зеленовато-желтого цвета; так как к выделениям из цервикального канала примешивается секрет из соответственных желез, то характер их будет слизистогнойный, тягучий.

Сопоставляя эти данные с изменениями в половых органах и с жалобами у нашей больной, мы видим, что они вполне совпадают и поэтому мы можем поставить их в непосредственную зависимость от гоноррейной инфекции.

Для того, чтобы ответить на последний вопрос, т.-е. решить, ограничивается ли в нашем случае инфекция указанными нами отделами полового аппарата, мы должны уметь себе представить, как

гоноррейная инфекция вообще здесь распространяется, и какими объективными и субъективными признаками это сопровождается.

При возникновении гонорреи у нашей больной возбудители инфекции одновременно проникли на слизистую оболочку мочеиспускательного канала, цервикального канала и в устья выводных протоков Бартолиновых желез; поэтому и дальше инфекция может распространяться в трех различных направлениях, имея своим исходным местом мочеиспускательный канал, выводное отверстие Бартолиновой железы или цервикальный канал.

В первом случае гонококки, гнездясь не только в слизистой оболочке мочеиспускательного канала, но проникая в глубину периретральных желез или пазух Skene, могут здесь долго сохраняться и давать новые обострения процесса.

При благоприятных для микробов условиях, например, при эксцессах в половой жизни или при усиленном движении, гонококки могут проникнуть в мочевой пузырь и вызвать здесь острое его воспаление или цистит. Правда, Витт считает гонококковое воспаление мочевого пузыря и, особенно, почечных лоханок большой редкостью, но представленный Wertheim'ом препарат мочевого пузыря, пораженного гоноррейным циститом, устраняет всякие сомнения в возможности такого заболевания, а несомненные случаи гоноррейного пиелита у мужчин делают вполне вероятной возможность его и у женщин.

Надо думать, что сравнительная редкость распространения гонококковой инфекции из мочеиспускательного канала на вышележащие отделы мочевых путей зависит от анатомических особенностей мочеполовых органов женщины, именно, относительная короткость и ширина мочеиспускательного канала, вероятно, позволяет инфекции легко проникнуть в пузырь, но с другой стороны эти же условия в значительной степени облегчают механическое удаление содержащих гной выделений вместе с мочей.

Несколько своеобразною особенностью гонококкового цистита является кислая реакция мочи.

При распространении инфекции из выводных протоков Бартолиновых желез, она прежде всего направляется в глубину. По наблюдениям Menge это встречается приблизительно в 20% случаев; но надо иметь в виду, что распространение гонококков обыкновенно ограничивается только выводным протоком железы, в то время как паренхима самой железы не принимает участия в процессе; благодаря закупорке наружного отверстия выводного протока, последний растягивается гнойным содержимым, и образуется так называемый ложный абсцесс, если процесс острый, и ретенционная киста, если острые воспалительные явления отсутствуют; только в тех случаях, когда кроме гонококков в заболевании принимает участие стрептококк или стафилококк, образуется настоящий абсцесс с омертвением самой железы и окружающей клетчатки.

Как при остром псевдоабсцессе выводного протока, так и при истинном абсцессе самой железы образуется болезненная опухоль, обычно односторонняя, в толще большой губы величиною с куриное яйцо; острый период обыкновенно продолжается несколько дней, сопровождается повышением температуры и довольно сильными болями и заканчивается самопроизвольным вскрытием нарыва; но так как обрывается ее отверстие быстро закрывается, то легко может про-

изойти задержка гноя и повторение процесса; поэтому рациональнее или вскрыть гнойник широким разрезом, или как мы обычно делаем, вскрыть его двумя небольшими разрезами на противоположных полюсах и через эти разрезы провести тонкую резиновую трубку с боковыми отверстиями; последний способ имеет то преимущество, что больная избавлена от болезненных перевязок и необходимости в постельном содержании, причем облитерация полости гнойника получается вполне надежная.

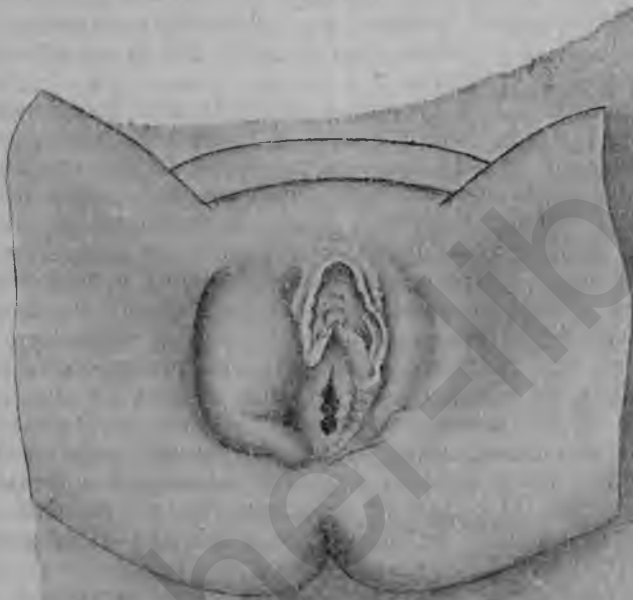


Рис. 63. Bartholinitis purulenta dextra. (Из диагн. женск. бол. G. Winter'a).

При открытой гоноррее, когда гнойные выделения содержат гонококков и постоянно приходят в соприкосновение со слизистой оболочкой и кожей влагалищного входа и наружных половых частей, это не остается безнаказанным, и нередко обнаруживаются признаки раздражения, которые проявляются образованием мелких сосочков, так называемых острых кондилом, они сначала рассеяны одиночно, а затем собираются группами и иногда образуют массивные разрастания, напоминающие цветную капусту, такие же разрастания могут наблюдаться и на стенке влагалища.

Если при возникновении гонорреи микробы проникли в цервикальный канал, то отсюда они могут распространяться на вышележащие отделы полового аппарата, именно, на полость матки, трубы и брюшину; по наблюдению Menge этот способ распространения наблюдается в 25% всех случаев гонорреи; для больной он является

самым опасным, вызывая глубокие изменения в половых органах, оставляющие нередко неизгладимый след, и сопровождаясь тяжелыми острыми явлениями в виде сильных болей внизу живота, повышения температуры и признаков раздражения брюшины.

На основании сказанного, мы можем признать, что у нашей больной в настоящее время инфекция ограничивается только указанными нами в диагнозе отделами полового аппарата, но мы должны иметь в виду, что всякое благоприятное для возбудителей инфекции обсто-

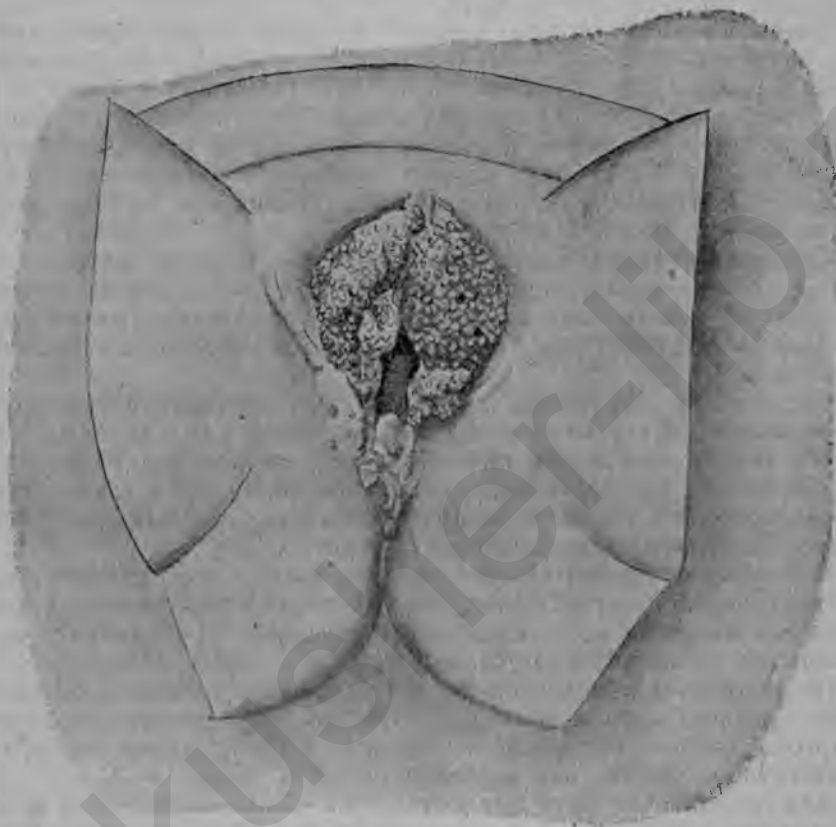


Рис. 64. Сильно выраженные *condilomata accuminata*.

тельство легко может способствовать распространению процесса в ту или другую сторону.

Следовательно, предсказание должно устанавливаться с большой осторожностью, и до тех пор, пока в тканях больного организма будут находиться жизнеспособные гонококки, мы не можем быть спокойными за то, что не наступит обострение процесса и его распространение в глубину.

Нашей ближайшей задачей поэтому будет наметить план лечения, при котором мы быстро и надежно могли бы уничтожить гонококков.

Хотя лечение гонорреи в том состоянии, которое имеется у нашей больной, производится обыкновенно амбулаторно, но если условия

позволяют, то предпочтительнее будет предписать больной возможный покой до постельного содержания включительно, чтобы устранить всякую механическую причину, могущую способствовать распространению инфекции.

Далее, до наступления полного выздоровления, подтвержденного повторным отрицательным результатом исследования выделений на присутствие гонококков, должна быть безусловно воспрещена половая жизнь, при чем полное выздоровление должно быть достигнуто не только со стороны больной, но также и со стороны ее мужа, иначе обязательно наступит реинфекция.

Самое лечение в остром периоде во время первых дней болезни будет состоять только в тепловатых влагалищных спринцеваниях с прибавлением на три стакана воды одной столовой ложки 1% раствора сулемы или одной чайной ложки 25% раствора хлористого цинка. Внутри в это время назначают салол или уротропин по 0,3 три раза в день; кроме того, следует предписать легкую диету, обильное питье, тщательное наблюдение за кишечником и воздержание от вина, пива, перца и т. под. веществ.

Спустя несколько дней, острые явления болезни обычно затихают, и тогда можно приступить к более энергичному лечению; иногда же с самого начала болезни острые явления бывают выражены настолько слабо, что небнимательная к себе больная их может не заметить.

Так как при поражении гонореей мочеиспускательного канала, цервикального канала или выводных протоков Бартолиновых желез является вполне возможным применить местное лечение, направив его непосредственно на самого возбудителя инфекции, то в таких случаях не приходится и поднимать вопроса о замене его вакцинотерапией или впрыскиванием специфической сыворотки.

Пораженные отделы слизистых оболочек полового аппарата здесь легко доступны непосредственному воздействию лекарственных средств, из которых мы чаще всего применяем препараты серебра в виде *argentum nitricum*, *protargolum*, *argentaminum* и некоторых других.

Из названных препаратов мы, на основании личных наблюдений, отдаем предпочтение аргентамину, так как он действует энергичнее протаргола, глубже проникая в ткани, и в то же время не образует поверхностного струпа, как *argentum nitricum*.

Для лечения уретрита мы пользуемся впрыскиваниями в мочеиспускательный канал при помощи спринцовки Тарновского с мягким резиновым наконечником растворов аргентаминной крепостью от 1% до 5% в количестве от одного до двух кубических сантиметров жидкости, повторяя впрыскивания ежедневно или раза три в неделю.

Для лечения эндоцервицита мы применяем смазывание слизистой оболочки цервикального канала более концентрированными растворами аргентаминной, начиная от 5% и доводя до 10% концентрации; смазывания производятся при помощи зонда Плейфера, конец которого обматывается тонким слоем ваты; повторяются они тоже или ежедневно, или два-три раза в неделю.

Так как гонококки могут очень долго сохраняться в устьях протоков Бартолиновых желез и в пазухах Skene, то смазывание этих областей должно производиться при помощи тонкого глазного зонда обернутого ватой.

В случае образования кондилом их обыкновенно легко удается уничтожить повторным прижиганием палочкой ляписа, но если разрастения очень обширны, то иногда их приходится предварительно удалить ножницами.

В большинстве случаев при соблюдении надлежащего режима удается довольно легко справиться с инфекцией и довести дело до полного излечения, т. е. до исчезновения гонококков; однако, уверенность в полном излечении будет нами получена только тогда, когда по крайней мере три повторных исследования выделений из уретры и цервикального канала дадут отрицательный результат; повторные исследования лучше производить непосредственно после окончания месячных и после прекращения лечения.

В некоторых случаях эндоцервицита и после исчезновения гонококков еще долго остается повышенная секреция желез цервикального канала; для ее устранения можно с успехом воспользоваться назначением влагалищных шариков из сгущенного глицерина с тигенолом (*Ovuli e glycerini c. thigenoli*) или тампонами из 5% раствора тигенола в глицерине.

2. Peritonitis et salpingitis acuta.

Перейдем теперь к изложению истории болезни второй больной. Больная С. Т., 22 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством; уроженка Тверской губернии, русская.

В клинику она доставлена три дня тому назад в тяжелом состоянии с очень резкими болями в животе, с рвотой и высокой температурой.

I. Анамнез.

1. Детство. В детстве больная каких-либо заболеваний не помнит.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные пришли на четырнадцатом году, всегда появляются через четыре недели и продолжаются по пяти дней не обильно и без болей; последние месячные начались шесть дней тому назад и продолжают до сих пор.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная начала жить три месяца тому назад и вскоре заметила бели, оставляющие на белье желтые пятна, и боли режущего характера при начале мочеиспускания; эти болезненные ощущения постепенно затихли, а бели остались до настоящего времени, но потеряли гнойный характер. Больная не обратила особого внимания на эти явления и не лечилась.

4. Беременности и их исходы. Не было.

5. Начало настоящего заболевания. Больная связывает начало настоящего заболевания с последними месячными, которые начались в нормальный срок шесть дней тому назад и первые два дня протекали совершенно правильно; на третий день месячных больно пришлось много ходить, и среди дня она почувствовала сильные боли внизу живота слева; эти боли быстро распространились по всему животу; появилась рвота, и температура к вечеру накануне поступления больной в клинику поднялась до $39,8^{\circ}$.

6. Болела ли раньше. Кроме отмеченных уже болезненных ощущений при мочеиспускании и белей, других нарушений здоровья не замечала.

7. Отправления кишечника. Со времени настоящего заболевания стул задержан.

8. Отправление мочевого пузыря. Мочеиспускание задержано, и при опорожнении мочевого пузыря ощущается боль над лобком.

II. Status praesens. Больная правильного телосложения, небольшого роста; костная система и мускулатура развиты правильно; жировая подкожная клетчатка выражена хорошо. Кожа лица бледная, но на щеках лихорадочный румянец, глаза неестественно блестят, слизи-

стая оболочка век и губ нормальной окраски; кожа туловища и конечностей на-ощупь горячая и сухая. Грудные железы развиты правильно, из сосков ничего не выдавливается. Температура была при поступлении больной в клинику $39,6^{\circ}$ и на этой приблизительно высоте держалась и последующие дни; пульс резко учащен, достигает 120—130 ударов в минуту, характер его напряженный и ровный; кровяное давление в пределах нормы, $РМа=118$, $РМi=91$; $РА=27$; границы сердца нормальны, тоны чисты; число дыханий учащено до 48 в минуту, поверхностное; со стороны легких уклонений от нормы нет. Сознание ясное, но больная стонет от сильных болей в животе и с трудом сохраняет спокойное положение. Со стороны органов пищеварения наблюдаются следующие изменения: язык сухой и обложенный; временами появляется рвота и перистальтика, сопровождающаяся сильными болями в животе; аппетита нет, стул задержан, метеоризма нет. Перкуторные границы печени и селезенки нормальны, ощупать же эти органы не удается из-за напряжения брюшной стенки.

При осмотре области живота передняя брюшная стенка оказывается напряженной и втянутой; при осторожном прикосновении рукой больная стонет от боли; мышцы живота при этом еще больше напрягаются; при удалении руки тоже ощущается боль; прощупать что-либо в брюшной полости невозможно из-за боли и напряжения брюшной стенки; при легкой перкуссии везде определяется тимпанит.

При осмотре наружных половых органов уклонений от нормы не обнаружено; из влагалища при раздвигании половой щели выделяются тягучие, слизистые, зеленоватые бели; слизистая оболочка влагалищного входа слегка гиперэмирована; в области выводных отверстий Бартолиновых желез имеются *macula gonorrhoeica*; при надавливании пальцем со стороны влагалища на мочеиспускательный канал из уретры выступает мутная беловатая капля; слизистая оболочка влагалища на-ощупь нормальна; влагалищная часть матки имеет форму тупого конуса; величина и консистенция ее нормальны; наружный зев круглой формы, обращен кзади от проводной оси таза, тело матки ясно контурировать не удается из-за болезненности и напряжения брюшных мышц; малейшее движение матки крайне болезненно; придатки не определяются, но слева соответственно их местоположению прощупывается неясная резистентность; брюшина малого таза при ощупывании через задний свод влагалища очень болезненна; в тазовой клетчатке изменений нет.

Произведенные лабораторные исследования дали следующие результаты:

I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи в среднем 900—1100 куб. см.; цвет насыщенный, удельный вес от 1026 до 1029; реакция слабо-кислая:

Белка, сахару и других патологических химических продуктов нет; количество индикана резко увеличено.

При микроскопическом исследовании осадка определяется эпителий мочевого пузыря и белые кровяные шарики в довольно большом количестве; кроме того имеется довольно много фосфорнокислой магнезии; цилиндров нет; бактерий в моче тоже не обнаружено.

II. Исследование крови. (См. стр. 152).

Количество эритроцитов		
Характер эритроцитов	}	Изменение окраски
		Изменение величины
		Изменение формы
		Изменение структуры
Количество гемоглобина		
Показатель окраски		
Количество лейкоцитов		
Лейкоцитарная формула.	}	Нейтрофилы
		Эозинофилы
		Базофилы
		Лимфоциты
		Мононуклеары крупн.
Нейтрофильная картина Арнета.	}	Одноядерные
		Двухядерные
		Трехядерные
		Четырехядерные
		Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	}	Регенеративные
		Дегенеративные
Количество тромбоцитов		
Сухой остаток		
Удельный вес		
Коэффициент вязкости		
Скорость свертываемости		
Щелочность		
Резистентность эритроцитов		
Количество гликогена		
Скорость осаждаем. эритроцитов		

Нормальная картина
крови у женщин.

Исследование I.
— год IX мес. 20 числ.

4.500.000—5.250.000

4.300.000

—

нет

—

немного микро- и макроцитов

—

нет

—

нет

85%—110%

82%⁰/₀

0.9—1.0

0.9

7.000—8.000

10.000

4.400—5.200; 55—70%

59%—5.940

80—320; 1—4%

4%—410

20—80; 0.1—1%⁰/₀

0,5%—50

1.600—2.400; 20—35%⁰/₀

32%—3.200

250—500; 2—5%⁰/₀

4%—400

8%⁰/₀

9%⁰/₀

24%⁰/₀

24%⁰/₀

48%⁰/₀

49%⁰/₀

16%⁰/₀

15%⁰/₀

4%⁰/₀

3%⁰/₀

немного метамнэлоцитов

250.000

21%⁰/₀

25,5%⁰/₀

1.050—1.056

1.049

4,38

4,9

7—8 минут

7 минут

426—533 м. г. NaOH

442

RM.0,33%⁰/₀; Rm.0,48%⁰/₀NaCl

0,48%

—

нет

5 час.

28 минут

III. Бактериологическое исследование.

При бактериологическом исследовании крови результат отрицательный; при исследовании выделений из мочеиспускательного канала и цервикального канала в последних найдены микроорганизмы, обладающие следующими характерными признаками:

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки уплощенные с одной стороны.
2. Группировка. — Парамы.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. Нет.
7. Отношение к кислороду. — Аэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Умеренная вдоль штриха.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - a) Вид колоний
 - b) Разжижение
2. Бульон:
 - a) Муть
 - b) Осадок
 - c) Пленка
3. Агар:
 - a) Рост на простом агаре. — Нет.
 - b) Рост на сахарном агаре. — Нет.
 - c) Рост на кровяном агаре. — Мелкие колонии в виде капель росы.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды. Агар с челов. кровян. сывороткой.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Gonococcus*.

Степень чистоты влагалищного содержимого III R.

V. Биологические реакции.

Из биологических реакций в данном случае было произведено определение опсонического индекса, который оказался равным 0,6 в то

время, как нормальный опсонический индекс принимается для гонококка равным 0,8—1,2.

Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике представляется в следующем виде:

Имея в нашем распоряжении все данные, которые мы могли получить как из анамнеза, так и при исследовании больной, постараемся воспользоваться ими, чтобы установить распознавание болезни, предсказание и лечение.

И в этом случае при постановке диагноза мы пойдем от более общего, группового, к более детальному.

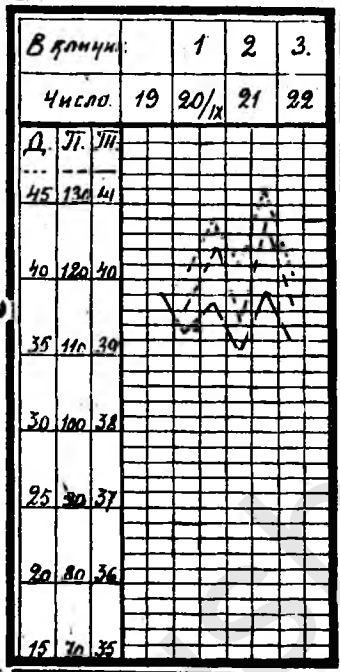


Рис. 65.

Не входя пока в подробности, мы можем здесь сказать с уверенностью, что имеем перед собою острое инфекционное заболевание; за это предположение говорит высокая температура, частый пульс и значительное ускорение осаждаемости эритроцитов; оно вероятно исходит из половых органов, так как начало его связано с месячными, и боли сперва появились в нижней части живота.

Для выяснения времени и способа возникновения данного заболевания проследим анамнез нашей больной, начиная с детского ее возраста.

Как мы видели, в детстве, больная каких-либо заболеваний не помнит; наступление половой зрелости совершилось своевременно, при чем месячные имели правильный тип и не осложнялись ни болями, ни какими-нибудь другими неправильностями; из этого мы можем заключить, что половой аппарат у нашей больной был развит правильно и к моменту наступления половой зрелости был здоров.

Далее из анамнеза мы видим, что в связи с началом половой жизни три месяца тому назад больная заметила появление выделений из половых органов, имевших гнойный характер, и более режущего характера при начале мочеиспускания, при чем больная не обратила должного внимания на эти явления и не лечилась.

По словам больной, боли при мочеиспускании постепенно затихли, а бели остались до настоящего времени и только потеряли гнойный характер.

Из этого мы видим, что в связи с началом половой жизни в состоянии половых органов нашей больной произошли какие-то перемены, а так как мы знаем, что инфекция гонококком чаще всего бывает связана с началом половой жизни, то мы прежде всего и должны о ней здесь подумать.

В течение следующих трех месяцев больная чувствовала себя здоровой, и только четыре дня тому назад, после того как ей пришлось во время месячных много ходить, она стала жаловаться на

боли внизу живота слева, причем эти боли быстро распространились на область всего живота, появилась рвота и поднялась температура.

Перед нами, естественно, возникает вопрос, является ли это заболевание совершенно новым, самостоятельным, или его можно связать с допущенной нами гонококковой инфекцией.

Для того, чтобы ответить на этот вопрос, мы прежде всего должны убедиться, что у нашей больной имеется действительно названная инфекция, а затем должны наметить способ распространения инфекции и локализацию ее в организме больной.

Что касается существования гонококковой инфекции в данном случае, то она подтверждается наиболее убедительно тем, что в выделениях из цервикального канала удалось определить гонококка; кроме того здесь имеются и некоторые побочные признаки, характерные для гонорреи, как например, наличие *macula gonorrhoeica* и выделение мутной капли из уретры. Таким образом мы имеем право признать у нашей больной гоноррею, но нам остается еще доказать, что гонококк является причиной того тяжелого состояния, в котором больная сейчас находится.

Полученные нами при исследовании больной данные скорее всего говорят за локализацию воспалительного процесса в брюшине, так как болезненность в одинаково резкой степени выражена по всему животу, и имеется ряд других признаков указывающих на участие брюшины в настоящем заболевании, например, значительное учащение пульса и дыхания, сухость языка, задержка стула и некоторые другие.

При дальнейшем обсуждении данного случая мы постараемся доказать правильность нашего предположения об имеющемся здесь воспалении брюшины, пока же ограничимся только этими приведенными доводами и посмотрим, каким путем инфекция должна была развиваться, чтобы проникнуть на брюшину.

Как нами уже было указано, при возникновении гонококковой инфекции половым путем гонококки обычно проникают сперва в мочеиспускательный канал, в выводящие протоки Бартолиновых желез и в цервикальный канал, причем наиболее серьезным является поражение цервикального канала, так как отсюда, при благоприятных для гонококков условиях, они могут распространиться на слизистую оболочку полости матки, далее, на трубы и, наконец, через их абдоминальные отверстия на брюшину малого таза.

Таковыми благоприятными условиями для распространения инфекции обычно являются роды, выкидыш и месячные, так как в это время сопротивляемость тканей полового аппарата понижена, и, кроме того, как внутренний зев, так и маточные отверстия труб легче проходимы.

В нашем случае толчком для распространения инфекции на верхние отделы полового аппарата послужили месячные в связи с усиленной ходьбой, которая способствовала ослаблению сопротивляемости тканей благодаря нарушению кровообращения и, таким образом, облегчила гонококкам возможность быстро распространиться на брюшину таза через просвет левой трубы, так как больная указывает, что боли начались сперва внизу живота слева, и так как при исследовании мы в области левых придатков матки находим болезненную резистентность.

На основании приведенных соображений, мы должны остановиться на следующем диагнозе:

Endocervicitis, salpingitis et peritonitis acuta gonorrhoeica.

На первый план, конечно, здесь выступает поражение брюшины, так как оно в настоящий момент обуславливает собою весь симптомокомплекс болезни и вместе с тем является наиболее серьезной ее стороной; поэтому мы должны убедиться, что имеющиеся у нашей больной симптомы болезни действительно отвечают тем признакам, которые характерны для воспаления брюшины.

Начнем с анализа кривой температуры, пульса и дыхания. Как мы видим, температура держится на высоких цифрах, давая только незначительные понижения по утрам, так что мы назовем ее температурой постоянного типа. Сам по себе этот тип кривой и степень повышения температуры не представляет чего-нибудь характерного для перитонита и может наблюдаться и при другой какой-либо локализации инфекции; гораздо большее значение имеет взаимоотношение между температурой и пульсом. Как видно на представленной кривой, пульс достигает значительной частоты, давая от 115 до 128 ударов в минуту, но он напряженный и ровный, причем границы сердца нормальны, и тоны чисты, а кровяное давление держится в пределах нормы, именно, $РМа = 118$ и $РМи = 91$; все эти данные говорят за то, что нервный аппарат сердца находится в состоянии повышенного раздражения, но отравления сердечной мышцы еще нет. Если мы сопоставим эти данные с теми, которые мы видим у больной при перитоните, вызванном стрептококковой инфекцией, то мы увидим, что между теми и другими существует определенное различие. Там мы тоже имели значительное учащение пульса от 118 ударов в минуту, причем оно с каждым днем возрастало и достигло 136; однако, по характеру пульс был мягкий и неровный, и даже некоторые удары совсем выпадали, а кровяное давление было понижено, именно, $РМа = 102$, а $РМи = 78$; сердце было несколько расширено в поперечнике, и тоны его глуховаты; все эти данные с несомненностью говорили за то, что имелись признаки глубокого отравления сердечной мышцы с нарастающей слабостью ее.

Чем же мы должны объяснить это различие клинической картины.

Если мы в обоих случаях имеем действительно воспаление брюшины, то причина может лежать только в том, что в обоих случаях имеется различный возбудитель инфекции; в одном случае стрептококк, а в другом случае гонококк.

Допустив такое объяснение, посмотрим, нет ли еще каких-либо клинических признаков, отличающих друг от друга обе картины болезни.

Проверим на той же кривой характер дыхания; в обоих случаях дыхание значительно учащено и поверхностно, но при стрептококковом перитоните частота его в минуту достигает максимум 36, в то время как при гонококковом перитоните оно все время колеблется между 40 и 42; различие это вероятно зависит не от иной потребности в кислороде, необходимом для поддержания усиленного обмена вещества, а от того, что при стрептококковом перитоните глубокое дыхание затруднено благодаря метеоризму, вызывающему высокое стояние диафрагмы; при гонококковом перитоните, наоборот, совершенно нет метеоризма, но за то имеется очень резкая болезненность брюшины, вследствие чего больная инстинктивно напрягает брюшные мышцы и старается дышать как можно поверхностнее, а вместе с тем и чаще.

Сравнивая далее общее состояние больной при обеих формах болезни, мы видим, что при стрептококковом перитоните наблюдается вялость, угнетение, больная едва реагирует на вопросы, глаза мутные, ввалившиеся, лицо осунувшееся, нос заострившийся, в то время как в нашем случае глаза больной неестественно блестят, кожа лица хотя и бледная, но на щеках имеется лихорадочный румянец, и сознание ясное. И это различие мы должны объяснить своеобразным влиянием токсинов, вырабатываемых тем или другим видом возбудителей инфекции.

Однако, нагляднее всего особенности той или другой формы перитонита выступают при осмотре и ощупывании живота. В случае стрептококкового воспаления брюшины мы наблюдаем значительное вздутие живота, он выпячен куполообразно вследствие резкого метеоризма, но в то же время при ощупывании болезненность незначительна, живот мягкий и сокращения брюшных мышц при этом не происходит, в некоторых случаях удается определить в наиболее отлогих местах заглушение кишечного тона благодаря скоплению экссудата. У нашей больной, как и вообще при гонококковом перитоните, явления со стороны живота совсем другие; брюшная стенка втянута, напряжена, метеоризм совершенно отсутствует, но болезненность весьма значительна; больная стонет и вздрагивает не только при прикосновении рукой к брюшной стенке, но даже при осторожном удалении руки, причем наблюдается сокращение брюшных мышц или так называемый *défense musculaire*.

Представляя себе ясно те анатомические изменения, которые совершаются в брюшине в ответ на проникшую сюда инфекцию, мы без особого труда можем объяснить себе указанное различие неодинаковой степенью реакции тканей на инфекцию.

В начале процесса, независимо от того, вызван ли перитонит стрептококком или гонококком, брюшина реагирует возникновением активной гиперэмии, которая состоит в расширении капилляров и мелких артерий и сопровождается резкой болезненностью живота и напряжением брюшной стенки.

Дальнейшее развитие тех или других изменений всецело зависит от вида микроба; именно, при стрептококковой инфекции активная гиперэмия быстро сменяется следующей степенью реакции и переходит в гиперэмию пассивную, состоящую в расширении сосудов венозной системы, благодаря чему происходит замедление кровяного тока, серозное пропитывание тканей и образование серозно-фибринозного выпота; эти анатомические изменения вызывают понижение чувствительности брюшины, парез мускулатуры кишек, метеоризм и вздутие живота.

Напротив, при гонококковой инфекции реакция брюшины долго остается на первой ступени активной гиперэмии, которая распространяется на большую поверхность брюшины; поэтому болезненность и напряжение живота прогрессируют.

От только что описанных изменений в брюшине зависят также и некоторые другие симптомы, как, например, нарушение деятельности кишечника и мочевого пузыря.

Задержка мочи и стула, а также рвота при стрептококковом перитоните зависят от пареза мышц мочевого пузыря, кишечника и желудка, в то время как при гонококковом перитоните те же явления

зависят от раздражения и чувствительности брюшины, благодаря чему больная инстинктивно избегает всякого напряжения, необходимого для опорожнения мочевого пузыря и кишечника; доказательство этому мы видим отчасти в появлении болезненной перистальтики, отчасти в том чувстве боли, которую больная испытывает над лобком в продолжение всего акта мочеиспускания.

Картина крови при стрептококковом перитоните тоже несколько отличается от таковой при гонококковом перитоните.

В первом случае наблюдаются все признаки тяжелой инфекции, именно, уменьшение числа эритроцитов и количества гемоглобина, понижение показателя окраски, нарастание лейкоцитоза до значительных степеней на счет увеличения числа молодых одноядерных нейтрофилов, в то время как количество лимфоцитов значительно понижается, а эозинофилы нередко исчезают совершенно; далее обнаруживаются и определенные изменения физико-химических свойств крови в виде уменьшения количества сухого остатка, понижения удельного веса, щелочности крови, резистентности эритроцитов и быстроты их оседания.

При гонококковом перитоните, как это видно и по картине крови у нашей больной, все изменения выражены значительно слабее, причем особенно характерным отличительным признаком является весьма незначительное увеличение лейкоцитоза, всего до 10.000, а также абсолютное и относительное увеличение количества лимфоцитов до 3200 или 32% и эозинофилов до 410 или 4%. Эти особенности в картине крови являются, по наблюдению многих, характерным для гонококковой инфекции вообще, но не для перитонита в частности; однако, так как мы имеем у нашей больной, с одной стороны, все признаки, говорящие только за гонококковую инфекцию, а с другой стороны, главные симптомы болезни зависят от явлений воспаления брюшины, то вполне логично будет признать, что причину перитонита здесь является инфекция гонококком.

Последнее доказательство этому мы можем видеть в результате, полученном нами при определении опсонического индекса. Он оказался у нас равным 0,6, в то время как нормальный опсонический индекс для гонококка колеблется между 0,6 — 1,2.

Согласно теории Wright'a, понижение индекса у нашей больной можно объяснить тем, что накопление опсонин не успевает следовать за интенсивностью инфекции; другими словами, данное заболевание должно быть отнесено в третью группу, куда Wright относит случаи острой инфекции без обособления воспалительного очага.

На основании всего изложенного, мы можем подтвердить наш диагноз, поставив на первое место воспалению брюшины и подчеркнув, что по всем имеющимся признакам оно обязано гонококковой инфекции.

Если мы теперь вспомним, что полная картина всякого инфекционного воспалительного заболевания складывается из трех факторов: во-первых, из возбудителя инфекции и его биологических особенностей, во-вторых, из способа распространения и локализации микроба в тканях больного организма и, в-третьих, из защитительных приспособлений последнего, то мы увидим, что возбудитель инфекции у нас установлен и является гонококком, что распространение и локализация в тканях нашей больной тоже выяснены; именно, инфекция из цервикального канала распространялась по слизистой оболочке матки и

левой трубы на брюшину и вызвала картину перитонита; нам, следовательно, остается только дать оценку тем защитительным приспособлениям, которыми располагает наша больная по отношению к данной инфекции.

Судить о сопротивляемости больного организма мы прежде всего можем по тем изменениям, которые совершаются в картине крови.

Как мы уже сказали, в данном случае изменения в крови как со стороны морфологических ее элементов, так и физико-химических свойств сравнительно незначительны и в общей сложности не говорят за тяжелую инфекцию, тем более, что незначительную степень лейкоцитоза надо объяснить не тяжестью инфекции, а исключительно видом вызывающего ее микроба. Что касается нейтрофильной картины Арнета, то в данном случае она тоже вполне благоприятна и не представляет существенных отклонений от нормы.

Правда, если мы о сопротивляемости организма будем судить по той реакции, которую инфекция вызывает во всем организме, то на первый взгляд некоторую тревогу могла бы у нас вызвать кривая температуры, пульса и дыхания, а также жестокие страдания больной вследствие болей и животе.

Однако, зная, что мы здесь имеем гонококковую инфекцию, и представляя себе ясно происходящие в брюшине анатомические изменения, мы вышеназванным признаком должны дать надлежащее и, как мы увидим ниже, благоприятное толкование. Именно, если проследить за дальнейшим течением гонококкового перитонита, то мы, как правило, видим, что по истечении нескольких дней, приблизительно, около недели, острые явления затихают, боли в животе ограничиваются только областью придатков матки с той или с другой стороны; живот становится мягким, температура понижается; пульс и дыхание становятся значительно реже; одним словом, вся картина теряет свой бурный характер. При исследовании больной в это время объективные изменения со стороны пораженных придатков становятся более отчетливыми, а в окружности их в малом тазу нередко образуется ограниченное скопление экссудата. Таким образом, кажущиеся на первый взгляд грозными проявлениями болезни должны получить в наших глазах более скромную оценку.

Наконец, и со стороны анализа мочи мы здесь не находим никаких серьезных изменений.

Сопоставляя между собою в нашем случае те три фактора, из которых складывается всякое инфекционное заболевание, мы, пользуясь формулой Sachs'a можем дать здесь следующую оценку данного заболевания:

$$P = \frac{L \times W}{K},$$

где буква „K“, обозначающая биологические особенности возбудителя инфекции и его вирулентность может быть определена цифрой „2“, так как гонококк не вызывает в большинстве случаев изменений, которые непосредственно угрожают жизни больной, но тем не менее, может причинить серьезные нарушения здоровья; буква „L“, обозначающая локализацию воспалительного процесса, должна быть здесь определена цифрой „1“, так как распространение инфекции на брю-

шину является обстоятельством, для больной весьма неблагоприятным; наконец, буква „W“, обозначающая сопротивляемость больного организма, может быть определена здесь цифрой „3“, так как мы видели, что у нашей больной способность бороться с инфекцией находится на должной высоте.

Заменяя буквы указанными цифрами, мы получили следующую оценку предсказания:

$$P = \frac{1 \times 3}{2} = 3/2.$$

Сравнивая предсказание при гонококковом перитоните с таковым при перитоните стрептококковом, которое мы оценили величиною, равной $1/2$, мы видим, что здесь предсказание гораздо лучше, и на деле оказывается, что, действительно, эти приведенные только что теоретические соображения вполне совпадают с данными, получаемыми в клинике и вообще у постели больной.

Сколько нам приходилось наблюдать, гонококковый перитонит производящий на первый взгляд впечатление очень тяжелого заболевания, никогда не приводил к летальному исходу.

Однако, исчезновение острых явлений перитонита ни в каком случае нельзя считать за выздоровление, так как, во-первых, до тех пор пока в тканях больного организма имеются гонококки, в любое время может наступить обострение процесса с теми же бурными явлениями; а во-вторых, даже и тогда, когда гонококки совершенно исчезнут, в половом аппарате больной остаются настолько глубокие изменения, что далеко не всегда мы можем рассчитывать на полное их устранение.

Итак, предсказание при гонококковом перитоните, будет почти без исключения, благоприятным для жизни больной и всегда будет сомнительным в смысле возможности полного выздоровления.

Наше лечение гонококкового перитонита будет, конечно, вполне отвечать нашему отношению к данному заболеванию и будет резко отличаться от лечения перитонита, вызванного стрептококками или стафилококками, т.е., так называемыми, гноеродными бактериями.

Обсуждая вопрос о способах лечения перитонита, вызванного только что названными гноеродными микробами, мы пришли к совершенно определенному решению, что единственная возможность спасения жизни больной лежит в оперативном лечении, причем шансы на успех тем больше, чем раньше произведена операция.

При гонококковом перитоните, напротив, мы должны считать твердо установленным; что оперативное вмешательство не нужно, так как и без него через несколько дней бурные явления затихнут; конечно, операция, произведенная по поводу гонококкового перитонита, вероятно, в громадном большинстве случаев не повлечет за собою летального исхода, но во всяком случае, она причинит больной много ненужных и тяжелых страданий. Поэтому, чтобы уметь избежать это, мы должны научиться проводить дифференциальную диагностику между различными по этиологии перитонитами, так как только таким путем мы будем иметь возможность выбрать правильный путь лечения.

Установив диагноз гонококкового перитонита, мы, следовательно, должны все наше старание направить на то, чтобы консервативными мерами способствовать скорейшему устранению острых явлений и ограничению процесса, а также возможному облегчению страданий больной.

Прежде всего в подобных случаях должен быть предписан абсолютный покой, причем больная укладывается в постели на спине в горизонтальном положении, так как здесь, в противоположность со случаями стрептококкового перитонита нет необходимости придавать больной наклонного положения. На область живота кладется мешок со льдом, причем, в виду значительной чувствительности брюшной области, лучше подвешивать его на обручах, чтобы своею тяжестью он не причинял больной излишних болей.

Для устранения болей приходится широко пользоваться различными наркотическими, как например, морфием, пантопоном в виде подкожных впрыскиваний или в виде суппозиторий.

Диета должна быть первое время очень строгая; лучше всего ограничиться только жидкой пищей в виде холодного чая, молока или жидкого киселя.

От назначений слабительных или клизм, в остром периоде болезни следует совершенно отказаться; если же больную сильно беспокоят газы, то можно воспользоваться введением в прямую кишку газоотводной трубки, а внутрь следует назначить Salol или Benzoparphthol для уменьшения брожения в кишках.

При задержке мочи, пузырь следует систематически опорожнять при помощи катетера.

Неоднократно поднимался вопрос о применении при гонококковом перитоните лечения специфической сывороткой или вакциной; не входя здесь в оценку этих методов лечения при гоноррейной инфекции вообще, я склонен считать их при гонококковом перитоните излишними.

После того, как бурные явления исчезли и сущность воспалительного процесса сводится к изменениям в придатках матки или к явлениям гонококкового эндоцервицита или уретрита, и лечение наше должно быть направлено соответственным образом, а перитонит может считаться ликвидированным.

Этим мы и закончим обсуждение приведенного случая и перейдем к истории болезни следующей больной.

3. Salpingo-oophoritis; pelveoperitonitis adhaesiva.

Больная А. И., 21 года, замужняя, портниха; уроженка Ленинграда, русская.

В клинику она поступила пять недель тому назад с жалобами на сильные боли внизу живота, на обильные месячные и на бели.

I. Анамнез.

1. Детство. В раннем детстве больная перенесла скарлатину и корь.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на шестнадцатом году и стали приходить через четыре недели, продолжаясь по пяти дней, необильно и без болей; последние месячные пришли семь дней тому назад и только что кончились.

3. Начало половой жизни. Половую жизнь больная начала около года тому назад; в связи с этим она заметила появление гнойных белей, и первое время были рези при начале мочеиспускания.

4. Беременности и их исходы. Не было.

5. Начало настоящего заболевания. По словам больной, при первых же месячных после начала половой жизни, появились сильные боли внизу живота, сопровождающиеся повышением температуры, так что больной пришлось лечь в больницу, где она пробыла шесть недель. В общем, в течение года было три таких сильных приступа болезни, заставлявших больную поступать в больницу; последний раз она выписалась из больницы два месяца тому назад. Кроме того, уже около года, как больная стала замечать, что месячные начали приходить с болями, которые появляются за три или четыре дня до наступления месячных и исчезают только через несколько дней после их прекращения; продолжительность месячных стала больше, достигая семи и восьми дней, и количество теряемой крови тоже увеличилось.

6. Болела ли раньше. Как уже было указано, в детстве больная перенесла скарлатину и корь; других ни общих, ни специально гинекологических заболеваний не было до начала половой жизни год тому назад.

7. Отправления кишечника. Стул задержан, в то время, как прежде кишечник всегда работал правильно.

8. Отправления мочевого пузыря. В настоящее время оно нормально; в связи с началом половой жизни были одно время рези при начале мочеиспускания.

II. *Status praesens*. Больная правильного сложения, среднего роста, удовлетворительного питания. Окраска кожи лица и остальных частей тела, а также видимых слизистых оболочек, нормальна. Грудные железы развиты правильно. Температура, при поступлении больной в клинику, была повышена до 38,8; дальнейшее ее течение представлено на прилагаемой кривой; пульс был учащен и колебался в пределах от 100 до 112 ударов в минуту, но ровный и хорошего наполнения, границы и тоны сердца нормальны; кровяное давление тоже нормально, в среднем равняясь $PMa=116$; $PMi=78$; $PA=28$; число дыханий около 28 в минуту, имеет несколько поверхностный характер; со стороны легких уклонений от нормы нет. Сознание ясное, чувствительность нормальна. Со стороны пищеварительных органов имеются следующие изменения: зубы в хорошем состоянии, язык влажный, но несколько обложен; аппетит плохой. Печень, селезенка и почки уклонений от нормы не представляют.

При осмотре живота ничего ненормального не обнаруживается; при ощупывании брюшной области определяется довольно резкая болезненность внизу живота слева на месте подвздошной области; здесь при пальпации замечается резистентность без ясных границ, простирающаяся пальца на два вверх над Пупартовой связкой; при перкуссии, соответственно упомянутой резистентности, определяется некоторое заглушение кишечного тона.

При осмотре наружных половых частей, уклонений от нормы нет; слизистая оболочка влагалищного входа гиперемирована, в области устьев Бартолиновых желез имеются *puscula gonorrhoeica*, местами имеются группы мелких острых кондилом; из влагалища выделяются слизисто-гнойные бели; из уретры выдавливается мутная капля.

Бимануальное исследование дало следующее: влагалищная часть матки имеет форму тупого конуса; величина и консистенция ее нормальны; наружный зев круглой формы, обращен кзади от проводной оси таза, тело матки нормальной формы, несколько больше и плотнее нормы; матка находится в положении правильной антеверзии-антефлексии, ощупывание ее несколько болезненно, подвижность ограничена, и попытка сместить матку вызывает боль. Слева от матки и несколько кзади от нее прощупывается связанное с углом матки овальное тело величиною в куриное яйцо, болезненное при ощупывании, неравномерной консистенции, подвижность его очень ограничена, и определить в этом теле отдельно трубу и яичник не удается. Справа от угла матки прощупывается плотная, утолщенная в мизинец труба и увеличенный до размеров сливы болезненный яичник. Брюшина малого таза при ощупывании со стороны заднего свода болезненна; скопления жидкости в малом тазу нет; клетчатка таза без изменений.

При исследовании зеркалом, во влагалище имеется довольно много слизистогнойных зеленоватых выделений; на влагалищной части матки, вокруг наружного зева, имеется ободок шириною около половины сантиметра, выделяющийся своей более яркой красноватой окраской; из цервикального канала выделяется довольно много вязкого слизистогнойного секрета.

Произведенные лабораторные исследования дали следующее:

I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи колебалось от 1.200 до 1.600 к. с.; удельный вес от 1.015 до 1.022; реакция кислая; белка и сахара нет; в осадке в умеренном количестве лейкоциты и эпителий пузыря; цилиндров нет.

II. Исследование крови. (См. табл., стр. 165).

III. Бактериологическое исследование:

При бактериологическом исследовании выделений из уретры, результат получился отрицательный; напротив, исследование выделений из цервикального канала обнаружило наличие микроорганизма, обладающего следующими характерными особенностями (см. стр. 166).

Степень чистоты влагалищного содержимого IV R.

IV. Биологические реакции:

Из биологических реакций в данном случае было произведено определение опсонического индекса, который равнялся 0,6 при исследовании 2/III и 10/IV и 0,8 при исследовании 23/III и 3/IV, в то время, как нормальный индекс для гонококка принимается равным 0,8—1,2.

Кривая температуры пульса и дыхания, за время пребывания больной в клинике, представляется в следующем виде (см. кривую стр. 167).

Таким образом, мы располагаем всеми данными, которые мы могли получить, как из анамнеза нашей больной, так и при ее исследовании.

Воспользовавшись ими, постараемся установить здесь распознавание, предсказание и лечение.

Не входя пока в детальную диагностику, мы можем сказать с уверенностью, что имеем в данном случае инфекционное заболевание, так как за это говорит повышенная температура и частый пульс; а в виду того, что боли локализуются в области таза, мы имеем основание думать, что воспалительный процесс исходит из половых органов.

Так как для правильного распознавания болезни весьма важно выяснить время и способ возникновения ее, то для этого необходимо проследить анамнез нашей больной, начиная с детского возраста.

Как мы видели, больная в раннем детстве перенесла скарлатину и корь; но так как половая зрелость наступила своевременно, и месячные имели правильный тип, появляясь каждые четыре недели и продолжаясь по пяти дней в необильном количестве и без болей, то мы можем признать, что названные заболевания не отразились на состоянии ее полового аппарата, и к моменту наступления половой зрелости он был нормально развит.

Следя далее за анамнезом, мы видим, что с началом половой жизни, больная связывает появление гнойных выделений и режущих болей при мочеиспускании, что, как мы уже видели, является первым указанием на гоноррейную инфекцию.

По словам больной, первые же месячные, которые пришли после начала половой жизни, сопровождались сильными болями внизу живота, особенно слева; температура при этом была повышена, и больная чувствовала себя настолько плохо, что принуждена была поступить в больницу; в течение этого года в общем было три таких приступа.

		Нормальная картина крови у женщины.
Количество эритроцитов		4 500.000—5.250.000
Характер эритроцитов.	{ Изменение окраски { Изменен. величины { Изменение формы { Изменение структуры	—
		—
		—
		—
Количество гемоглобина		85 ⁰ / ₀ —110 ⁰ / ₀
Показатель окраски		0,9—1,0
Количество лейкоцитов		7.000—8.000
Лейкоцитарная формула.	{ Нейтрофилы { Эозинофилы { Базофилы { Лимфоциты { Мононуклеары крупн.	4.400-5.200; 55-70 ⁰ / ₀
		80—320; 1—4%
		20—80; 0,1—1 ⁰ / ₀
		1.600-2.400; 20-35%
		250—500; 2—5 ⁰ / ₀
Нейтрофильная картина Арнета.	{ Одноядерные { Двухядерные { Трехядерные { Четырехядерн. { Пятиядерные	8%
		24%
		48%
		16%
		4 ⁰ / ₀
Патологические формы лейкоцитов.	{ Регенерат { Дегенерат.	—
		—
Количество тромбоцитов		250.000
Сухой остаток		21%
Удельный вес		1.050—1.056
Коэффициент вязкости		4,38
Скорость свертывания		7—8 минут.
Щелочность		426—533 м. г. NaOH
Резистентность эритроцитов		Rm. 0,33 ⁰ / ₀ ; Rm. 0,48% NaCl.
Количество гликогена		—
Скорость осаждаем. эритроцитов		5 час.

Исследование 1. —год III мес. 11 числ.	Исследование 2. —год III мес. 23 числ.	Исследование 3. —год IV. мес. 3 числ.	Исследование 4. —год IV мес. 10 числ.
3.400.000	4.000.000	4.300.000	4.150.000
нет	нет	нет	нет
(НЕМНОГО МИКРО- И МАКРОЦИТОВ.	тоже	тоже	тоже
нет	нет	нет	нет
нет	нет	нет	нет
76%	76 ⁰ / ₀	78 ⁰ / ₀	76%
0,9	0,95	0,9	0,9
11.500	9.800	11.800	11.500
60% — 6.900	56 ⁰ / ₀ — 5500	58 ⁰ / ₀ — 6850	59% — 6.850
5,6% — 650	5,7 ⁰ / ₀ — 560	5,6 ⁰ / ₀ — 650	5,5% — 640
0,4% — 50	0,6 ⁰ / ₀ — 60	0,4 ⁰ / ₀ — 50	0,5% — 60
31% — 3.600	31,6 ⁰ / ₀ — 3400	33,4 ⁰ / ₀ — 3950	31,7% — 3650
2,6% — 300	3% — 280	2,4 ⁰ / ₀ — 290	2,6% — 300
11 ⁰ / ₀	7 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀	9%
29 ⁰ / ₀	23 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀	25%
47 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀	49 ⁰ / ₀	47%
11 ⁰ / ₀	16 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀	16%
2 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀	3%
—	—	—	{ НЕМНОГО МЕТО- МИЭЛОЦИТОВ.
—	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—
1048	1048	1051	1049
4,0	4,4	4,9	4,1
8 минут	8 минут	7 минут	8 минут
428	436	432	429
0,48%	0,48	0,51%	0,48%
—	—	—	—
26 минут	48 минут	32 минуты.	25 мин.

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки, уплощенные с одной стороны.
2. Группировка. — Парами.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Аэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Умеренная вдоль штриха.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - a) Вид колоний.
 - b) Разжижение.
2. Бульон:

<ol style="list-style-type: none"> a) Муть. b) Осадок. c) Пленка. 	Не дает роста.
--	----------------
3. Агар:
 - a) Рост на простом агаре — Нет.
 - b) Рост на сахарном агаре — Нет.
 - c) Рост на кровяном агаре. — Мелкие колонии в виде капель росы.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды. — Агар с чeловеч. кровян. сывороткой.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. Gonococcus.

Из приведенных данных мы должны заключить, что инфекция не ограничилась нижними отделами полового аппарата, а повидимому, распространилась кверху и достигла придатков матки.

На основании анамнеза, в данном случае мы скорее всего, конечно, можем допустить гонококковую инфекцию, и это предположение подтверждается здесь, во-первых, наличием тасца gonorrhoeica и острого кондилом в области влагалищного входа и выделением мутной капли из уретры, а во-вторых, нахождением гонококка в выделениях из цервикального канала, причем последнее обстоятельство решает вопрос о возбудителе инфекции у нашей больной с полной очевидностью, именно, мы можем сказать, что гоноррея здесь имеется; в-третьих, наконец, некоторые особенности со стороны картины крови,

как увеличение количества лимфоцитов до 3600—3900, и количества эозинофилов до 560—660, а также понижение опсонического индекса говорит за то, что в настоящий момент главные проявления болезни, т. е. высокая температура, частый пульс и боли зависят от наличия гонококков в тканях больной.

Таким образом первый фактор, определяющий собою инфекционное заболевание, его возбудитель, в нашем случае может считаться установленным и является гонококком.

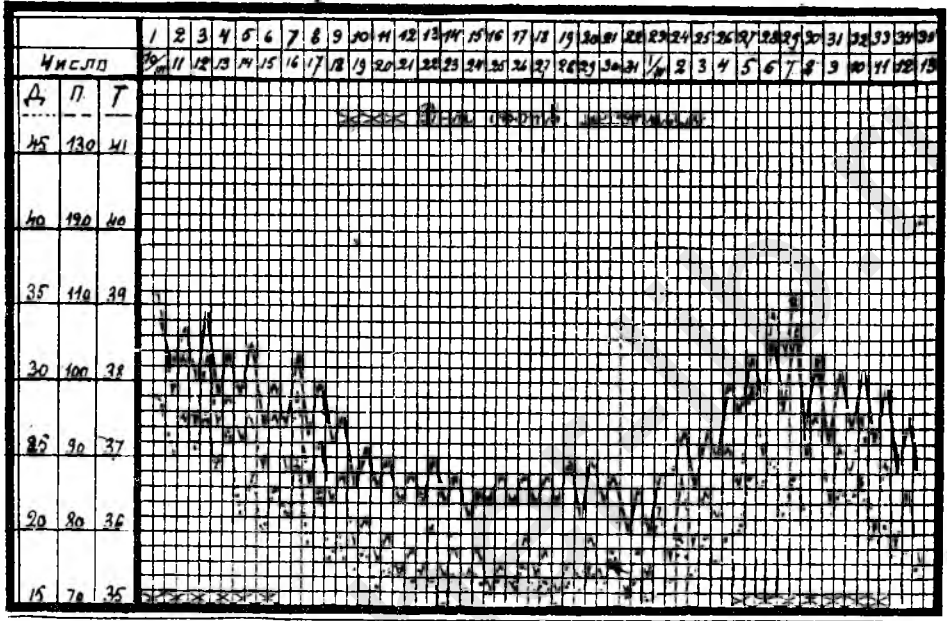


Рис. 66. ×××× Дни соответствующие месячным.

Перейдем теперь к определению второго фактора, т. е. к выяснению локализации инфекции в организме больной и тех анатомических изменений, которые с ней связаны.

На основании показаний больной, что вскоре после начала половой жизни у нее появились бели и режущие боли в начале мочеиспускания, мы должны думать, что гонококки проникли одновременно в наружное отверстие мочеиспускательного канала, вызвав здесь явления уретрита, и во влагалище, откуда они проникли без труда в цервикальный канал и вызвали здесь явления эндоцервицита. Это предположение подтверждается также и данными исследования, так как до сих пор из мочеиспускательного канала удается выдавить мутную беловатую каплю, хотя острые явления уретрита уже успели исчезнуть; со стороны влагалищной части матки и цервикального канала тоже есть указания на имеющиеся здесь воспалительные изменения; состоят они в том, что вокруг наружного маточного зева имеется воспалительная эрозия в виде ярко-красного пояса шириною около половины сантиметра, а кроме того из цервикального канала

выделяется в усиленном количестве слизистисто-гнойный секрет, как результат гиперсекреции находящихся здесь желез.

Эти выделения, содержащие в себе гонококков, постоянно приходят в соприкосновение со слизистой оболочкой влагалища и влагалищного входа, и несмотря на то, что многослойный плоский эпителий, покрывающий эти отделы половых органов, мало реагирует на гонококковую инфекцию, мы находим у нашей больной, как результат постоянного раздражения, образование острых кондилом, разбросанных отдельными группами; кроме того те же выделения соприкасаются с выводными отверстиями Бартолиновых желез, при чем гонококки проникают в просвет выводных протоков и вызывают образование *massula gonorrhoeica*, что мы имеем и у нашей больной.

В дальнейшем течении болезни мы видим, что острые явления уретрита исчезли и что выделения из мочеиспускательного канала не содержат в себе гонококков, но в то же время распространение инфекции пошло вперед в другом направлении, и при первом же менструальном периоде обнаружилось обострение процесса, сопровождающееся острыми болями и высокой температурой.

Так как при исследовании больной мы нашли у нее изменения в придатках матки, то мы должны себе представить, что гонококки из цервикального канала проникли в полость матки, а отсюда на слизистую оболочку труб и далее на брюшину малого таза.

Проникнув в полость матки, гонококки распространяются здесь, как и в других отделах полового аппарата, главным образом, в пределах слизистой оболочки матки. По наблюдениям Витт'а, совпадающим с данными полученными Wertheim'ом, гонококки не распространяются по всей поверхности матки, а локализуются на отдельных ее участках, здесь они вызывают изменения в цилиндрическом эпителии, который подвергается метаплазии и становится многослойным и плоским. Проникая в межжелезистые участки, гонококки вызывают здесь резкую инфильтрацию подэпителиальной соединительной ткани гнойными круглыми клетками. В просвет желез гонококки глубоко не проникают, и эпителий их остается неизменным, что по мнению Витт'а зависит от невосприимчивости эпителия желез к гонококковой инфекции. Однако вследствие воспалительных изменений в межжелезистой ткани нередко приходится наблюдать гиперплазию и гипертрофию заложённых в ней желез, что сопровождается гиперсекрецией. При наличии острого гонорейного эндометрита Wertheim допускает возможность проникновения гонококков и в мышечную стенку матки вплоть до серозного ее покрова. Но если даже такое глубокое внедрение гонококков не имеет места, то все-таки наличие острого эндометрита не может не вызвать реакции со стороны всего органа в виде серозного пропитывания мышечной стенки матки, мелкоклеточной инфильтрации по ходу сосудов и расширения последних; при исследовании больной это сказывается в увеличении, ненормальной мягкости и чувствительности матки и сопровождается повышением температуры, а также жалобами больной на боли внизу живота, на чувство тяжести и напряжения. Как и в других отделах полового аппарата, острые явления сравнительно быстро затихают, а в тканях матки развиваются изменения, типичные для хронического метроэндометрита, при чем они не представляют собою ничего специально характерного для гонорей.

Так как в анамнезе нашей больной было отмечено несколько острых приступов, то весьма вероятно, что первый из них зависел от воспалительного процесса в матке и уже позднее дело дошло до перехода инфекции на придатки.

Больная указывает на то, что со времени ее заболевания, следовательно, уже около года, месячные изменили свой прежний характер; именно они стали приходиться с болями, которые появляются за три или за четыре дня до наступления месячных и исчезают только через несколько дней после их прекращения; кроме того продолжительность месячных увеличилась до семи дней вместо прежних пяти, и количество теряемой крови тоже стало больше. Эти указания в связи с болезненностью матки при ощупывании вполне подтверждают наше предположение, что гонококковая инфекция должна была вызвать в матке определенные изменения прежде, чем проникнуть в просветы труб и мы должны себе их представить в виде метро-эндометрита.

Что касается эндометрита, то, вероятно, здесь имеется в слизистой оболочке полости матки смешанная его форма, так называемый *endometritis diffusa*, где в процессе принимают участие и железы, и межжелезистая ткань; железы находятся в состоянии гиперплазии и гипертрофии, и это вызывает их усиленную секрецию, а межжелезистая ткань представляет изменения, состоящие в расширении капиллярной сети, в серозном пропитывании и в мелкоклеточной инфильтрации, что в свою очередь вызывает характерные изменения со стороны месячных, носящие название меноррагии. Считаясь с симптомами эндометрита, мы должны его здесь назвать *endometritis catharalis et haemorrhagica*.

В области цервикального канала мы будем иметь по преимуществу изменения со стороны желез, при чем некоторые железы оказываются настолько растянутыми вязким секретом, что образуют небольшие круглые полости или кисты, выпячивающиеся через слизистую оболочку влагалищной части матки в виде *ovula Nabothi* кроме того в непосредственной окружности наружного маточного зева многослойный плоский эпителий заменяется цилиндрическим, разрастающимся сюда из цервикального канала и возникает так называемая воспалительная эрозия которая от окружающих тканей отличается своим красным цветом и бархатистым видом.

Изменения в мышечной стенке матки мы должны представить себе в таком виде, в каком мы их имеем во втором периоде метрита, именно когда застойная гиперемия и серозное пропитывание тканей уже исчезло и мелкоклеточная инфильтрация переходит в образование молодой соединительной ткани; в это время матка продолжает оставаться увеличенной, но консистенция ее из мягкой становится более плотной, и к этим объективным признакам, указывающим на какие-то воспалительные изменения в стенке матки, присоединяется еще некоторая болезненность при ее ощупывании, что мы находим и у нашей больной.

При благоприятных обстоятельствах, каковыми часто являются месячные или послеродовой период, гонококки могут из полости матки распространиться на слизистую оболочку труб через маточное их отверстие. И здесь гонококки гнездятся в толще самой слизистой оболочки и распространяются по поверхности, хотя по наблюдениям

Wertheim'a не исключена возможность проникания их в мышечную стенку трубы и отсюда на ее брюшинный покров.

Как в других слизистых оболочках, так и в слизистой оболочке трубы гонококки прежде всего вызывают гиперемия ткани и ее отек, сопровождающийся слущиванием покровного эпителия и образованием гнойного экссудата. Благодаря набуханию складок слизистой оболочки трубы и слущиванию покрывающего ее мерцательного эпителия легко происходит склеивание соприкасающихся между собою складок и облитерация просвета трубы, что, естественно, должно чаще иметь место в более узком маточном отделе ее; впоследствии непроходимость трубы служит причиной бесплодия.

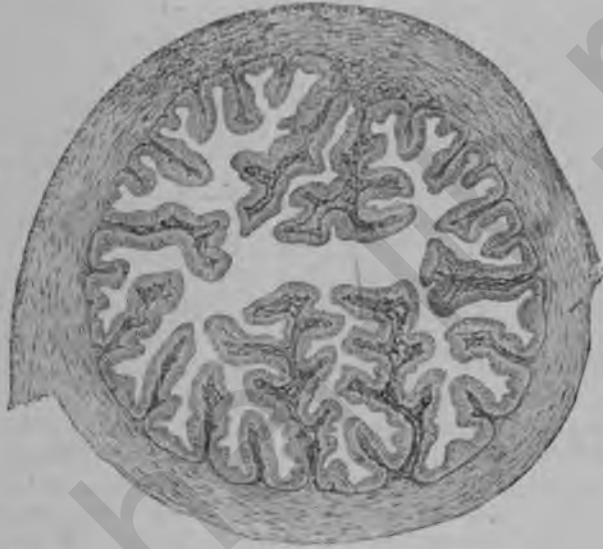


Рис. 67. Поперечный разрез трубы в среднем отделе.
(Из руков. по гинекологии Menge и Opitz).

С другой стороны, благодаря скопляющемуся в трубе гнойному экссудату, просвет ее расширяется, и образуется мешок, наполненный гноем, так называемый *pyosalpinx*; однако, надо иметь в виду, что эти гнойные опухоли труб редко достигают при гонококковой инфекции больших размеров, и, во всяком случае, они меньше, чем при стрептококковой или стафилококковой инфекции; зависит это, во первых, от того, что образование гнойного экссудата при гоноррее вообще прекращается сравнительно скоро; а во-вторых, при воспалении слизистой оболочки трубы процесс никогда не ограничивается только эндосальпингитом, и всегда одновременно наблюдается реактивное воспаление всей толщи стенки трубы, т. е. мезосальпингит и перисальпингит; это проявляется сперва серозным пропитыванием и мелкоклеточной инфильтрацией мышечной стенки с образованием фибринозного экссудата на брюшинном ее покрове; позднее здесь развивается соединительная ткань, благодаря чему стенка трубы становится плотной, регидной и труднее поддается растяжению.

Содержимое такого *pyosalpinx*'а в первое время состоит из гноя, который по составу своему отличается от гноя при других видах инфекции своим богатством лимфоцитами, в дальнейшем жидкие составные части экссудата могут всасываться, содержимое трубы будет сгущаться, и на первый план выступают изменения со стороны стенки трубы в виде ее сморщивания и уплотнения.

Распространяясь по слизистой оболочке трубы от маточного ее конца к ампулярному, гонококки вместе с гнойным содержимым трубы легко проникают на соседние отделы тазовой брюшины; в ответ на это всегда приходится наблюдать признаки раздражения брюшины в виде резких болей, значительного учащения пульса, рвоты и т. д.; но они обычно быстро затихают, оставляя после себя, однако, обширные



Рис. 68. *Salpingitis gonorrhoeica* (Из патол. анат. Gebhard'a).

сращения между трубами, яичниками, маткой, прилегающими петлями кишек и париетальной брюшиной. Благодаря этим сращениям ампулярный конец трубы становится непроходимым, и дальнейшее поступление гноя в брюшную полость прекращается; труба же вместе с припаянным к ней яичником, сальникам и петлями кишек представляет образование иногда в виде довольно массивной опухоли, болезненной и мало подвижной.

Яичник, вовлеченный в воспалительный процесс, обычно не инфицируется непосредственно гонококками, и происходящие в нем изменения сводятся к гиперэмии с развитием соединительной ткани и с последующем склерозом его стромы; благодаря этому созревающие фолликулы теряют возможность достигнуть поверхности яичника и своевременно вскрыться; в таком, если можно так выразиться, перезревшем фолликуле яйцевая клетка и клетки *membrana granulosa* погибают, а на месте его образуется маленькая ретенционная киста. Со временем весь яичник оказывается сплошь пронизанным такими кистозными образованиями, и это состояние носит название мелкокистозного перерождения яичника.

В некоторых случаях гонококки распространяются и на самый яичник, проникая с его поверхности или в свежо образованное желтое тело, или в еще не вскрывшийся фолликул и вызывают здесь возникновение гнойника, носящего название *pyovarium*. И в яичнике гнойник обыкновенно не достигает большой величины, редко превышая своим размером сливу или куриное яйцо; характер гноя такой же, как и в гонококковом *pyosalpinx'e*; внутренняя поверхность гнойной полости выстлана посредством *membrana pyogenica*, а стенка образована за счет воспаленной ткани самого яичника.

Гораздо реже в области таза между образовавшимися склейками или в глубине заднего Дугласова пространства образуются небольшие осумкованные скопления гноя или серозного выпота.



Рис. 69. *Pyovarium gonorrhoeicum*.

Очертив в кратких словах те анатомические изменения, которые приходится наблюдать при распространении гонококковой инфекции из цервикального канала в вышележащие отделы половых органов, постараемся на основании данных исследования определить их у нашей больной.

Как было сказано, в нашем случае данные исследования обнаружили следующую картину: слева от матки и несколько кзади от нее прощупывается связанное с углом матки овальное тело величиною в куриное яйцо, болезненное при ощупывании, неравномерной консистенции; подвижность его очень ограничена, и определить в этом теле отдельно трубу и яичник не удастся; справа от угла матки прощупывается плотная утолщенная в мизинец труба и увеличенный до размеров сливы болезненный яичник; брюшина малого таза при ощупывании со стороны заднего свода

болезненна; скопления жидкости в малом тазу нет; клетчатка таза без изменений; матка в правильном положении, ощупывание ее несколько болезненно, подвижность ее ограничена, и попытка сместить матку вызывает боль. !

Таким образом мы прежде всего можем констатировать у нашей больной воспалительные изменения в придатках матки как левой, так и правой стороны; однако, эти изменения не одинаковы, и в то время как слева процесс еще находится в подостром состоянии, на что указывают боли, справа он уже перешел в хроническое состояние. Более детальные изменения в придатках мы можем себе представить здесь так: найденная слева от матки опухоль величиною в куриное яйцо, вероятно, представляет собою спаянные друг с другом трубу и яичник, так как отдельно мы контурировать их не можем; неравномерная консистенция названной опухоли, вероятно зависит от того, что местами

труба растянута экссудатом, местами же только утолщена на счет инфильтрации стенки; и в яичнике при разрезе его нашли бы здесь небольшие полости или содержащие гной, или представляющие собою растянутые серозной жидкостью фолликулы. Справа изменения в трубе состоят исключительно в утолщении ее стенки без скопления экссудата благодаря чему труба оказывается плотной и равномерно утолщенной; яичник с этой стороны оказывается увеличенным и болезненным, что, вероятно зависит от мелкокистозного его перерождения и гиперэмии. В виду менее резко выраженных изменений в правых придатках и значительно меньшей болезненности, надо, думать, что воспалительный процесс в них более давний, и что он возник здесь еще при одном из предшествующих острых приступов болезни.

Нарушение подвижности матки и придатков обязано склейкам и спайкам, образовавшимся между органами таза, пристеночной брюшиной, а может быть и петлями кишек благодаря местному воспалению брюшины, которое вызвало образование фибринозного экссудата.



Рис. 70. Pyosalpinx gonorrhoeica sinistra et salpingoophoritis gonorrhoeica dextra (вид сзади). (Из руков. по гинек. Menge и Opitz'a).

Зная анатомические изменения в половых органах нашей больной и возбудителя инфекции, вызвавшего здесь воспалительный процесс, мы можем формулировать наш диагноз следующим образом:

Salpingo-oophoritis bilateralis; pelveoperitonitis adhaesiva, endocervicitis gonorrhoeica.

Остановившись на этом диагнозе, нам остается его проверить в том отношении, что весь симптомокомплекс здесь действительно является результатом гонококковой инфекции.

Конечно, уже наличие гонококков в выделениях цервикального канала и отсутствие каких-либо других этиологических моментов делает это предположение весьма вероятным; если же мы еще раз вспомним те результаты, которые нами были получены при исследовании крови, то эта вероятность должна перейти в полную уверенность.

Из особенностей, полученных нами при исследовании крови и характерных для гонорреи мы должны здесь отметить следующее.

Во-первых, несмотря на то, что кровь для исследования бралась как при нормальной, так и при повышенной температуре, лейкоцитоз повышался мало и самое большее достигал 11.800; как известно, при

большинстве острых инфекционных заболеваний лейкоцитоз повышается значительно сильнее, в то время как по наблюдениям Pankow'a, Dützmann'a, Blumenthal'я, Lange, Gräfenberg'a, Вайнштейна, Теребинской и некоторых других, при гонококковой инфекции этого наблюдать не приходится; исключение составляет только бурное течение гонорреи в послеродовом периоде; Теребинская, на основании своих исследований, приходит к выводу, что лейкоцитоз при гоноррее, несмотря на наличие гонококков в выделениях, повышается мало; только при обострении процесса с значительным повышением температуры он нарастает до 12.500—13.000; объясняет это названный автор тем, что продукты жизнедеятельности гонококка не обладают положительным гемотоксином по отношению к нейтрофильным лейкоцитам, что воспалительный процесс при гоноррее обычно носит местный характер, и что гемотоксин обладает склерозирующим влиянием на ткани, благодаря чему происходит надежная изоляция воспалительного очага.

Во-вторых, количество эозинофилов у нашей больной при всех исследованиях крови достигало от 5,5% до 5,7% или от 560 до 660 в одном кубическом миллиметре, другими словами, значительно превышало нормальное их количество; по наблюдениям целого ряда лиц, как Seifert, Вайнштейн, Gräfenberg, Lange и других, количество эозинофилов повышается при гоноррее довольно значительно; последний автор говорит, что при незначительной лихорадке или даже без нее, при небольшом усилении лейкоцитоза эозинофилы возрастают в количестве так, как ни при каком другом заболевании, и могут достигнуть 15% и даже 20%; по наблюдениям других, как Posner, Lewin, Blumenthal и Теребинская, увеличение количества эозинофилов при гоноррее не обязательно.

В-третьих, в нашем случае наблюдалось стойкое увеличение количества лимфоцитов, которое колебалось в пределах от 3600 до 3950 в одном куб. миллиметре, в то время как при нормальных условиях высший предел равняется 2400; повышение количества лимфоцитов приводится как один из характерных признаков для гонорреи Lange, Gräfenberg'ом и Теребинской, при чем по данным последнего автора лимфоцитоз у исследованных ею больных в большинстве случаев был выше 30%, достигая в некоторых случаях 45%, приняв за высший предел нормального содержания лимфоцитов 35%, мы при повторном исследовании у нашей больной имели количество их, равное от 31% до 34,6%, т. е. оно как будто не превышало нормы; однако, как мы видели выше, абсолютное количество лимфоцитов здесь превышало нормальные цифры не менее, чем в полтора раза, и этот пример наглядно подтверждает нам правило, что при определении лейкоцитарной формулы во избежание ошибки надо определять и процентное отношение и абсолютные цифры отдельных форм лейкоцитов.

В-четвертых, наконец, при определении опсонического индекса у нас было обнаружено его понижение до 0,6 при исследовании 11/III и 10/IV, которые совпали с повышением температуры до 38,8° и 38,2°; при исследовании 23/III, когда температура была нормальна, а также при исследовании 3/1, когда она была незначительно повышена до 37,4°, опсонический индекс стоял на нижней границе нормы и равнялся 0,8; хотя в настоящее время диагностическое значение опсонического индекса признается не всеми, но другие, например Теребинская, находят, что постоянство пониженного состояния индекса при гоноррее

дает возможность признать за ним некоторое диагностическое значение; названный автор предлагает все формы женской гонорреи, не связанные с послеродовым состоянием, отнести к первой из тех групп, на которые Wright делит все заболевания по их отношению к влиянию на состояние опсонического индекса, именно, где очаг болезни строго локализован, и где связь с лимфообращением и кровообращением незначительна, благодаря чему продукты жизнедеятельности бактерий попадают в общий круг кровообращения только в незначительном количестве и не дают достаточного толчка к выработке антител; мне кажется, что некоторые формы женской гонорреи, например, настоящий случай, можно отнести ко второй группе, где процесс слабо отграничен, и где иммунизирующие продукты, попадая в общий круг кровообращения, заставляют организм защищаться, при чем, по мнению Wright'a, опсонический индекс в этих случаях может быть как выше, так и ниже.

Приведенных данных, мне кажется, достаточно, чтобы признать, что у нашей больной вся картина болезни представляет собою результат гонококковой инфекции, и мы можем перейти к тому, чтобы установить здесь предсказание и наметить план лечения.

Что касается первого, то при инфекционных заболеваниях мы вернее и легче всего получаем ответ, руководствуясь состоянием защитных сил организма. В данном случае, как видно из картины крови, где отклонения от нормы незначительны, так и из общего состояния больной, не может идти разговора об опасности для жизни; но если больная нас спросит, можем ли мы обещать ей полное выздоровление, то нам придется ответить ей безусловно отрицательно. Правда, и при переходе гоноррейной инфекции на придатки матки описаны случаи полного излечения, но они представляют собою счастливое исключение, когда процесс ограничивается только эндосальпингитом; в большинстве же случаев, как и у нашей больной, к этому присоединяется инфильтрация мышечной стенки трубы, облитерация ее просвета, образование сращений с соседними органами и мелкокистозное перерождение яичников; и при таких условиях рассчитывать на *restitutio ad integrum*, конечно нельзя.

При выборе способа лечения мы должны преследовать две цели: во-первых, нам надлежит уничтожить находящегося в тканях больного организма возбудителя инфекции, каковым здесь является гонококк; во-вторых, мы должны стараться устранить все те изменения, которые вызваны в половых органах воспалительным процессом.

Для достижения первой цели мы можем воспользоваться определенными лекарственными веществами, которые могут быть применены двояким способом: или мы остановим наш выбор на таких веществах, которые, будучи применяемы местно, убивали бы гонококков непосредственно в пораженных ими тканях, или мы можем воспользоваться такими веществами, которые после введения их тем или иным путем в кровь больного повышали бы сопротивляемость тканей инфицированного организма.

Остановимся сперва на первом методе лечения и посмотрим, что мы можем от него ждать в нашем случае.

Так как сущность этого метода состоит в том, что лекарственное вещество тем или иным приемом доставляется к месту нахождения гонококков и здесь действует на них непосредственно, благодаря своей

способности убивать данный вид бактерии, то само собою понятно, что воспользоваться им мы можем только при определенной локализации инфекции.

Что касается лекарственного вещества, то для этой цели можно воспользоваться следующими препаратами: 1) *Solutio argenti nitrici* 0,5—5%, 2) *Solutio protargoli* 1—10%, 3) *Solutio Argentamini* 1—10%.

Прежде всего местное лечение, конечно, должно быть применено при поражении мочеиспускательного канала, где лекарство вводится в уретру при помощи спринцовки Тарновского в количестве от одного до двух кубических сантиметров жидкости; эти впрыскивания могут производиться только после того, как острые явления успеют затихнуть; повторяются они ежедневно или через день; мы предпочитаем пользоваться для этой цели *Solutio argentamini*, начиная с 1% и постепенно повышая концентрацию до 5%.

С таким же успехом местное лечение может быть применено при эндоцервиците, при чем здесь лекарство, например *Solutio argentamini* 5—10%, применяется в виде смазывания слизистой оболочки цервикального канала при помощи зонда Плейфера, обернутого ватой.

Два вышеназванных отдела полового аппарата легко доступны применению местного лечения, но при распространении гонококков на вышележащие участки половых органов дело обстоит уже не так просто.

Распространяясь из цервикального канала кверху, инфекция сперва вызывает воспаление слизистой оболочки полости матки и отсюда уже может перейти на трубы и далее поэтому перед нами возникает вопрос, насколько этот метод лечения осуществим при заболевании слизистой оболочки тела матки и, наконец, при заболевании придатков.

Что касается полости матки, то кроме гонорреи и при ряде других заболеваний мы применяем введение сюда лекарственных веществ, при чем для этой цели мы можем воспользоваться или шприцем Бруна, имеющим длинный тонкий наконечник, или зондом Плейфера; в первом случае лекарственное вещество впрыскивается в матку, во втором—производится смазывание внутренней поверхности ее. Однако, Menge справедливо замечает, что при всех манипуляциях в полости матки при гоноррее должна соблюдаться особенно большая осторожность, так как и впрыскивание и смазывание легко могут вызвать рефлекторное сокращение мышечной стенки матки, передающееся и на стенки труб; если же в последних содержится экссудат, то он легко может излиться в брюшную полость и вызвать тяжелые последствия.

Поэтому в остром периоде, когда имеется даже небольшое повышение температуры, как впрыскивания в полость матки, так и смазывания безусловно не должны производиться. В хронических случаях при нормальной температуре следует вводить лекарственное вещество без предварительного расширения цервикального канала, поэтому целесообразнее будет применять впрыскивания, так как при попытке смазать полость матки зондом, обернутым смоченною в лекарстве ватой, благодаря узости цервикального канала лекарственное вещество в матку не проникнет; но если бы мы непременно хотели ограничиться только смазыванием, мы можем успешно достигнуть этого воспользовавшись следующим приемом: наконечник шприца Брауна обертывается тонким слоем ваты, вводится в полость матки и затем вата уже в самой полости матки смачивается лекарственным веществом, поступающим туда через наконечник из приставленного к нему шприца.

На практике нам вообще редко приходится пользоваться введением лекарственных веществ в полость матки специально для лечения гонококкового эндометрита, так как слизистая оболочка полости матки служит в большинстве случаев только переходным этапом для распространения инфекции на придатки, в то время как из полости матки гонококки исчезают довольно быстро и без лечения; но если нам приходится в этих случаях применять местное лечение, то мы пользуемся исключительно *Solutio argentamini* от $\frac{1}{2}$ до 2% концентрации 1—2 куб. сант.

После того, как гонококки успели распространиться на слизистую оболочку труб, возможность местного лечения становится еще более затруднительной. Хотя Zweifel и доказал, что при введении жидкости в полость матки удается вызвать ее проникновение в просветы труб, однако, это оказывается возможным только тогда, когда нет облитерации маточного конца трубы. Мы лично имели возможность неоднократно убеждаться, что, впрыскивая в полость матки раствор метиленовой синьки непосредственно перед оперативным удалением измененных придатков, слизистая оболочка труб оказывалась окрашенной в синий цвет на значительном протяжении; однако надо иметь в виду, что при гонорейных сальпингитах особенно легко происходит заращение просвета трубы.

Попытки применения местного лечения гонорейных сальпингитов были сделаны Aulchoff'ом, Теребинской и некоторыми другими со сравнительно хорошими результатами; но из вышесказанного видно, что этому способу лечения доступен, к сожалению, только ограниченный ряд случаев, где маточный конец трубы проходим для жидкости, кроме того непременно условием для применения этого лечения является отсутствие острых воспалительных изменений в придатках, так как иначе неизбежно произойдет их обострение.

Что касается техники применения этого способа лечения в указанных случаях, то состоит она в том, что в полость матки при помощи шприца Брауна вводится ежедневно или через день от одного до двух кубич. сантиметров 2% раствора *argentamini*, число впрыскиваний в среднем колеблется в пределах от 20 до 30.

При гонорейном заболевании яичников и брюшины применение лечения с непосредственным местным воздействием лекарственного вещества на пораженные участки, конечно, неосуществимо. Таким образом, мы должны придти к заключению, что местное лечение гонорей женских половых органов вполне рационально, но доступно оно только для определенной группы случаев.

У нашей больной, где заболевание придатков находится в таком состоянии, когда даже предменструальная гиперемия при больничном содержании больной дает обострение процесса с резким повышением температуры, названный способ лечения может быть пока применен только в виде осторожного смазывания цервикального канала, так как всякие манипуляции в матке рискованны, а введение лекарства в уретру не нужно, так как там гонококков не обнаружено.

Второй принцип лечения гонорей состоит в введении лекарственных средств в кровь больной. Этот способ лечения может преследовать две цели: или вводимое в кровь вещество повышает сопротивляемость тканей больного организма, или же в кровь вводятся вещества, обладающие бактерицидными свойствами, благодаря чему

они понижают жизнедеятельность возбудителя инфекции или даже убивают его. На первом свойстве вводимых в кровь веществ основан способ вакцинотерапии или активной иммунизации, а на втором основан способ пассивной иммунизации.

Первый, кто воспользовался вакцинацией не только в целях предохранительных, но и в целях лечебных, был Wright, а одним из первых, применивших вакцинотерапию при хронической женской гоноррее, был Allen. Вскоре вакцинотерапия, как и всякий новый способ лечения, вызвала сильное увеличение и стала очень широко применяться; но не долго пришлось ждать, чтобы описанные вначале блестящие результаты, проверенные более спокойно и беспристрастно, оказались гораздо менее утешительными; а в настоящее время насчитывается уже немного горячих защитников вакцинотерапии при женской гоноррее.

Однако, это вовсе не значит, что неуспех вакцинотерапии при гоноррее дискредитирует вообще принцип этого метода лечения. Здесь неудача объясняется исключительно биологическими особенностями гонококка, который, как мы знаем, не вызывает иммунитета после перенесенной инфекции и даже возможна реинфекция; далее, можно считать установленным, что даже при наличии хронической гонорреи может произойти новое заражение гонококком; наконец, как при хронической, так и при острой гоноррее реакция отклонения комплемента дает в большинстве случаев отрицательный результат; все это доказывает, что в крови больной, при наличии в ее тканях живого и жизнеспособного гонококка, не образуется в достаточном количестве специфических антител; тем более, следовательно, мы не можем этого ждать при введении в организм убитой культуры гонококка.

На основании этих соображений и целого ряда клинических наблюдений у нас сложилось определенно отрицательное отношение к вакцинотерапии при женской гоноррее, и мы не будем входить здесь в детали техники ее применения, а ограничимся только некоторыми общими сведениями.

Вакцина, применяемая для лечения гонорреи, представляет собою убитую нагреванием чистую культуру гонококка, при чем для лечебных целей пользуются обыкновенно поливалентной вакциной, т. е. приготовленной из нескольких культур, полученных из разных источников; лечебная сила вакцины определяется количеством микробных тел на 1 куб. см.; в продаже имеется несколько различных образцов вакцин, значительно отличающихся одна от другой своей силой; английская вакцина Wright'a изготовляемая фирмой Park Dawis, имеется в двух концентрациях, одна содержит 5.000.000, а другая 10.000.000 гонококков в одном куб. см.; в Германии наибольшим распространением пользуются вакцины двух лабораторий: вакцина Reiter'a, содержащая 5.000.000 гонококков в 1 куб. см., и вакцина Bruck'a, содержащая 20.000.000 и приготовляемая лабораторией Schering'a по названию Arthigon; в России в Ленинграде изготовляется вакцина бактериологическим институтом, содержащая 100.000.000 гонококков в 1 куб. см.; а в Москве имеется вакцина, изготовляемая лабораторией Блументалля и содержащая 5.000.000 гонококков в 1 куб. см. Дозировка вакцин зависит от ее концентрации; но у различных авторов как величина первоначальной, так и максимальной дозы колеблется в очень широких

границах от одного до нескольких сотен миллионов гонококков; общее число впрыскиваний у большинства не превышало 10, при чем промежутки между впрыскиваниями колебались от одного до четырнадцати дней.

В 1906 году I. Torrey впервые сделал попытку приготовить противогонококковую лечебную сыворотку, иммунизируя гонококками кроликов и коз, и доказал, что эта сыворотка нейтрализует эндотоксин гонококка *in vitro*. С лечебной целью эта сыворотка была применена Rogers'ом, Bruck'ом и многими другими и результаты получились чрезвычайно разноречивые. Но рассуждая теоретически и помня, что гонококк является чистым паразитом только по отношению к человеку, причем даже при наличии его в тканях человеческого организма в крови не обнаруживается в заметном количестве специфических антител, трудно себе представить, чтобы мы, иммунизируя животное, невосприимчивое к гонококку, могли получить в его крови достаточное для лечебных целей количество специфических антител. Поэтому способность сыворотки I. Torrey'a нейтрализовать эндотоксин гонококка и давать реакцию агглютинации, еще не доказывает ее целебных свойств; как было уже сказано, у различных авторов результаты от ее применения оказались весьма разноречивы, и это вполне подтверждает высказанные нами соображения.

Подводя итоги оценке приведенных способов лечения гонорреи женских половых органов, мы приходим к выводу, что единственным рациональным способом является лечение, состоящее в непосредственном местном воздействии лекарственного вещества на ткани, содержащие в себе гонококков, в тех же случаях, когда по условиям топографическим или другим местное лечение не применимо, там приходится пользоваться обычными методами, употребляемыми нами при всяких воспалительных процессах.

Заканчивая этим обсуждение способов лечения гонококкового воспаления придатков матки вообще, перейдем к лечению нашей больной.

В первое время при наличии острых явлений должно быть назначено постельное содержание при соблюдении строгого покоя и неподвижного лежания на спине; на низ живота кладется пузырь со льдом, а в случае сильных болей можно пользоваться суппозиториями с морфием, пантопоном или другими наркотическими веществами. Первые, три, четыре дня лучше совсем не вызывать действия кишечника, а затем делать это с большой осторожностью, избегая слабительных и пользуясь только небольшими клизмами в 1—1½ стакана теплой воды с прибавлением одной или двух чайных ложек глицерина. По возможности надо больную заставлять мочиться самостоятельно; если же она этого не может, то приходится выпускать мочу катетером, назначая в то же время внутрь что-нибудь для предупреждения цистита, например:

Saloli ..
Urotropini aa 0,3

D. S. Три раза в день по порошку.

В это же время следует назначить тепловатые влагалищные спринцевания в 28 или 29 градусов, прибавляя на каждые три стакана воды одну чайную ложку 25% раствора *Zinci chlorati*, при чем спринцевания следует делать под небольшим давлением, т.-е. кружку вешать не высоко.

Местное лечение уретрита и эндоцервицита можно начать только тогда, когда исчезнут острые явления со стороны придатков, т.е. когда боли затихнут и температура опустится хотя бы до субфебрильных цифр. Как нами уже указывалось, для лечения уретрита мы можем воспользоваться здесь ежедневными впрыскиваниями в мочеиспускательный канал при помощи спринцовки Тарновского от одного до двух куб. сантиметров 2% раствора *argentamini*, а для лечения эндоцервицита применить ежедневные смазывания цервикального канала от 5% до 10% раствора *argentamini* посредством зонда Плейфера, обернутого тонким слоем ваты.

Результаты лечения должны контролироваться периодическими исследованиями выделений из мочеиспускательного и цервикального канала на присутствие в них гонококков, при чем лучше всего эти исследования производить непосредственно после прекращения месячных. Положительный результат лечения уретрита и эндоцервицита может считаться достигнутым только тогда, когда два или три раза повторенное исследование не обнаружит в выделениях гонококков.

После того, как исчезнут острые явления воспаления, можно приступить к рассасывающему лечению; но оно должно вестись с большой осторожностью, так как понижение температуры до нормы и исчезновение болей еще не доказывает, что где-нибудь в глубине в тканях трубы или яичника не гнездятся жизнеспособные гонококки, могущие дать обострение процесса при благоприятных условиях.

Обыкновенно присутствие гонококков в придатках матки, откуда мы их не можем получить для непосредственного определения, доказывается обострением воспалительных явлений в связи с месячными, и, наоборот, отсутствие обострения гоноррейного заболевания в указанные периоды служит нам подтверждением, что жизнеспособных гонококков здесь больше нет, и что мы имеем дело уже с изменениями постгоноррейными. В этом отношении нам может оказать большую услугу степень увеличения или уменьшения скорости осаждения эритроцитов, причем по мере приближения ее к норме увеличивается вероятность в том, что возбудитель инфекции успел исчезнуть.

К рассасывающему лечению мы приступаем только после того, как температура оставалась нормальной не менее трех или четырех дней, и начинаем его с назначения согревающего компресса на низ живота. Если это не даст повышения температуры, то мы назначаем тампоны в виде сложенной в 3 или 4 раза полоски марли шириною в два пальца и длиною в пол аршина; вводятся они во влагалище, смоченные 10% раствором *thigenoli* в глицерине; тампоны должны обязательно вводиться во влагалище при помощи влагалищного зеркала под контролем глаза, поэтому в тех случаях, когда больная переходит на амбулаторное лечение, мы вместо тампонов назначаем влагалищные шарики, которые больная сама может себе вводить; эти шарики мы выписываем в таком виде:

Ovuli c. glycerini c. thigenoli 10%.

Я обращаю особое внимание на то, что вместо *butyrum cacao* мы пользуемся сгущенным глицерином, так как рассасывающее влияние этого лечения мы видим, главным образом, в способности глицерина, благодаря его гигроскопичности, извлекать жидкость из тканей и таким образом, оживлять кровообращение.

Далее, когда состояние больной позволит ей встать с постели, мы можем перейти к лечению теплыми ваннами в 28—30 градусов с прибавлением четырех или пяти фунтов морской соли и одной рюмки соснового экстракта на ванну; ванны делаются ежедневно или через день продолжительностью по 20 минут.

Когда мы убедимся, что менструальная гиперэмия не дает обострения процесса, и когда повторные исследования выделений дадут нам отрицательный результат, тогда можно спокойно перейти к более энергичным методам лечения в виде грязевых ванн, горячих влагалитических спринцеваний, ручного или вибрационного массажа и т. д.

Наиболее быстрые и надежные результаты, по нашим наблюдениям, здесь оказывает грязелечение, но так как этот способ лечения доступен далеко не всем больным по материальным и другим соображениям, то мы с хорошим успехом заменяем грязь обыкновенной серой лепной глиной, применяя ее в виде припарок или лепешек толщиной в 2—3 пальца и нагретых до 36—40 градусов Реомюра.

Однако, приступая в случаях, подобных нашему, к рассасывающему лечению, не следует возлагать на него слишком больших надежд, так как гонококковая инфекция вызывает в пораженных тканях весьма глубокие и стойкие изменения, в виде соединительнотканного перерождения и склероза; и при таких условиях рассчитывать на *restitutio ad integrum*, конечно, нельзя; а поэтому здесь нередко после очень упорного и тщательного консервативного лечения все же приходится поднимать вопрос об оперативном вмешательстве.

У нашей же больной в виду обострения процесса в связи с месячными и наличности гонококков в выделениях из цервикального канала лечение должно сводиться к мерам противовоспалительным, а в периоды затишья между месячными к весьма осторожным рассасывающим приемам.

4. Sactosalpinx; retroversio uteri fixata.

Перейдем теперь к изложению истории болезни последней больной, относящейся к этой же группе.

Больная Л. Г., 29 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством; уроженка Новгородской губернии, русская.

В клинику она поступила четыре дня тому назад с жалобами на боли внизу живота и в крестце, на бели и на обильные и продолжительные месячные и на бесплодие.

1. Анамнез:

1. Детство. В детстве больная, по ее словам, перенесла только корь.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные пришли на четырнадцатом году, установились сразу и стали приходить через четыре недели, продолжаясь по три дня, необильно и без болей; последние месячные были две недели тому назад.

3. Начало половой жизни. Половая жизнь началась на двадцать первом году; в связи с этим больная отмечает появление рези при мочеиспускании и бели; рези скоро исчезли, и больная не обратила на них особого внимания.

4. Беременности и их исходы. Вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая протекала правильно и закончилась срочными родами живым ребенком. Рожала она дома, и роды протекли благополучно, но после них больная была принуждена пролежать в постели около четырех недель с повышенной температурой; кровянистые выделения после родов продолжались до пяти недель; больная сама не кормила. Больше беременностей не было.

5. Начало настоящего заболевания. Больная связывает начало ее заболевания с послеродовым периодом, так как с этого времени тип месячных изменился; они стали появляться несколько чаще, продолжают дольше, количество теряемой крови стало больше, и, кроме того, месячные стали сопровождаться тупой болью и чувством тяжести внизу живота и в крестце; все эти явления усилились с годами; а за последнее время больная стала замечать также усиление белей, которые, однако, впервые появились в связи с началом половой жизни. Больная указывает на то, что она уже в течение нескольких лет упорно лечится тампонами, спринцеваниями, два раза ездила на грязи, но все эти меры не дали никакого результата.

6. Болела ли раньше. Как было указано, в детстве больная перенесла корь, а в связи с началом половой жизни страдала некоторое время режущими болями при начале мочеиспускания.

7. Отправление кишечника. Наклонность к запорам, появившаяся со времени родов.

8. Отправление мочевого пузыря. Мочеиспускание нормально; в связи с началом половой жизни временно были боли при мочеиспускании.

II. Status praesens. Больная правильного сложения, высокого роста (168 см.) и удовлетворительного питания (вес 66,4 кг.); мускулатура, костная система и жировая клетчатка развиты нормально. Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски; грудные железы развиты правильно. Температура тела нормальна и за время пребывания больной в клинике колеблется в пределах от 36,4° до 36,8°. Пульс хорошего наполнения, ровный, 76—82 удара в минуту; со стороны сердца уклонений от нормы нет. Дыхание 16 в минуту, легкие в порядке. Со стороны печени, селезенки и почек уклонений от нормы нет.

При осмотре живота на коже заметны *striae gravidarum*, при ощупывании его справа в подвздошной области определяется резистентность, мало болезненная, без ясных границ, доходящая медиально до средней линии, распространяющаяся кверху на 2 пальца над Пупартовой связкой, а в сторону достигающая стенки таза, но на нее не переходящая; в области этой резистентности имеется заглушение кишечного тона; слева над Пупартовой связкой имеется небольшая болезненность при глубоком давлении.

Наружные половые органы развиты правильно; на промежности повреждений от бывших родов нет; из влагалища выделяются тягучие слизистые бели; окраска слизистой оболочки влагалищного входа слегка цианотична; вокруг выводящих отверстий Бартолиновых желез имеются *macula gonorrhoeica*, из уретры ничего не выдавливается.

При бимануальном исследовании получены следующие данные: влагалищная часть матки имеет цилиндрическую форму, величина и консистенция ее нормальны, наружный зев имеет вид поперечной щели и обращен несколько кпереди от проводной оси таза; на передней и задней губе влагалищной части шероховатость. Тело матки отклонено кзади, и вывести его не удастся из-за сращений в заднем Дугласовом пространстве; угол между телом и шейкой матки тупой, слабо выражен и открыт кпереди; матка немного увеличена и несколько плотнее нормы. Справа от матки в области придатков прощупывается тело, начинающееся от угла матки в виде тяжа, толщиной в карандаш, постепенно расширяющееся и переходящее в эластичную тонкостенную опухоль, имеющую форму реторты величиною в гусиное яйцо, и расположенную справа и несколько спереди от матки; эта опухоль мало подвижна, достигает боковой стенки таза, но на нее не переходит. Слева глубоко в малом тазу непосредственно над боковым сводом влагалища прощупывается тесно связанное с ребром матки тело

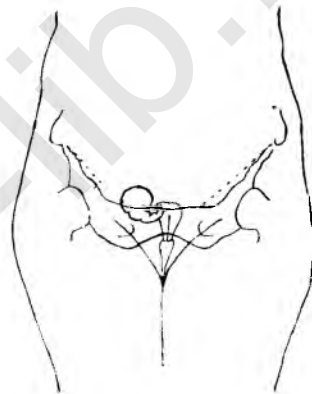


Рис. 71. Данные исследования.

величиною в куриное яйцо, местами более плотное, местами эластическое и бугристое. Клетчатка таза без особых изменений.

Произведенные лабораторные исследования дали следующее:

I. Исследование мочи. Суточное количество 1650—1840 к. с.; цвет соломенножелтый; удельный вес 1013—1016; реакция кислая; белка, сахара и других каких-либо химических или морфологических патологических элементов нет.

II. Исследование крови. (См. табл. стр. 185).

III. Бактериологическое исследование.

При бактериологическом исследовании выделений из влагалища и цервикального канала никаких патогенных микроорганизмов не обнаружено. Степень чистоты влагалищного содержимого II R.

IV. Биологические реакции.

Из биологических реакций в данном случае было произведено только определение опсонического индекса по отношению к гонококку, при чем он оказался равным 0,9 т.-е. находился в пределах нормы.

Получив все приведенные данные, мы должны ими воспользоваться, чтобы установить здесь распознавание болезни, предсказание и лечение.

Начнем с диагноза. Чтобы его выяснить, мы должны знать этиологию данного заболевания и вызванные болезнью анатомические изменения, а также их локализацию.

Для выяснения этиологии попытаемся тщательно проследить анамнез и посмотрим, не найдем ли мы в нем соответственных указаний.

Как мы знаем, больная в детском возрасте перенесла корь, но, повидимому, это не отразилось на состоянии ее полового аппарата, так как наступление половой зрелости совершилось своевременно, и месячные имели правильный четырехнедельный тип и нормальный характер в отношении продолжительности и количества теряемой крови. Таким образом мы имеем право заключить, что половой аппарат у нашей больной развит правильно, и к моменту наступления половой зрелости воспалительных изменений в нем не было.

Далее, больная отмечает, что с началом половой жизни совпало появление болей режущего характера при начале мочеиспускания и выделений из влагалища. Так как нам известно, что эти жалобы в анамнезе больной обычно бывают вызваны гонококковой инфекцией, связанной с началом половой жизни, то мы должны учитывать их в этом смысле и, допустив возможность гонококковой инфекции, подтвердить или отвергнуть ее на основании всех прочих данных.

Вскоре после выхода замуж больная забеременела, при чем и беременность, и роды протекали совершенно благополучно. Это обстоятельство представляет нам интерес в том отношении, что, во-первых подтверждает наше предположение о нормальном развитии полового аппарата данной больной, а во-вторых, оно не противоречит возможности гонококковой инфекции, которая в это время ограничивалась только поражением мочеиспускательного канала и цервикального канала.

Послеродовой период, по словам больной, осложнился каким-то лихорадочным заболеванием, которое заставило больную четыре недели провести в постели, при чем это заболевание прямо или косвенно

Количество эритроцитов	
Характер эритроцитов	{ Изменение окраски
	{ " величины
	{ " формы
	{ " структуры
Количество гемоглобина	
Показатель окраски	
Количество лейкоцитов	
Лейкоцитарная формула.	{ Нейтрофилы
	{ Эозинофилы
	{ Базофилы
	{ Лимфоциты
	{ Мононуклеары крупн.
Нейтрофильная картина Арнета.	{ Одноядерные
	{ Двухядерные
	{ Трехядерные
	{ Четырехядерные
	{ Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	{ Регенеративные
	{ Дегенеративные
Количество тромбоцитов	
Сухой остаток	
Удельный вес	
Коэффициент вязкости	
Скорость свертываемости	
Щелочность	
Резистентность эритроцитов	
Количество гликогена	
Скорость осаждения эритроцитов	

Нормальная картина
крови у женщины.

Исследование 1.
.....год XII мес. 2 числ.

4.500.000—5.250.000	4.400.000
—	Нет.
—	Нет.
—	Нет.
—	Нет.
85 ⁰ / ₀ —110 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀
0,9—1,0	0,86
7.000—8.000	7.260
4.400—5.200; 55—70 ⁰ / ₀	67 ⁰ / ₀ —4900
80—320; 1—4 ⁰ / ₀	3 ⁰ / ₀ —210
20—80; 0,1—1 ⁰ / ₀	0,7 ⁰ / ₀ —50
1.600—2,400; 20—35 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀ —1850
250—500; 2—5 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀ —250
8 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀
24 ⁰ / ₀	23 ⁰ / ₀
48 ⁰ / ₀	47 ⁰ / ₀
16 ⁰ / ₀	16 ⁰ / ₀
4 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀
—	Нет.
—	Нет.
250.000	—
21%	—
1.050—1.056	1.051
4,38	4,1
7—8 минут	8 мин.
426—533 м. г. NaOH	482
RM. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,46
—	Нет.
5 час.	3 час. 40 мин.

было связано с состоянием половых органов, так как кровянистые выделения после родов продолжались шесть недель. Правда, больная дает очень скудные сведения о характере этого заболевания, но уже одно то обстоятельство, что болезнь протекала с повышением температуры и потребовала длительного лежания, позволяет нам с большой вероятностью допустить здесь послеродовое инфекционное заболевание. Итак, перед нами возникает вопрос, рассматривать ли это заболевание, как результат случайно занесенной извне инфекции, или мы должны поставить его в связь с допущенной нами возможностью существования здесь уже до родов гонококковой инфекции. Конечно, этот вопрос не может быть решен на основании только данных анамнеза, и мы вернемся к нему, когда займемся оценкой данных, полученных нами при объективном исследовании.

Дальнейшие указания больной на изменения со стороны месячных, на появление болей, запоров и на усиление белей говорят нам только о том, что воспалительный процесс распространился на вышележащие отделы половых органов, но они не характерны для того или другого вида инфекции. В этом отношении заслуживает внимание только жалоба больной на бесплодие, так как в течение последних семи лет беременности больше не было; это обстоятельство в ряде других данных приобретает некоторое значение, так как известно, что гонококковая инфекция чаще, чем всякая другая, вызывает такие изменения в половых органах, которые навсегда лишают женщину возможности зачатия.

Итак, оценивая данные анамнеза, мы скорее всего должны допустить здесь наличие гонококковой инфекции, так как это допущение будет совпадать вполне с тем, что нам обычно приходится наблюдать при женской гоноррее; именно, возникшая при начале половой жизни инфекция, локализованная в уретре и цервикальном канале, не служит препятствием для наступления беременности и для правильного ее течения и исхода; но после родов она часто распространяется кверху на матку и придатки, непосредственно вызывает более или менее тяжелое послеродовое заболевание и в дальнейшем обычно ведет к очень стойкому бесплодию.

Перейдем теперь к оценке полученных нами объективных данных, к выяснению анатомических изменений, вызванных настоящим заболеванием и точной их локализации.

При осмотре наружных половых органов мы обратили внимание на красноту в области выводных отверстий Бартолиновых желез или так называемые *masula gonorrhoeica*; не причина сами по себе какого-либо беспокойства больной, они представляют известный интерес в том отношении, что часто остаются в течение многих лет после возникновения гонококковой инфекции и таким образом могут в связи с другими данными служить для выяснения диагноза.

При внутреннем исследовании больной мы нашли следующие отклонения от нормального состояния; на влажной части матки вокруг наружного зева имеется шероховатость, представляющая собою воспалительную эррозию; в связи с наличием слизистых тягучих выделений мы должны признать здесь существование эндоцервицита и, допуская в этом случае гонококковую инфекцию, мы можем ее считать причиной эндоцервицита, несмотря на то, что при исследовании выделений гонококков определить не удалось; они за давностью

заболевания могли исчезнуть, оставив стойкий катарр слизистой оболочки.

Со стороны матки неправильности состоят в том, что тело матки несколько увеличено, и консистенции его плотнее нормальной, и кроме того матка отклонена кзади, и находится в ретроверзии-антефлексии, причем вывести матку и придать ей правильное положение не удастся, так как она фиксирована сращениями в области заднего Дугласова пространства. Что касается увеличения и уплотнения матки, то оно дает нам право предположить здесь существование давнего хронического воспалительного состояния; принимая же в расчет имеющиеся в данном случае неправильности со стороны месячных, имеющие характер меноррагий, и тупые боли внизу живота и в крестце, мы должны думать, что воспалительные изменения имеются как в мышечной стенке матки, так и в ее слизистой оболочке и представляют собою хронический метро-эндометрит. Возникновение этого процесса можно объяснить двояко; или он является результатом бывшего около шести лет тому назад послеродового инфекционного заболевания, или он должен рассматриваться как следствие неправильного положения матки. Скорее всего надо думать, что воспалительный процесс в матке возник в связи с упомянутым послеродовым заболеванием, так как в анамнезе имеется указание, что кровянистые выделения после родов продолжались около шести недель, и, следовательно, обратная инволюция матки совершалась неправильно; на почве задержки обратного развития матки, вероятно, возникла ее ретроверзия, а последняя в свою очередь вызвала нарушение кровообращения в тазовых органах в виде застойной гиперэмии вследствие затрудненного оттока венозной крови по сосудам широких связок, изменивших свое нормальное положение.

Сущность изменений, совершающихся в тканях матки при застойной гиперэмии, сводятся к следующему: в мышечной стенке матки прежде всего обнаруживается серозное пропитывание тканей, затем к ней присоединяется мелкоклеточная инфильтрация, и, наконец, происходит разрастание соединительной ткани, которая постепенно уплотняет и вытесняет мышечные элементы; в зависимости от давности процесса будут находиться и объективные данные при исследовании, именно, сперва матка будет увеличена, мягка и болезненна, затем матка становится плотнее, но увеличение и болезненность еще сохраняются, и, наконец, матка становится очень плотной, в то время как размеры ее уменьшаются, и болезненность исчезает. В слизистой оболочке матки застойная гиперэмия вызывает, с одной стороны, гипертрофию и гиперплазию желез, сопровождающуюся гиперсекрецией; с другой стороны, в межжелезистой соединительной ткани расширение и разрастание капиллярной сети сосудов и развитие соединительной ткани, что влечет за собою возникновение меноррагии, т. е. месячные становятся обильнее, продолжительнее и появляются с меньшими промежутками. Кроме матки, застойная гиперэмия сказывается также и на других органах таза; например, почти как правило, при ней приходится наблюдать наклонность к запорам вследствие застойных явлений в нижних отделах кишек; далее нередко приходится слышать жалобы больных на частые позывы к мочеиспусканию и тенезмы после опорожнения мочевого пузыря, что зависит от серозного пропитывания внутреннего сфинктера пузыря и набухания слизистой оболочки шейки пузыря;

наконец, при осмотре влагалищного входа и влагалища можно заметить синеватую окраску слизистой оболочки.

Как мы уже отметили, отклонение матки кзади образовалось у нашей больной вследствие неправильного обратного развития матки после родов, а фиксация ее в этом положении явилась результатом воспалительного процесса в брюшине малого таза, так называемого адгезивного пельвеоперитонита или периметрита.

Перейдем теперь к изменениям, найденным нами в придатках матки. Справа от матки прощупывается тело, начинающееся от угла матки в виде тяжа толщиной в карандаш, постепенно расширяющегося и переходящего в эластическую, тонкостенную опухоль, имеющую форму реторты величиною в гусиное яйцо и расположенную справа и несколько спереди от матки. Слева глубоко в малом тазу непосредственно над боковым сводом влагалища прощупывается тесно связанное с ребром матки тело величиною в куриное яйцо, бугристое, местами более плотное, местами эластическое.

Прежде всего отметим здесь двухсторонность воспалительного процесса, что до известной степени говорит в пользу гонококковой инфекции и, следовательно, имеет для нас некоторый диагностический интерес.

Останавливаясь на изменениях в придатках с той и другой стороны в отдельности, мы видим, что справа эти изменения сводятся к образованию эластической опухоли, связанной с углом матки и по очертаниям своим более всего напоминающей растянутую жидкостью трубу или *sactosalpinx*. Что касается вопроса о наличии жидкости, то в этом отношении здесь не может возникнуть сомнения, так как определяемое тело дает ясное ощущение зыблениа или эластичности; не подлежит здесь также сомнению, что жидкость находится в данном случае в обособленной от остальной брюшной полости камере, и можно только спорить о том, чем образованы стенки этой камеры; однако, и в этом отношении мы сейчас же можем исключить здесь существование осумкованного местного перитонита, так как найденное нами эластическое тело хорошо контурируется, не сливается со стенками таза и имеет не типичную для тазовых перитонитов локализацию; таким образом, кроме *sactosalpinx*'а, здесь можно было бы подумать о кистозном образовании яичника, случайно комбинирующемся с воспалительным процессом придатков, но и это предположение мало вероятно, так как по своей форме данная опухоль гораздо более напоминает растянутую трубу, чем кисту яичника.

Единственным обстоятельством, которое может вызвать у нас некоторое сомнение в том, что мы здесь действительно имеем *sactosalpinx*, является необычное расположение опухоли трубы по отношению к матке и тазу вообще. Труба, как известно, начинаясь от угла матки, идет в сторону и несколько вниз и кзади от нее, причем брюшное отверстие трубы открывается в области заднего Дугласова пространства; поэтому при образовании воспалительной опухоли трубы она должна была бы располагаться сбоку и несколько кзади от матки, в то время как у нашей больной она лежит сбоку и спереди от матки. Объяснить себе это мы можем или тем, что опухоль сперва развивалась в соответственном месте и только впоследствии переместилась, или, как говорят, родилась в большой таз, что нередко приходится наблюдать при кистозных опухолях яичника; или мы должны предположить, что воспалительный процесс в правой трубе возник непо-

средственно после родов, когда дно послеродовой матки стояло высоко в брюшной полости, и придатки были приподняты из малого таза, воспаленная труба, благодаря этому, оказалась фиксированной здесь образовавшимися вокруг нее склейками, а матка постепенно уменьшаясь в размере, опустилась в малый таз и вследствие местного воспаления брюшины заднего Дугласова пространства дала картину *retroversio uteri fixata*. Придатки же с левой стороны, вероятно, подверглись воспалительному процессу позднее, когда они успели уже принять свое обычное положение по отношению к тазу.

Итак, признав, что с правой стороны имеется „*sactosalpinx*“ остановимся несколько подробнее на тех анатомических изменениях, которые при этом происходят в трубе; они представляют для нас практический интерес, так как только ясное их понимание может нам позволить установить предсказание и избрать способ лечения.



Рис. 72. *Hydrosalpinx gonorrhoeica* dextra.

Прежде всего мы должны определить самое понятие „*Sactosalpinx*“. Под этим названием представляют себе ретенционную опухоль трубы, представляющую собою мешок, наполненный жидкостью; в зависимости от характера жидкости, которая может быть или гнойной, или серозной, различают два вида *sactosalpinx*'а, в первом случае он носит название *pyosalpinx*, а во втором случае называется *hydrosalpinx*.

Кроме характера содержимого, обе названные формы отличаются одна от другой строением стенки опухоли; при *pyosalpinx*'е стенка опухоли представляет собою значительно утолщенную стенку трубы, что происходит насчет мелкоклеточной инфильтрации и развития соединительной ткани; благодаря этим особенностям строения стенки, опухоль при ощупывании не дает впечатления эластичности или же эластичность выражена не очень ясно; при *hydrosalpinx*'е, наоборот, стенка трубы представляется значительно истонченной, и поэтому эластичность выражена весьма отчетливо. Так как у нашей больной при ее исследовании этот признак был хорошо выражен, то мы должны думать, что здесь имеется *hydrosalpinx*.

Для того, чтобы ясно представить себе анатомическое строение этого образования, проследим его постепенное развитие; его мы должны себе представить так: после того как в трубу проникла инфекция, например, гонококк, развивается прежде всего воспалительный процесс в слизистой оболочке, в то время как мышечный слой в первое время обнаруживает только состояние реактивной гиперемии; в полости трубы скопляется небольшое количество гнояного экссудата, который через ампулярное отверстие трубы проникает на смежные отделы брюшины малого таза и вызывает здесь слипчивое воспаление; благодаря этому происходит слипание фимбрий между собою и закрытие брюшного отверстия трубы. Если гонококки в содержимом трубы быстро исчезают, и дело не доходит до значительного утолщения и уплотнения ее стенки, то труба начинает растягиваться благодаря скопляющейся в ее полости жидкости. Эта жидкость, по мнению L. Landau, является физиологическим секретом слизистой оболочки трубы, а по мнению других, она есть результат воспалительной гиперемии; по виду она представляет собою прозрачную, бесцветную или слегка желтоватую жидкость с удельным весом от 1005 до 1010.

По мере накопления жидкости стенка трубы постепенно начинает растягиваться, и это продолжается до тех пор, пока атрофированная от давления изнутри слизистая оболочка перестает давать трансудат. В самой стенке трубы при этом происходят следующие изменения: эпителий, выстилающий трубу изнутри, постепенно из цилиндрического становится кубическим, теряет реснички, наконец, местами сохраняется только в виде отдельных островков значительно уплощенных клеток, местами же стенка трубы оказывается совершенно лишенной своего эпителия; складки слизистой оболочки трубы, так резко развитые в нормальных условиях, совершенно исчезают, и внутренняя поверхность hydrosalpinx'a представляется совершенно гладкой; мышечный слой подвергается тоже значительным изменениям, которые состоят в том, что отдельные мышечные волокна далеко раздвинуты одно от другого, а некоторые совершенно атрофированы; брюшинный покров такой опухоли сильно растянут.

Благодаря значительному истончению растянутой стенки трубы, которая местами едва толще листа папиросной бумаги, а также характеру жидкости, sactosalpinx представляет собою ясно эластическую просвечивающую опухоль. Своеобразная форма ее в виде реторты объясняется тем, что сильнее и легче всего будет растягиваться ампулярный отдел трубы, где стенка тоньше и просвет трубы вообще шире; маточный же конец трубы, обладающий наиболее узким просветом и толстой стенкой, растянется меньше.

Что касается подвижности hydrosalpinx'a, то она обычно несколько ограничена благодаря имеющимся склейкам с окружающими частями, но все же это выражено не так резко, как при ruosalpinx'e.

Относительно изменений в правом яичнике мы не можем высказаться с уверенностью, так как прощупать его во время исследования больной нам не удалось; мы можем только высказать предположение, что едва ли при хронических воспалительных изменениях в близком с ним соседстве он мог остаться неизменным; правильнее здесь будет предположить или хронический интерстициальный процесс, или частичное мелкокистозное перерождение его.

Перейдем теперь к оценке анатомических изменений в левых придатках. При бимануальном исследовании они сводились к следующему: глубоко в малом тазу непосредственно над боковым сводом влагалища прощупывается тесно связанное с ребром матки тело величиною в куриное яйцо, местами более плотное, местами эластическое

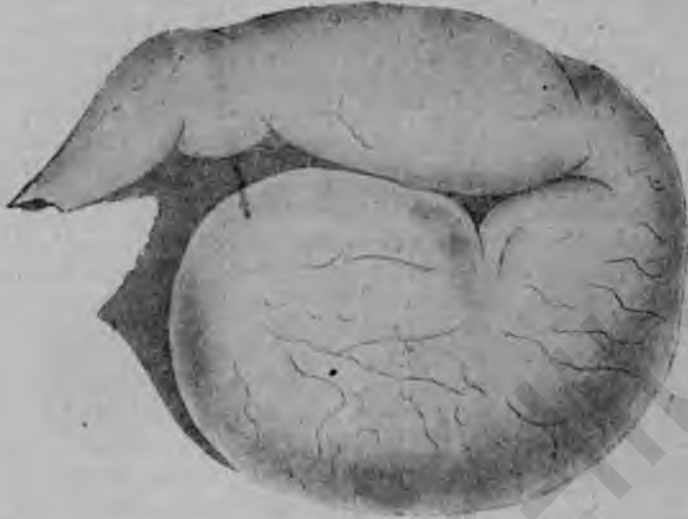


Рис. 73. Hydrosalpinx gonorrhoeica (наружный вид).



Рис. 74. Hydrosalpinx gonorrhoeica (продольный разрез). По Gebhard'у.

и бугристое. По своему положению это тело соответствует придаткам левой стороны, причем определить отдельно трубу и яичник не удастся, поэтому надо думать, что они представляют собою общий конгломерат, окруженный спайками и сращениями; что касается имеющих в них изменений, то, вероятно, труба представляет собою кар-

тину, свойственную воспалительному процессу, в одинаковой мере затронувшему все слои ее стенки. В слизистой оболочке, вероятно, имеются изменения, соответствующие хроническому эндосальпингиту, т.е. просвет трубы местами облитерирован вследствие склеившихся между собою и лишенных эпителия складок; в образовавшихся замкнутых пространствах местами могут сохраняться остатки гнойного экссудата, мышечная стенка неравномерно утолщена благодаря образованию соединительной ткани, что придает ей неравномерную плотность и бугристую поверхность; иначе говоря, мы имеем здесь изменения, соответствующие хроническому мезосальпингиту; наконец, брюшинный покров трубы покрыт фибринозными отложениями, склеивающими трубу с соседними органами, т.е. здесь имеется хронический перисальпингит. В яичнике воспалительный процесс, вероятно, вызвал усиленное образование соединительной ткани и мелкокистозное пере-



Рис. 75. Мелкокистозное перерождение яичника.

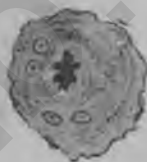


Рис. 76. Salpingitis gonorrhoeica. (натуральная толщина).

рождение, что до известной степени об'ясняет неравномерную, местами эластическую консистенцию названного образования.

Выяснив сущность имеющих в этом случае анатомических изменений в половых органах больной, мы диагноз можем формулировать так: *Sactosalpinx dextra, salpingo-oophoritis chronica sinistra, pelveoperitonitis adhaesiva chronica, retroversio fixata, metroendometritis chronica.*

Относительно этиологии данного заболевания мы высказали предположение, что оно вызвано гонококковой инфекцией, но доказать это мы не можем какими-нибудь реальными данными, так как все имеющиеся в организме нашей больной изменения представляют собою результат перенесенной уже инфекции, являются, следовательно, постгоноррейными изменениями, причем гонококки, вероятно, уже давно успели исчезнуть, и даже в крови нашей больной совершенно отсутствуют какие-либо указания не только на наличие гонококков в организме в данное время, но и на перенесенную в прошлом инфекцию, именно, мы не находим ни увеличения числа эозинофилов и лимфоцитов, ни отклонения от нормы опсонического индекса.

Таким образом мы имеем перед собою уже вполне закончившийся процесс, и возможные сомнения в его этиологии уже не имеют существенного значения ни в смысле предсказания, ни для выбора способа лечения.

Что касается предсказания, то здесь, конечно не может быть сомнения в том, что настоящее заболевание не угрожает жизни боль-

ной, но, с другой стороны, мы с такой же уверенностью можем сказать, что едва ли можно рассчитывать на полное излечение, тем более, что больная упорно лечилась в течение нескольких лет.

Вопрос о способе лечения в данном случае тоже значительно упрощается, так как из рассказа больной мы знаем, что все возможные рассасывающие методы лечения уже были использованы, и нам остается или отказаться от всякого лечения, признав случай неизлечимым, или подумать о необходимости оперативного вмешательства.

Принимая в расчет молодой возраст больной и те расстройства, которые ей причиняет болезнь, мы едва ли имеем право отказаться от попытки помочь ей, и поэтому нам придется обсудить, что может дать здесь оперативное лечение.

Обдумывая план оперативного вмешательства, мы должны поставить себе две задачи; во-первых, считаясь с молодым возрастом больной, мы обязаны быть по возможности консервативны, удаляя только самое необходимое; во-вторых, так как операция является здесь последней возможностью дать больной хотя бы относительное выздоровление, то мы должны быть возможно радикальны, чтобы потом не оказалось, что операция не принесла облегчения и была произведена напрасно.

Намечая ход операции, мы должны предпочесть здесь брюшно-стеночный способ чревосечения с разрезом по средней линии, так как нам придется иметь дело со сращениями в брюшной полости, и произвести операцию удастся гораздо бережнее, когда все операционное поле широко будет доступно осмотру глазом.

Прежде чем приступить к операции, мы должны выяснить себе, что здесь подлежит удалению, т.-е. придется ли удалять одну или обе трубы, оставить ли или убрать матку, если убрать, то всю или частично, наконец, как поступить с яичниками?

В значительном большинстве случаев при гоноррейном процессе вопрос о трубах решается в том смысле, что они подлежат удалению, так как мы знаем, во-первых, что поражение труб при инфекции этого рода обычно бывает двухсторонним, а во-вторых, что проходимость труб уничтожена, и таким образом, физиологическое их назначение, как проводников яйца в матку, навсегда утрачено. Попытка восстановить проходимость трубы при помощи образования искусственного устья в области брюшного конца трубы в этих случаях мало рациональна, так как облитерация просвета трубы при гоноррейном сальпингите легко может иметь место и в области маточного отдела трубы.

В нашем случае вопрос о судьбе правой трубы безусловно решается в пользу ее удаления, так как, представляя собою *sactosalpinx*, она, конечно, никакими консервативными оперативными приемами не может быть приведена в сколько-нибудь удовлетворительное состояние.

Относительно судьбы левой трубы можно высказаться окончательно только по вскрытии брюшной полости; но так как при исследовании левую трубу отдельно определить не удастся, и она представляет вместе с яичником одно бугристое, окруженное сращениями тело, то более вероятно, что и ее придется удалить. К яичникам же наше отношение должно быть совершенно иное; здесь мы не можем решать вопрос о их судьбе, считаясь только с возможностью или невозможностью наступления беременности, а должны иметь в виду, что назначение яичника не исчерпывается только продукцией яйцевых

клеток, но что он вместе с тем представляет собою железу, обладающую внутренней секрецией, существенно важной для организма в возрасте до наступления менопаузы. Поэтому и у нашей больной мы должны постараться сохранить хотя бы один яичник; а если это скажется невозможным, то мы все же должны сохранить хотя бы часть яичника, резецируя наиболее измененные его участки.

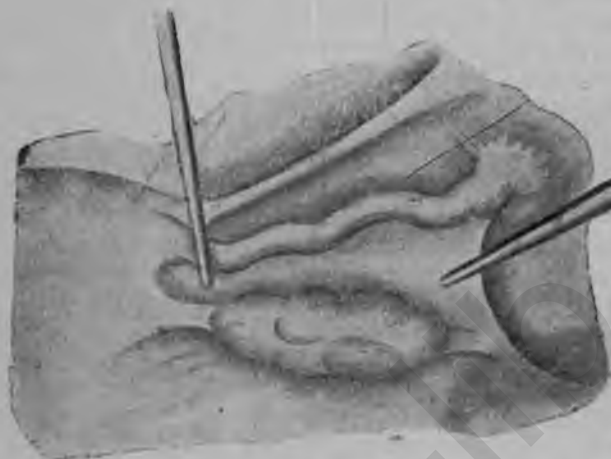


Рис. 77. Наложение зажимов.



Рис. 78. Перевязка трубы и сосудов.



Рис. 79. Обшивание культи кругл. связкой.

Salpingoectomy.

Вопрос о том, как поступить с маткой, тоже подлежит тщательному обсуждению, и здесь в расчет должен быть принят целый ряд обстоятельств.

Во-первых, существенное влияние на судьбу матки будет иметь удаление одной или обеих труб, так как от этого будет зависеть возможность или невозможность беременности; во втором случае оставление матки будет, конечно, иметь меньшее значение.

Во-вторых, наиболее решающее влияние будет иметь состояние самой матки; если матка настолько поражена воспалительным процессом и ткани ее настолько изменены, что жалобы больной связаны с ее болезненным состоянием, то матка должна быть удалена; в противном случае операция вообще теряет свой смысл.

Что касается нашей больной, то мы признали у нее наличие хронического метроэндометрита и на его счет отнесли главные жалобы больной, т.-е. меноррагии, бели и боли в крестце; таким образом матка, повидимому, подлежит удалению. Однако, в нашем случае есть одно обстоятельство, которое должно тоже быть принято в соображение; я имею в виду фиксированную ретроверсию матки, которая и является главной причиной развившихся в матке хронических изменений. Так как при помощи операции положение матки может быть восстановлено, она может быть освобождена из сращений и удержана в правильном положении посредством укорочения круглых связок, то прежде чем решаться на удаление матки, мы должны подумать, насколько устранение ретроверсии может оказать влияние на улучшение указанных признаков болезни.

К сожалению, так как процесс у нашей больной продолжается уже около семи лет, и так как объективные данные при исследовании матки говорят за глубокие изменения в мышечной ее стенке, то мы едва ли можем рассчитывать, чтобы исправление положения матки могло принести здесь существенную пользу. Но так как наша больная, кроме всего прочего, жалуется на бесплодие, т.-е. желает иметь ребенка, и так как вопрос о сохранении левой трубы будет решен только во время операции, то и выяснение нашего отношения к матке должно быть оставлено открытым до операции.

Итак, при наличии данных условий, в случае, если левая труба будет оставлена, то матка будет освобождена из сращений и ей будет придано правильное положение посредством укорочения круглых связок; если же обе трубы будут удалены, то несмотря на молодой возраст больной, матка должна быть удалена.

Сделать это можно двояким способом: или матка может быть удалена вся, т.-е. вместе с влагалищной частью, или может быть произведена только надвлагалищная ампутация тела матки.

Оба способа имеют свои преимущества и свои недостатки. При удалении всей матки топография тазовых органов нарушается значительно, так как при удалении шейки матки изменяются анатомические отношения пузыря и прямой кишки, но, с другой стороны, при этом способе есть одно существенное преимущество; именно, удаляя шейку, мы вместе с тем устраняем один из возможных источников инфекции и нагноения имеем легкий доступ к месту инфекции; последнее соображение, однако, в настоящее время, когда мы стали пользоваться исключительно кэтгутом, в значительной степени потеряло свое прежнее значение, так как даже при нагноении в лигатурах воспалительный процесс быстро ликвидируется благодаря тому, что швы рассасываются.

В нашем случае, принимая в расчет молодой возраст больной и отсутствие патогенных микроорганизмов в выделениях из цервикального канала, мы можем, в случае решения удалить матку, ограничиться надвлагалищной ампутацией ее тела.

Заканчивая этим обсуждение способа оперативного вмешательства в подобных случаях, надо иметь в виду, что нередко во время операции приходится встретиться с весьма обширными плотными сращениями в брюшной полости, что может представить большие технические затруднения. Помочь себе при этих условиях мы можем, воспользовавшись или способом Douven'a, который состоит в том, что прежде чем удалять придатки, отделяется шейка матки от влагалищных сводов, или способом Faure'a, при котором операция начинается с рассечения матки по средней линии на две половины, после чего уже каждая половина матки удаляется с соответствующими придатками.

После удаления матки и придатков и тщательной перевязки сосудов, культи перитонизируются, влагалище зашивается наглухо, брюшина таза протирается тампоном, смоченным спиртом, и брюшная рана закрывается наглухо; дренажем брюшной полости мы в подобных случаях не пользуемся совершенно даже тогда, когда во время операции приходится случайно вскрыть гнойную полость, если температура во время операции нормальна, так как мы убедились, что дренаж здесь совершенно бесполезен и только осложняет послеоперационное течение.

VI. Заболевания, вызванные кишечной палочкой.

Среди микроорганизмов, вызывающих воспалительные заболевания женских половых органов, мы должны поставить на третьем месте, после группы гноеродных бактерий и гонококка, кишечную палочку — *Bacterium coli commune*.

Морфологические и биологические особенности этого микроорганизма мы позволим себе привести так, как они изложены в „Экспериментальной бактериологии“ W. Kolle и H. Metsch'a.

Кишечная палочка представляет собою сапрофита, растущего в каждом кишечнике, даже в кишечнике грудного ребенка, и значение ее, как возбудителя болезни, сравнительно незначительно.

Она не является однородным типом, как, напр., тифозная бацилла, а представляет большое число разновидностей одного вида бактерий, обнаруживающих в морфологическом и биологическом отношении немаловажные различия. Самыми постоянными признаками обладает кишечная палочка, встречающаяся в кишечнике вскармливаемых грудью детей.

Длина большею частью толстой, прямой, закругленной на концах палочки колеблется между 1 и 5 микронами, ширина между 0,4 и 0,7 микрона. Образование спор отсутствует; также нет резкого образования капсул, но она обладает значительным числом жгутиков, расположенных вокруг тела. Подвижность различных разводов кишечной палочки различна; и в то время, как типичная кишечная палочка в большинстве случаев обладает лишь медленным движением, встречаются с другой стороны культуры с очень оживленной самостоятельной подвижностью.

Bacterium coli commune пышно растет на всех питательных средах как при аэробных, так и при анаэробных условиях. На желатине поверхностные колонии при проходящем свете имеют радужный отлив, причем форма их напоминает собою виноградный лист; глубокие колонии имеют круглую форму с резко ограниченным краем и темный цвет. Желатина не разжижается. На картофеле образуется толстый сочный налет, сперва бесцветный, затем желтоватый и, наконец, желтобурый. Молоко при температуре тела большею частью свертывается через 24 часа. В бульоне кишечная палочка вызывает сильное равномерное помутнение с образованием поверхностной пленки.

На средах с виноградным сахаром происходит обильное образование газов. На агаре с лакмусом и молочным сахаром кишечная бак-

терия растет очень характерно, причем колонии разлагают сахар с образованием кислоты, и являются поэтому малиново-красными на синем фоне.

Будучи весьма мало требовательна к питательным субстратам, кишечная палочка долгое время сохраняется во внешнем мире.

При введении в ткани достаточно больших количеств бактерий почти у всех животных удается вызвать инфекционные процессы местного или общего характера, а морских свинок можно убить введением $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$ петли культуры на агаре.

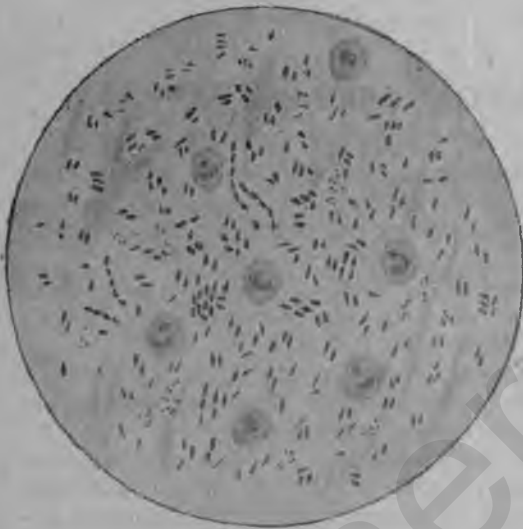


Рис. 80. *Bacterium coli commune* и *Diplostreptococcus intestinalis*.
Мазок из гнойного экссудата.

Отношение *bacterium coli* к болезням человека ближе исследовано только за последние 15—20 лет, и хотя в прежнее время



Рис. 81. *Bacterium coli commune*.
Увеличение в 730 раз. — А. Weechselbaum.

переоценивали значение ее при различных инфекционных процессах, нельзя, однако, сомневаться в существовании настоящих колибациллов.

То обстоятельство, что кишечная палочка оставляет свое обычное местопребывание, кишечный канал, и поселяется в других полостях и органах тела, может обуславливаться понижением сопротивляемости организма. Пока естественные защитительные средства организма не ослаблены, пока эпителиальный покров кишек цел, и присущие тканям тела нормальные бактерицидные силы не повреждены, это наступает редко.

Итак, чаще всего проникание кишечной палочки из кишечника в другие отделы организма происходит тогда, когда кишечная стенка лишена своего эпителия; однако, это требуется не всегда, так, например, при хронических истощающих болезнях сопротивляемость организма может быть настолько понижена, что происходит самозаражение.

Распространяясь из кишек, названные бактерии не ограничиваются обязательно соседними тканями и органами, но могут разноситься кровью по всему организму и поселяться там, где они находят для себя благоприятные условия дальнейшего развития.

В зараженных тканях кишечная палочка вызывает воспалительный процесс как благодаря выделяемым продуктам обмена, т. е. токсинам, так и эндотоксину, освобождающемуся при распадении тела бактерий.

Воспаление сопровождается образованием гнойного экссудата, богатого белыми кровяными шариками и обладающего всегда зловонным каловым запахом.

Вызванные в тканях изменения не всегда имеют местный характер, а могут перейти в общее заражение с нахождением бактерий в крови.

В виду того, что в кишечном канале, кроме кишечной палочки, обыкновенно находится множество других видов бактерий, и между ними *diplostreptococcus intestinalis*, то часто приходится иметь дело не с чистой инфекцией *bacterium coli commune*, а со смешанной инфекцией.

Перейдем теперь к определению роли кишечной палочки в заболеваниях женских половых органах.

Так как различные отделы кишечного канала находятся в очень тесной топографической связи с женским половым аппаратом, то распространение инфекции из кишек на половые органы женщины происходит особенно легко и часто. Однако, пути, по которым кишечная палочка переходит на тот или иной отдел полового аппарата, довольно разнообразны; поэтому, для их выяснения, припомним те анатомические взаимоотношения, которые существуют между кишечным каналом и половыми органами женщины.

На первом месте здесь будет стоять непосредственная близость некоторых участков кишечника к определенным отделам полового аппарата, что будет облегчать распространение инфекции *per continuitatem*.

Отверстие заднего прохода, открывающееся на промежности в непосредственной близости к наружным половым органам и к влагалищному входу, естественно, будет способствовать тому, что кишечная палочка вместе с содержимым кишек будет загрязнять окружающие части, и, действительно, оказывается, что всегда можно найти в большом количестве *bacterium coli* на коже промежности и наружных половых частей, а также во влагалищном входе, в нижнем отделе мочеиспускательного канала и влагалища.

Однако, такой восходящий путь распространения инфекции кишечной палочкой редко имеет место, так как этому мешает целый ряд обстоятельств. Во-первых, слизистая оболочка, выстилающая половые органы, в нормальном состоянии не проницаема для кишечной палочки; во-вторых, нормальный секрет половых органов обладает бактерицидными свойствами по отношению к названной бактерии, и в-третьих, из мочеиспускательного канала микробы удаляются механически вместе со струей мочи.

Вторым отделом кишечника, который находится в непосредственной близости к половым органам, является та часть прямой кишки, которая прилегает к задней стенке влагалища и отчасти шейке матки, будучи отделена от последней небольшим участком клетчатки, так называемым *subserosium retrocervicale*.

При благоприятных условиях микроорганизмы, населяющие прямую кишку, распространяются на клетчатку, отделяющую кишку от

влагалища, вызывая образование парапроктита или паракольтита, или же распространяются дальше, переходя на соседние отделы тазовой клетчатки.

Тот отдел прямой кишки, который расположен выше крестцово-маточных связок, не стоит в непосредственной связи с внутренними половыми органами, но так как он по передней поверхности кишки



Рис. 82. Первый вид.



Рис. 83. Второй вид.



Рис. 84. Третий вид.



Рис. 85. Четвертый вид.

Различные виды расположения flexura sigmoidea по Kelly,

покрыт брюшиной, выстилающей заднее Дугласово пространство, то, при скоплении в последнем крови или жидкости другого происхождения, кишечная палочка, проникая сюда через кишечную стенку, может легко вызвать инфекцию содержимого заднего Дугласова пространства.

Третьим участком кишечного канала, который приходит в близкое соприкосновение с внутренними органами таза, является flexura sigmoidea.

На взаимоотношения, существующие между внутренними половыми органами и flexura sigmoidea имеются только единичные указания, в то время как благодаря их близкому соседству эта зависи-

мость должна быть несомненно значительна и *flexura sigmoidea* благодаря своему положению, объему и подвижности, кроме того, что может служить исходным местом воспаления, оказывает еще чисто механическое влияние на положение и состояние внутренних половых органов. Это станет вполне понятно, если представить себе расположение *flexura sigmoidea* по отношению к последним.

На основании исследований Kelly, для *flexura sigmoidea* установлено четыре главных типа расположения. Первым, наиболее частым, является тот, когда названный участок кишки, начинаясь от *colon descendens*, направляется в правую половину брюшной полости, затем, образуя петлю, поворачивает обратно в левую сторону и позади матки

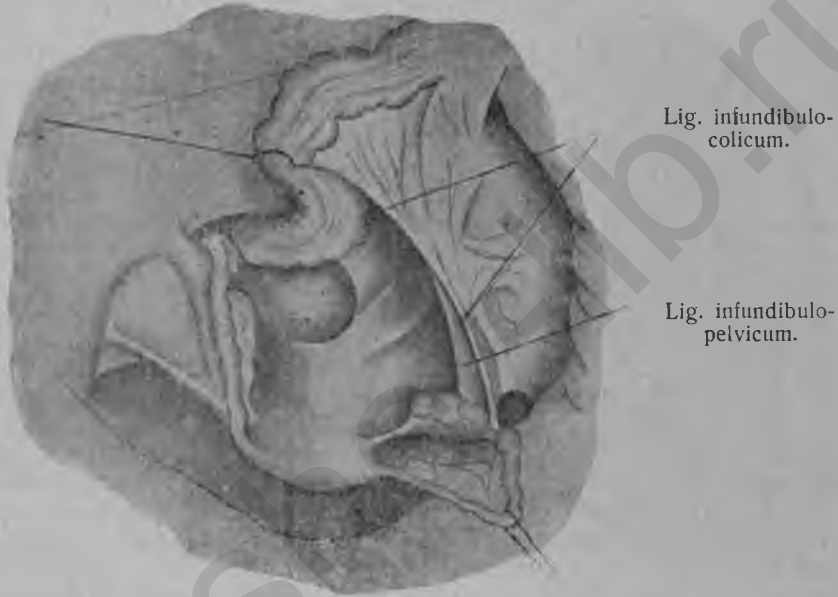


Рис. 86. Отношение *flexura sigmoidea* к левым придаткам и широкой связке. Из атласа операт. анатомии W. Лертманна.

опускается в малый таз; при втором типе *flexura sigmoidea* располагается слева направо в переднем отделе большого таза над мочевым пузырем спереди от матки и, перегибаясь через правую широкую связку, опускается в малый таз; при третьем типе *flexura sigmoidea* опускается в левую половину большого таза, здесь под острым углом поворачивает кверху и, снова делая изгиб над правой широкой связкой, переходит в малый таз; и, наконец, четвертым типом расположения названного участка кишки является тот, когда *flexura sigmoidea*, опустившись в левую половину большого таза, направляется направо спереди от матки, но в правой половине большого таза под острым углом снова возвращается в левую сторону и отсюда направляется в малый таз позади левой широкой связки.

При первом типе, который должен считаться наиболее нормальным, названный отдел толстой кишки не приходит в такое близкое соприкосновение с внутренними половыми органами, как при трех

последних способах расположения, которые стоят обыкновенно в связи с неправильным положением матки.

При существовании такого близкого соседства между flexura sigmoidea и тазовыми органами, естественно, надо себе представить, что кишечная палочка, проникшая под влиянием благоприятных условий на брюшинный покров кишки, отсюда легко достигает брюшины, покрывающей тазовые органы.

Однако, этим не исчерпывается связь flexura sigmoidea с определенными отделами внутренних половых органов в смысле возможности распространения инфекции. Кишечная палочка с таким же успехом может проникнуть через кишечную стенку в клетчатку, зало-

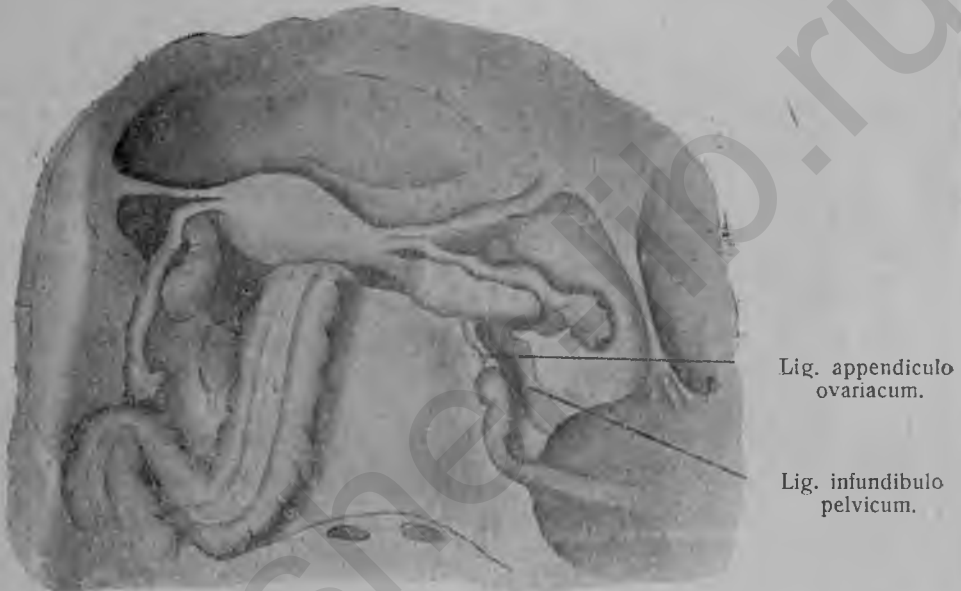


Рис. 87. Огношение слепой кишки и червеобразного отростка к правым прилаткам и широкой связке.

Из атласа операт. анатомии Liepmann'a.

женную в брыжейке кишки; а так как брыжейка fl. sigmoidea тесно связана с широкой связкой посредством ligamentum infundibulo-colisulium, то и инфекция, идущая из названного отдела кишечника легко распространяется на клетчатку широкой маточной связки и на соседние отделы тазовой клетчатки.

Четвертым отделом кишечного канала, который по своему анатомическому положению находится в близком соседстве с внутренними половыми органами, является слепая кишка с червеобразным отростком. И здесь взаимная связь названного участка кишечника и внутренних половых органов осуществляется двояким путем. Или инфекция, проникая через кишечную стенку на брюшинный покров кишки per continuitatem распространяется на брюшину, покрывающую тазовые органы, или же она распространяется по клетчатке.

Первый путь облегчается еще тем обстоятельством, что по исследованиям Dreyer'a у 79% всех женщин имеется свободная подвижность

слепой кишки, так называемое *coecum mobile*, способствующее низкому ее стоянию.

Распространению кишечной палочки из слепой кишки и червеобразного отростка по клетчатке на половые органы способствует существование связки, так называемой *ligamentum-appendiculo-ovarium*. Кроме того, инфекция легко может переходить с клетчатки, заложенной в брыжейке слепой кишки, на клетчатку *ligam. infundibulo-pelvicum* соответствующей стороны.

Наконец, надо иметь в виду, что петли тонких кишек всегда при нормальных условиях находятся в заднем Дугласовом пространстве, поэтому при благоприятных обстоятельствах легко могут образоваться складки между ними и соответствующим отделом внутренних половых органов, и таким путем будет дана возможность распространению инфекции.

Кроме такой топографической связи определенных участков кишечника с внутренними половыми органами существует еще другая, не менее тесная связь, основанная на общности кровеносной и лимфатической системы для тазовых органов.

Особенно резко это выражено по отношению к венозной системе таза, так как венозные сплетения, будучи здесь очень развиты, тесно между собою переплетаются, и сосуды их не имеют клапанов. Поэтому застойная гиперемия в любом из органов таза всегда влечет за собою нарушение кровообращения в других отделах.

Так, например, венозная гиперемия в матке, вызванная ее ретроверзией, всегда обуславливает нарушение кровообращения не только в *plexus uterovaginalis*, но и в *plexus haemorrhoidalis*, что в свою очередь вызовет отек мышечной стенки прямой кишки, нарушение ее тонуса и возникновение запоров; а это последнее, благодаря скоплению в *ampulla recti* каловых масс и механической травме ими слизистой оболочки кишки, будет способствовать проникновению кишечной палочки через стенку кишки.

И лимфатическая система тазовых органов представляет собою тоже густую сеть сосудов, тесно переплетающихся между собою, что в значительной степени способствует распространению инфекции с одного органа на другой.

Таким образом мы видим, что между определенными отделами кишечника и внутренними половыми органами существует тесная и многообразная связь. Поэтому заболевания названных отделов кишечника должны так или иначе отразиться на состоянии полового аппарата; но возможна и обратная зависимость.

Доказательство этому мы, между прочим, находим в работе Тереминской, где на основании большого материала оказалось, что при наличии гинекологического заболевания нарушение отправления кишечника в виде хронических запоров наблюдалось в 57% всех случаев, и с другой стороны у женщин, страдающих хроническими запорами, гинекологическое заболевание в той или иной форме наблюдалось в 78% всех случаев.

Закончив этим беглый обзор тех путей, которыми инфекция кишечной палочкой распространяется на женские половые органы, перейдем к отдельным формам заболеваний, вызванным этим микроорганизмом.

I. Appendicitis chronica, salpingo-oophoritis dextra.

Больная, 24 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка города Полтавы, русская.

В клинику она поступила с жалобами на боли внизу живота главным образом с правой стороны; эти боли начинаются за несколько дней до появления месячных; в клинике она находится пять дней.

I. Анамнез.

1. Детство. В детстве больная каких-либо заболеваний не отмечает.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на четырнадцатом году, установились сразу и стали приходить через 4 недели, продолжаясь по 3 дня, не обильно и без болей. За последние пять лет месячные несколько изменили свой характер; они стали обильнее и сопровождаются болями, которые появляются за три или четыре дня до начала выделения крови, постепенно усиливаются, а затем быстро исчезают вместе с прекращением месячных. Последние месячные были около двух недель тому назад.

3. Начало половой жизни. Половая жизнь началась полгода тому назад, причем больная отмечает, что с этого времени боли при месячных усилились, а иногда стали появляться и не в связи с месячными, локализуясь главным образом внизу живота справа.

4. Беременности и их исходы. Больная беременности не имела.

5. Начало настоящего заболевания. Первое появление болей больная заметила пять лет тому назад, причем она отмечает, что это совпало с каким-то острым воспалительным заболеванием, которое сопровождалось повышением температуры, рвотой и сильными болями в животе. Острое состояние продолжалось не долго и заставило больную пролежать в постели около недели. В дальнейшем больная повторения таких приступов болей не отмечает.

6. Болела ли раньше. Других заболеваний не было.

7. Отправления кишечника. Больная всегда страдала склонностью к упорным запорам.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочепускание нормально.

II. Status praesens. Больная правильного сложения, среднего роста (152 см.) и удовлетворительного питания (вес 54 кг.) мускулатура, костная система и жировая подкожная клетчатка развиты правильно.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски; грудные железы развиты правильно. Температура тела нормальна и за время пребывания больной в клинике она не превышала 36,9°. Пульс хорошего наполнения, ровный, 74—80 ударов в минуту; со стороны сердца уклонений от нормы нет. Число дыханий 15 в минуту; легкие в порядке. Со стороны печени, почек и селезенки уклонений от нормы нет.

При осмотре живота, он не вздут и правильной формы; при ощупывании его определяется в правой подвздошной области при глубокой пальпации болезненность в месте, соответствующем точке Mac Burney; эта болезненность распространяется книзу в глубину малого таза; какой-либо отчетливой резистентности определить здесь не удается; перкуссия дает ясный кишечный тон.

Наружные половые органы и волосистость на них развиты правильно; слизистая оболочка влагалищного входа нормальной окраски; каких-либо выделений из влагалища не заметно; из мочеиспускательного канала при надавливании пальцем тоже ничего получить не удается.

При бимануальном исследовании слизистая оболочка влагалища нормальна; влагалищная часть матки небольшая, имеет форму тупого конуса, консистенция ее нормальна, наружный зев круглый, обращен кзади от проводной оси таза. Тело матки нормальной величины и формы и находится в положении правильной антефлексии и антеверзии; подвижность матки несколько ограничена особенно при попытке сместить тело матки в левую сторону; больная при этом чувствует боль в правой стороне живота внизу. Левые придатки матки безболезненны, но определить их ясно не удается; при ощупывании правых придатков труба оказывается утолщенной в карандаш или мизинец, плотной и извитой; яичник увеличен до размера сливы и болезненен при надавливании; подвижность правых придатков матки ограничена, и они, повидимому, фиксированы в глубине малого таза к боковой его стенке склейками. Клетчатка таза без изменений. Брюшина левой половины большого и малого таза свободна, в правой же, повидимому, имеются плоскостные сращения.

При осмотре зеркалом изменений со стороны слизистой оболочки влагалища и влагалищной части матки не обнаруживается; из цервикального канала выделяется немного стекловидной слизи.

Произведенные лабораторные исследования дали следующее.

I. Исследование мочи. Суточное количество 1800—2100 к. с.; цвет соломенно-желтый; удельный вес 1011—1017 к. с.; реакция кислая; количество индикана превышает норму; белка, сахара и других каких-либо химических или морфологических патологических элементов нет.

II. Бактериологическое исследование. Было произведено бактериологическое исследование секрета из цервикального канала, но никаких патогенных микробов не обнаружено. Степень чистоты влагалищного содержимого I R.

III. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

IV. Исследование крови. (См. стр. 206).

Количество эритроцитов	
Характер эритроцитов	{ Изменение окраски Изменение величины Изменение формы Изменение структуры
Количество гемоглобина	
Показатель окраски	
Количество лейкоцитов	
Лейкоцитарная формула.	{ Нейтрофилы Эозинофилы Базофилы Лимфоциты Мононуклеары крупн
Нейтрофильная картина	{ Одноядерные Двухядерные Трехядерные Четырехядерные Пятиядерные
Аннота.	
Патологические формы лейкоцитов.	{ Регенеративные. Дегенеративные
Количество тромбоцитов	
Сухой остаток	
Удельный вес	
Коэффициент вязкости	
Скорость свертываемости	
Щелочность	
Резистентность эритроцитов	
Количество гликогена	
Скорость осаждаем. эритроцитов	

Нормальная картина
крови у женщин.

Исследование 1.
-- год III мес. 6 число.

4.500.000—5.250.000

4.275.000

85⁰/₀—119⁰/₀

нет

0,9—1,0

нет

7.000—8.000

нет

нет

4.400—5.200; 55—70⁰/₀

79⁰/₀

80—320; 1,4⁰/₀

0,9

20—80; 0,1—1⁰/₀

6.780

1.600—2.400; 20—35⁰/₀

60⁰/₀—4.094

250—500; 2—5⁰/₀

2⁰/₀—136

8⁰/₀

0,5⁰/₀—34

24⁰/₀

33⁰/₀—2.244

48⁰/₀

16⁰/₀

4⁰/₀

4⁰/₀—272

8⁰/₀

25⁰/₀

47⁰/₀

17⁰/₀

3⁰/₀

нет

нет

250.000

21⁰/₀

1.050—1.056

4,38

7—8 минут

426—533 м. г. NaOH

RM 0,33⁰/₀; Rm. 0,48⁰/₀ NaCl.

1.051

4

7 минут

468

0,49⁰/₀

нет

5 час.

4 часа 20 мин.

Для того, чтобы дать правильную оценку данному случаю, мы должны выяснить этиологию и локализацию настоящего заболевания.

Ни исследование выделений из половых органов, ни анализ крови не дали нам достаточных указаний для определения возбудителя болезни; с другой стороны, хроническое течение процесса, который тянется уже несколько лет, тоже затрудняет распознавание, мешая точно установить начало заболевания, поэтому здесь мы должны с особой тщательностью отнестись к данным анамнеза, а также постараться дать точное определение тем изменениям, которые нами получены при исследовании больной.

Начнем с анамнеза. Как видно из слов больной, она в детстве каких-либо заболеваний не помнит; далее, так как наступление половой зрелости совершилось своевременно, и месячные имели правильный четырехнедельный тип и нормальный характер, то мы имеем право считать, что никаких отклонений в развитии полового аппарата нашей больной не было; в связи с началом половой жизни больная отмечает, правда, усиление болей во время месячных, но, во-первых, эти боли впервые появились около четырех лет до начала половой жизни, а во-вторых, мы прежде всего можем ожидать в связи с началом половой жизни возникновение гонококковой инфекции, проявляющейся резью при мочеиспускании и белями, что больная отрицает; наконец, в анамнезе нашей больной отсутствует такой важный момент для появления инфекционного гинекологического заболевания, как выкидыш или роды, так как беременности здесь вообще еще не было.

Сама больная относит начало своего заболевания к перенесенному ею пять лет тому назад острому воспалительному процессу, который сопровождался повышением температуры, рвотой и сильными болями в животе; острое состояние продолжалось недолго и заставило больную пролежать в постели около недели, но с этого времени она стала чувствовать боли в связи с месячными, которые сделались несколько обильнее.

Таким образом мы видим, что больная перенесла какое-то острое воспалительное заболевание, но оно не имеет характерного анамнеза, свойственного гинекологическим заболеваниям.

Перейдем теперь к разбору полученных нами данных исследования. Они главным образом сводятся к изменениям в правых придатках матки; именно, труба оказалась плотной и утолщенной, а яичник увеличен и болезнен, причем подвижность как правых придатков, так и матки ограничена, и наклонение тела матки в левую сторону, кзади и кпереди сопровождается болью в правой стороне живота; это обстоятельство заставляет нас допустить существование плоскостных сращений в брюшине правой половины таза.

Приведенных данных вполне достаточно, чтобы придти к выводу, что мы здесь имеем хронический воспалительный процесс правых придатков матки и близлежащей брюшины.

Сделав такой вывод, мы становимся перед вопросом, является ли этот воспалительный процесс результатом бывшей когда-то инфекции, или эти изменения не инфекционного происхождения, а вызваны нарушением кровообращения в соответственной области.

Считаясь только с характером найденных изменений, постараемся ответить на этот вопрос.

Утолщение и уплотнение трубы говорит за то, что здесь имеется изменение мышечной стенки трубы, состоящее в разрастании плотной соединительной ткани, т.е. процесс называемый *mesosalpingitis*.

Такое соединительнотканное изменение мышечной стенки органа, будет ли это труба или матка, всегда начинается с серозного пропитывания и мелкоклеточной инфильтрации воспаленного участка, которое влечет за собою развитие молодой соединительной ткани, прорастающей мышечную стенку; постепенно волокна соединительной ткани уплотняются; сдавливая мышечные элементы, они вызывают атрофию последних и весь орган увеличивается в объеме и консистенция его становится более плотной.

Так как причиной разрастания соединительной ткани может быть не только инфекция, но и застойная гиперэмия, вызванная травмой, неправильным положением органа и т. д., то найденные нами изменения в трубе данной больной, взятые отдельно, не решают вопроса об их этиологии.

Изменения яичника здесь состоят в его увеличении и болезненности. Так как увеличение яичника сравнительно небольшое и находится в пределах, могущих зависеть от воспалительного процесса, то в связи с наличием болезненности мы тоже должны признать здесь хронический воспалительный процесс, но этиология его не может быть с точностью установлена так как и инфекция, и застойная гиперэмия могут дать те же изменения, которые сводятся по преимуществу к разрастанию соединительной ткани, мелкокистозному перерождению фолликулов и склерозу сосудов.

Наконец, найденные нами плоскостные сращения в брюшине правой половины таза должны рассматриваться тоже как результат бывшего местного воспаления брюшины с образованием фибринозного выпота. Но так как последний может явиться результатом гиперэмии, вызванной не только инфекцией, но и другими причинами, как, напр., травмой, то и эти данные не решают поставленного нами вопроса.

Однако, если мы возьмем все полученные нами при исследовании больной изменения в их совокупности; если мы, далее, обратим внимание на то, что процесс здесь односторонний, что не имеется изменения положения ни матки, ни придатков, то более вероятным станет предположение, что в основе данного заболевания лежит какой-то воспалительный процесс, вызванный инфекцией.

Допустив такое толкование, мы должны уяснить себе тот путь, каким инфекция здесь проникла в правые придатки, и определить возбудителя последней.

Как нам известно, проникновение микроорганизмов в данный отдел полового аппарата может произойти не только *per continuitatem* с соседних участков, но они могут быть занесены сюда током крови из отдаленных органов; с другой стороны, мы знаем, что инфекционные заболевания женского полового аппарата наиболее часто бывают вызваны следующими микробами: стрептококком, стафилококком, гонококком, кишечной палочкой и туберкулезной палочкой.

Так как инфекция гноеродными бактериями и гонококком здесь очень мало вероятна на основании данных анамнеза, на что нами уже было указано, то в этом случае вопрос может идти о туберкулезной или кишечной палочке.

Не имея возможности выделить возбудителя инфекции из крови или секрета половых органов, мы можем воспользоваться только анамнезом и характером имеющихся изменений, что скорее заставляет нас допустить здесь наличие заболевания кишечной палочкой, идущее, повидимому, из червеобразного отростка.

За это предположение говорит, во-первых, постоянная склонность к запорам, существовавшая еще до начала болезни, во-вторых, острое начало заболевания, сопровождавшегося повышением температуры, рвотой и болями в животе.

Принимая за начало заболевания острый приступ аппендицита, мы должны себе представить дальнейшее развитие процесса следующим образом.

Воспалительные изменения в червеобразном отростке со слизистой его оболочкой распространились на покрывающую его брюшину и последовательно захватили и прилегающие участки тазовой брюшины.

Процесс в брюшине, повидимому, ограничился образованием серозно-фибринозного выпота, который и привел к образованию плоскостных сращений в области придатков справа. Но так как образование экссудата было вызвано бактериями, находящимися в содержимом червеобразного отростка, именно, *bacterium coli* и, может быть, *diplococcus intestinalis*, то вместе с распространением воспалительного процесса по брюшине таза распространялись и названные микроорганизмы и, достигнув трубы и яичника, вызвали здесь соответствующие изменения.

Найденные нами при исследовании изменения в трубе могли возникнуть двояким способом: во-первых, возбудители инфекции могли проникнуть в толщу мышечной стенки трубы со стороны покрывающей ее брюшины; во-вторых, они могли сперва по току жидкости проникнуть в просвет трубы через абдоминальное ее отверстие и здесь вызвать сперва воспаление ее слизистой оболочки, а далее уже изменения в мышечной стенке и в покрывающей ее брюшине.

Не всегда, однако, необходимо, чтобы при данных изменениях в трубе в нее проникли самые возбудители инфекции; часто вполне достаточно образования склеек и сращений, чтобы вызвать в соответственном органе настолько глубокие изменения кровообращения, которые могут дать ту же картину. Именно таким нарушением кровообращения мы должны объяснить себе найденные нами изменения в яичнике, так как эпителий, покрывающий яичник, плохо проницаем для микроорганизмов.

Но даже на удаленной во время операции трубе не всегда удастся при осмотре глазом сказать, каким путем возбудители инфекции проникли в толщу ее мышечной стенки, и этот вопрос решается при помощи микроскопа. На срезах мы находим, что в тех случаях, где микроорганизмы проникли со стороны брюшинного покрова трубы, воспалительные изменения выражены особенно резко в брюшине и подбрюшинном слое, а также в более поверхностных слоях мышечной стенки трубы, в то время как глубокие ее слои и слизистая оболочка изменены мало. При распространении инфекции со стороны полости трубы воспалительные изменения идут в обратном порядке.

Так как в хронически протекающих случаях сальпингита, комбинирующегося с хроническим же аппендицитом, иногда трудно бывает решить, который из органов является исходным местом воспаления, то

и здесь мы пользуемся исследованием при помощи микроскопа, причем на срезах оказывается, что в тех случаях, где червеобразный отросток заболел вторично, воспалительные изменения выражены резче в его брюшинном и подбрюшинном слое, в то время как подслизистый слой и слизистая оболочка изменены мало.

Иногда выяснению источника заболевания способствует бактериологическое исследование содержимого больной трубы; например, если в ней удастся найти гонококка, то приходится признать перелойное заражение через наружные половые органы; в тех же случаях, когда в содержимом трубы определяется кишечная палочка, можно только с известной долей вероятности считать исходным местом воспа-



Рис. 88. Сращения между червеобразным отростком и воспаленными прав. придатками. Из операт. гинекологии W. Liermann'a.

ления червеобразный отросток, так как доказано, что существуют восходящие воспаления половых органов на почве заражения кишечной палочкой; в некоторых случаях присутствие кишечной палочки в содержимом трубы может быть результатом вторичной инфекции, проникшей из припаянного червеобразного отростка в пораженную гонореей или послеродовой инфекцией трубу.

В описанных Оппелем, И. Грековым, Hawkins'ом, Morison'ом и другими случаях воспалительные изменения, исходящие из червеобразного отростка, не ограничивались образованием склеек с окружающими частями, а перегородка между червеобразным отростком и трубой, состоящая из их стенок, постепенно, разрушалась нагноительным процессом, и таким образом, создавалась одна общая полость.

Для нашего случая мы признали наиболее вероятным способом распространение инфекции с червеобразного отростка на правые придатки матки по брюшине, и, по наблюдениям Hartmann'a, этот путь действительно является наиболее частым, но не исключительным, так как инфекция может распространиться и по клетчатке, проникая из

червеобразного отростка в клетчатку, заложенную в брыжейке червеобразного отростка и слепой кишки, и отсюда в клетчатку широкой маточной связки.

Основываясь на данных анамнеза, мы приходим к выводу, что у нашей больной первоисточником ее болезни является червеобразный отросток, а правые придатки были вовлечены в этот воспалительный процесс вторично.

Посмотрим теперь, можем ли мы, пользуясь данными исследования, подтвердить сделанный нами вывод.

Прежде всего здесь, конечно, мы начинаем с оценки тех данных, которые мы получаем при наружном исследовании, т.е. с локализации болей при ощупывании через переднюю брюшную стенку. Как известно, при заболевании червеобразного отростка болезненность, главным образом, сосредотачивается в точке Мак-Вурнеу, лежащей на середине линии, соединяющей *spina anterior superior osis ilei* с пупком. Для яичника же точкой, соответствующей на брюшной стенке его расположению, является граница между средней и нижней третью линии, соединяющей пупок со серединой Пупартовой связки. Так как обе названные точки отстоят друг от друга не более чем на полтора или два пальца, то, естественно, что болезненность брюшины, безразлично, будет ли она вызвана воспалением червеобразного отростка или правых придатков, захватит собою пространство, заключающее обе точки.

Следующим признаком, которым пользуются для дифференциальной диагностики заболевания червеобразного отростка или правых придатков в хронических случаях, является непосредственное ощупывание отростка через переднюю брюшную стенку.

Однако, этот прием оценивается весьма различно, и в то время как, по мнению одних, измененный червеобразный отросток удаётся будто бы ощупать в каждом случае, по мнению других, это достигается далеко не так часто.

Одним из обстоятельств, затрудняющих возможность воспользоваться обоими только что приведенными приемами, являются далеко

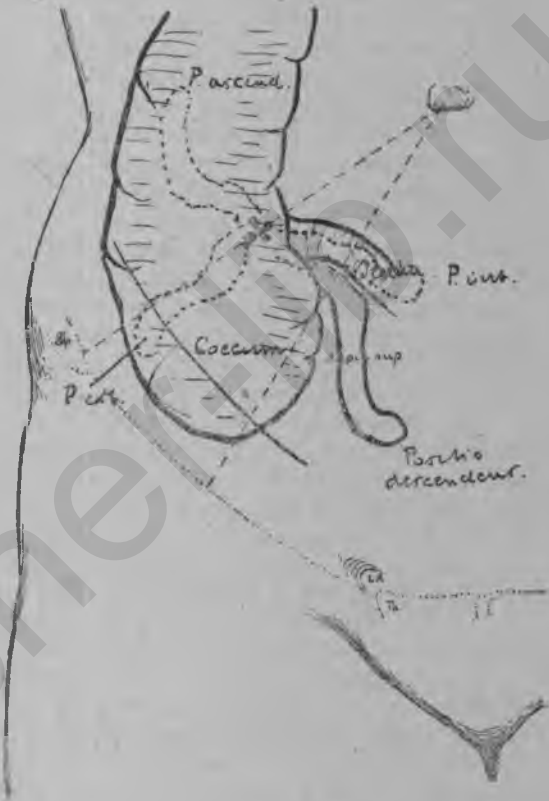


Рис 89. Различные положения червеобразного отростка.

× Точка Мак-Бурнея.

⊞ Точка, соответствующая располож. яичника.

не всегда одинаковое расположение, а также и величина червеобразного отростка.

При дифференциальной диагностике в хронических случаях мы пользуемся следующими данными.

Если придатки оказываются измененными с обеих сторон, то это дает право предполагать заболевание, идущее восходящим путем; однако, этот признак имеет только относительное значение, так как, с одной стороны, например, при заболевании придатков, вызванном гноеродными бактериями, нередко приходится наблюдать односторонний процесс; с другой стороны, например, при туберкулезном поражении придатков, развившемся на почве туберкулезного перитонита, изменения в них наблюдаются с обеих сторон.

При заболевании придатков с образованием сращений подвижность матки ограничена, в то время как при хроническом аппендиците, остающемся изолированным, подвижность матки не нарушена. В тех случаях, где имеется воспаление придатков, не сопровождающееся сращениями, подвижность матки хотя и не изменена, но попытка сместить тело матки в ту или другую сторону сопровождается чувством боли в области пораженных придатков; при воспалительном процессе, ограничивающемся только червеобразным отростком, напротив, болезненности при смещении матки не наблюдается.

По мнению Olshausen'a форма воспалительной опухоли тоже имеет значение, причем в случае аппендицита с образованием осумкованного экссудата, опухоль располагается, идя из большого таза сверху вниз и справа налево, и длина ее больше ширины; при сальпингите опухоль располагается в поперечном направлении, начинаясь от правого угла матки, и направляясь в правую сторону и несколько книзу, причем обычно, периферический ее конец постепенно расширяется, напоминая формы реторты.

Далее, резистентность, исходящая из аппендицита, располагается выше и с трудом достижима со стороны влагалища.

В сомнительных случаях известную услугу нам может оказать прием, предложенный Rovsing'ом, который состоит в том, что в левой половине живота производят давление рукой на colon descendens по направлению снизу вверх, оттесняя таким образом содержимое толстых кишек colon transversum и отсюда в colon ascendens, благодаря чему слепая кишка растягивается газами, вздувается и вызывает смещение червеобразного отростка; это в свою очередь при воспалительном состоянии последнего вызывает ощущение боли на месте его расположения.

Таким образом мы видим, что для дифференциальной диагностики хронического аппендицита и воспаления правых придатков предложен целый ряд приемов, но каждый из них, взятый в отдельности, имеет только относительную ценность, а в трудных случаях и совокупность их не всегда решает вопрос; поэтому здесь особенно важное значение имеет анамнез, а также субъективные ощущения больной, т.е. ее жалобы.

Из них нам чаще всего приходится встречаться с указанием больной на дисменорею.

Так как мы имеем здесь дело с воспалительной дисменореей, то, в противоположность дисменорее механической, боли при месячных появляются за некоторое время, иногда за несколько дней до

появления крови, а не совпадают с последним; далее, воспалительная дисменоррея впервые появляется обыкновенно спустя более или менее долгое время после наступления первых месячных, в зависимости от того, когда имело место то заболевание, которым оно вызвано, в то время как при механической дисменоррее, вызванной той или иной формой недоразвития полового аппарата и в частности матки, боли во время месячных появляются вместе с первым их наступлением.

Указание в анамнезе на воспалительную дисменоррею дает нам некоторое право искать ее причину в самостоятельном заболевании половых органов, чаще всего придатков матки; однако, описанные Hermes'ом и Brand'ом и другими случаи исчезновения этих болей после удаления измененного червеобразного отростка, заставляют к этому признаку относиться с большой осторожностью, тем более, что, по наблюдениям Reder'a, гиперэмия тазовой области, сопровождающая месячные, может вызвать обострение хронического аппендицита и дать картину острого приступа.

По мнению Sonnenburg'a, боли во время месячных нередко зависят от сращений, существующих между воспаленным червеобразным отростком и яичником; однако, не всегда необходима наличность этих сращений для того, чтобы возникла гиперэмия червеобразного отростка в связи с гиперэмией в области правых придатков, в виду того, что червеобразный отросток связан с правым яичником тонкой артериальной веточкой, берущей начало из art. spermatica и идущей от последнего в толще связки, носящей название ligamentum appendiculo-ovaricum.

Fränkel в тех случаях, где нет сращений, допускает нервное происхождение болей.

Указание больной на самостоятельные боли, локализирующиеся в правой подвздошной области, которым придает большое значение Guinard, имеют тоже только относительное значение, так как при заболевании червеобразного отростка они не всегда ограничиваются правой подвздошной областью, а часто иррадиируют в область crista ossis ilei, лона или желудка; при заболевании яичников наблюдаются отраженные боли чаще в области внутренних поверхностей бедер.

У нашей больной связанные с месячными боли носят характер воспалительной дисменорреи, так как они появились спустя пять лет после первого наступления месячных, стоят в связи с бывшим в это время острым воспалительным заболеванием и начинаются за несколько дней до начала выделения крови.

Найденные нами изменения в правых придатках вполне достаточны, чтобы объяснить эти боли.

Таким образом, на основании данных, полученных нами при исследовании больной, а также и из анамнеза, мы приходим к следующему диагнозу:

Salpingo-oophoritis dextra, appendicitis chronica pelveoperitonitis adhaesiva chronica.

Дальше нам остается установить предсказание и наметить план лечения для нашей больной.

Предсказание здесь должно устанавливаться не столько на основании тех анатомических изменений, которые мы нашли при исследовании, сколько на основании этиологии данного заболевания.

Имеющиеся у нашей больной изменения в придатках, червеобразном отростке и брюшине таза сами по себе не угрожают жизни боль-

ной и, вероятно, под влиянием систематического рассасывающего лечения они могли быть в значительной мере устранены; но так как здесь источником заболевания является червеобразный отросток, то в смысле предсказания мы должны быть очень осторожны.

Один раз благополучно перенесенный острый приступ аппендицита всегда будет допускать возможность повторения приступа, причем за исход его никогда нельзя вперед поручиться, так как с ним связана возможность разлитого перфоративного перитонита.

И при выборе того или другого способа лечения нам придется считаться тоже главным образом с тем обстоятельством, что как изменения в половых органах, так и связанные с ними жалобы больной возникли на почве бывшего пять лет тому назад острого приступа аппендицита.

Не говоря уже о том, что все наше лечение, направленное в виде консервативных рассасывающих методов на воспалительные изменения в половых органах нашей больной, может быть сведено на нет при появлении нового приступа аппендицита, здесь приходится считаться еще с одним очень важным обстоятельством.

Допустим, что примененное нами консервативное лечение дало на столько хорошие результаты, что мы избавили бы больную от болей, но наша больная находится в молодом возрасте, она только полгода как вышла замуж, и в ближайшее же время может наступить беременность. И вот эта возможность беременности и должна главным образом определить наше отношение к данному заболеванию.

Как известно, беременность во многих отношениях оказывает очень неблагоприятное влияние на течение хронического аппендицита и наличие такого в связи с беременностью представляет большую опасность.

Прежде всего увеличивающаяся в своем объеме беременная матка смещает слепую кишку и червеобразный отросток кверху и кнаружи. При имеющихся вокруг отростка сращениях такое смещение его вызывает или перегиб отростка и задержку в нем содержимого, или нарушение сращений; с другой стороны, сопровождающие нередко беременность запоры не могут не отразиться неблагоприятно на без того уже больном отростке.

В виду сказанного протекающий хронически и, казалось бы, безобидный аппендицит, может резко изменить свой характер. Появляется острый приступ с образованием экссудата, и картина сразу меняется, так как беременность в значительной мере мешает ограничению процесса и даже способствует переходу местного, ограниченного перитонита в общий разлитой. Происходит это по следующим причинам: во-первых, слепая кишка вместе с отростком смещается из области таза в свободную брюшную полость; во-вторых, сальник оттесняется беременной маткой кверху и потому не может, как при нормальных условиях, способствовать ограничению экссудата; в-третьих, скопление и осумкование гноя в заднем Дугласовом пространстве при беременной матке невозможно, в то время как при обычных условиях оно наблюдается приблизительно в 33% случаев гнойного аппендицита.

Но особенно неблагоприятное влияние на течение этих форм аппендицита оказывает не столько беременность сама по себе, сколько нарушение ее безразлично в форме ли преждевременных или срочных родов.

Благодаря изменению внутрибрюшного давления во время сокращений матки и брюшного пресса и, особенно, благодаря быстрому уменьшению матки после ее опорожнения, даже вполне ограничившийся в области отростка экссудат изливается в свободную брюшную полость вследствие разрушения спаек и склеек брюшины. Кроме того, механический инсульт, связанный с родовым актом, может послужить толчком к перфорации червеобразного отростка при гангрене или эмпиеме его.

Это вредное влияние беременности и родов на течение аппендицита подтверждается данными статистики, и в то время как гнойный аппендицит без наличия беременности дает только от 6% до 12% смертности, при одновременном существовании беременности он дает 25% смертности и больше.

Признав таким образом ту опасность, которую беременность представляет при аппендиците, мы принуждены сделать вывод, что одновременное существование беременности и аппендицита несовместимо, и таким образом мы становимся перед дилеммой: или должен быть удален больной отросток, или устранена беременность. Но так как, решив нарушить беременность и пожертвовать жизнью плода, мы вместе с тем не избавляем больную от ее основного страдания, то мы должны признать правильным другое отношение к подобным случаям: раз во время беременности распознан аппендицит в какой бы то ни было форме, червеобразный отросток должен быть удален, как только это позволяют условия данного случая.

Хотя удаление червеобразного отростка во время беременности обыкновенно не отражается на ее дальнейшем благополучном течении и на исходе родов, но все же, если обстоятельства позволяют, то выгоднее произвести операцию еще до наступления беременности; если же вопрос об операции поднимается уже при наличии беременности, то удаление червеобразного отростка будет тем проще технически и, следовательно, тем безопаснее, чем срок беременности меньше.

На основании сказанного, мы должны прийти к следующим выводам: во-первых, в подобных нашему случаям точная диагностика имеет чрезвычайно важное значение, и для того чтобы ее достигнуть, мы должны воспользоваться всеми имеющимися в нашем распоряжении средствами; во-вторых лечение придатков может дать успех только после того, как будет удален больной червеобразный отросток.

Таким образом и в нашем случае мы должны начать с того, чтобы предложить больной оперативное вмешательство, главным образом с целью удаления червеобразного отростка, предупредив ее, что и со стороны придатков могут оказаться такие изменения, которые можно устранить одновременно с удалением отростка; если же, наоборот, при операции окажется, что изменения в придатках незначительны, то их впоследствии придется лечить различными консервативными методами.

Что касается тех воспалительных изменений в трубе, которые могут нас заставить поднять вопрос об ее удалении, то в этом отношении показания должны ставиться довольно широко: не говоря уже о таких состояниях, как *pyosalpinx* и *hydrosalpinx* труба будет подлежать удалению во всех случаях, когда проходимость ее нарушена, или когда стенка ее утолщена и уплотнена. Рассчитывать при таких условиях на возможность привести трубу в нормальное или хотя бы удовлетво-

рительное состояние при помощи рассасывающих методов лечения едва ли возможно, а вместе с тем такая труба, не причиняя больной непосредственных страданий, представляет серьезную опасность, способствуя возникновению внематочной беременности.

К яичнику, напротив, мы должны относиться весьма бережно; как орган не только продуцирующий яйцевые клетки, но и обладающий внутренней секрецией, он по возможности должен быть сохранен, и если изменения в нем настолько значительны, что окажется невозможным оставить его целиком, то должны быть удалены наиболее измененные его участки, другими словами, следует ограничиться частичной резекцией его.

В подобных случаях при операции, конечно, следует пользоваться не влагалищным, а брюшностеночным способом чревосечения, причем выгоднее разрез производить по средней линии, так как удалить червеобразный отросток через такой разрез не представляет затруднений, а вместе с тем это дает возможность хорошо осмотреть придатки не только с правой, но и с левой стороны, а также всю область таза.

2. Appendicitis acuta; pelveoperitonitis exsudativa purulenta.

Больная О. К., 21 года, замужняя, прислуга, уроженка Ленинграда. В клинику она поступила восемь дней тому назад в тяжелом состоянии с жалобами на сильные боли во всем животе и особенно справа внизу; заболела она за четыре дня до поступления в клинику.

I. Анамнез.

1. Детство. Насколько больная помнит, она в детстве перенесла скарлатину и корь.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на шестнадцатом году, установились сразу и стали приходить через четыре недели, продолжаясь по пяти дней не обильно и без болей. Последние месячные были в срок, две недели тому назад.

3. Начало половой жизни. Половая жизнь началась около года тому назад, при чем больная в связи с этим никаких растройств со стороны половых органов или мочеиспускания не отмечает.

4. Беременности и их исходы. Через два месяца после выхода замуж наступила беременность, которая была прервана искусственно в самом начале; выкидыш прошел без осложнений, сопровождался умеренной потерей крови, и после него больная чувствовала себя вполне здоровой, причем месячные сохранили прежний правильный характер.

5. Начало настоящего заболевания. По словам больной, она заболела внезапно; сперва появились сильные боли справа внизу живота, затем больную несколько раз вырвало и стало сильно лихорадить; больная приписала это погрешности в пище и в виду задержки стула приняла слабительное, но после действия кишечника состояние ее стало еще хуже, и, пролежав дома три дня, она решила обратиться в больницу.

6. Болела ли раньше. Кроме перенесенных в детстве кори и скарлатины других заболеваний не помнит.

7. Отправления кишечника. Стул задержан, причем больная отмечает склонность к запорам с детства.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочеиспускание нормально.

II. Status praesens. Данные исследования больной в день поступления в клинику (5/II): Больная правильного сложения, среднего роста и удовлетворительного питания. Кожа лица и видимые слизистые оболочки бледны; глаза тусклые, окружены темными кругами. Грудные

железы развиты правильно. Температура утром $39,2^{\circ}$; пульс 116 ударов в минуту, ровный, но мягковатый; кровяное давление несколько понижено, $РМа = 102$; $РМи = 82$; $РА = 20$; сердце немного расширено в поперечном размере, тоны глуховаты. Число дыханий 30 в минуту и несколько поверхностно; со стороны легких уклонений от нормы нет. Сознание ясное. Со стороны органов пищеварения наблюдается следующее: язык сухой и обложенный; изредка появляется рвота; стул задержан, но больная отмечает склонность к запорам с детства; кишечные петли умеренно растянуты газами. Печень и селезенка немного увеличены; со стороны почек и мочевого пузыря уклонений нет.

При осмотре живота он умеренно вздут; ощупывание мало болезненно, только в правой подвздошной области болезненность довольно сильная, и при надавливании рукой на место расположения слепой кишки получается напряжение мышц правой половины передней брюшной стенки, т.-е. имеется *défense musculaire*, причем здесь прощупывается некоторая резистентность без ясной границы, распространяющаяся книзу в малый таз и кнутри до средней линии: при перкуссии в области названной резистентности кишечный тон заглушен, причем перкуторная граница на $1\frac{1}{2}$ — 2 пальца ниже пальпаторной.

Наружные половые органы развиты правильно; слизистая оболочка влагалищного входа нормальной окраски; выделений из влагалища нет; из мочеиспускательного канала тоже ничего при надавливании пальцем получить не удалось.

При бимануальном исследовании влагалищная часть матки небольшая, имеет форму тупого конуса; она смещена несколько кверху и кпереди; наружный зев круглой формы, обращен кзади от проводной оси таза; тело матки ясно контурировать не удастся; повидимому, оно нормальной величины, формы и консистенции и смещено тоже несколько кверху и кпереди. Задний свод влагалища сглажен, расширен, но не выпячен; слизистая оболочка его подвижна; левый свод свободен; в правом же прощупывается резистентность, но слизистая оболочка его тоже подвижна. Позади матки в области заднего Дугласова пространства определяется мягко-эластическая резистентность без ясной верхней границы; в правую сторону эта резистентность переходит в ту, которую мы определили при наружном исследовании. Придатки не определяются; клетчатка таза без изменений.

При осмотре зеркалом слизистая оболочка влагалища слегка цианотична; из цервикального канала довольно много тягучих прозрачных слизистых выделений.

Данные исследования больной через неделю (12 II): происшедшие за это время изменения в состоянии больной сводятся к тому, что температура, оставаясь высокой, приобрела ремиттирующий характер; пульс стал немного медленнее, достигая самое большое 110 ударов в минуту; кровяное давление повысилось до нормы; дыхание стало менее частым, около 20 в минуту. Вздутие живота стало меньше; *défense musculaire* остался попрежнему, но граница определяемой снаружи резистентности стала яснее. При бимануальном исследовании смещении матки оказалось более резко выраженным кверху и кпереди; задний влагалищный свод не только сглажен, но выпячен; определяемая позади матки резистентность стала ясно эластичной и границы ее обозначились гораздо яснее. Из прямой кишки появилось

выделение прозрачной слизи. Пробная пункция через задний свод дала гнойный экссудат с каловым запахом; экссудат подвергнут бактериологическому исследованию.

Произведенные лабораторные исследования дали следующие результаты:

I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи от 840 до 1000 к. с., цвет насыщенный, удельный вес 1018—1024; реакция слабо кислая. Количество индикана повышено. Белку, сахару и других каких-либо химических, так и морфологических патологических элементов не обнаружено.

II. Исследование крови. (См. стр. 220).

III. Бактериологическое исследование.

Степень чистоты влагалищного содержимого II R.

Исследование выделений из цервикального канала, а также исследование крови дало отрицательный результат. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование экссудата, полученного при пробной пункции, обнаружило микроорганизмы, обладающие следующими характерными особенностями (см. стр. 221):

IV. Биологические реакции. Таковых произведено не было, так как они вообще мало изучены по отношению к *b. coli*.

Кривая температур., пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике (см. стр. 222).

Имея, таким образом, в своем распоряжении все данные, касающиеся нашей больной, мы должны ими воспользоваться, чтобы установить здесь распознавание и предсказание и наметить план лечения.

В виду того, что целый ряд признаков, как высокая температура, частый пульс и дыхание, боли, значительный лейкоцитоз и ускорение осаждаемости эритроцитов, говорят за какой-то острый инфекционный процесс, стоящий, повидимому, в топографическом отношении в связи с тазовыми органами, попытаемся для более детальной оценки настоящего случая определить те три фактора, из которых складывается инфекционное заболевание вообще, т. е. возбудителя инфекции, локализацию процесса и сопротивляемость организма.

Что касается первого, то при исследовании крови и выделений из половых органов микроорганизмов найти не удалось; при исследо-



Рис. 90. Данные исследования.

- a—Пальпаторная граница.
- b—Перкуторная граница.
- c—Область эластичности.

Количество эритроцитов	
Характер эритроцитов	{ Изменение окраски Изменение величины Изменение формы Изменение структуры
Количество гемоглобина	
Показатель окраски	
Количество лейкоцитов	
Лейкоцитарная формула	{ Нейтрофилы Эозинофилы Базофилы Лимфоциты Мононуклеары крупные
Нейтрофильная картина Арнета.	{ Одноядерные Двухядерные Трехядерные Четырехядерные Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	{ Регенеративные Дегенеративные
Количество тромбоцитов	
Сухой остаток	
Удельный вес	
Коэффициент вязкости	
Скорость свертываемости	
Щелочность	
Резистентность эритроцитов	
Количество гликогена	
Скорость осаждаем. эритроцитов ⁴	

Нормальная картина крови у женщин.	Исследование 1. —год II мес. 6 числ.	Исследование 2. —год II мес. 11 число.
4.500.000—5.250.000	3.800.000	3.800.000
—	еденичные полихрома- тофилы.	то-же
—	микро- и макроциты.	то-же
—	пойкилоциты.	то-же
—	нет.	нет
85 ⁰ / ₀ —110 ⁰ / ₀	61%	66%
0,9—1,0	0,8	0,86
7.000—8.000	23.000	19.600
4.400—5.200; 55—70 ⁰ / ₀	93 ⁰ / ₀ —21.400	88,7 ⁰ / ₀ —17.400
80—320; 1—4 ⁰ / ₀	0,08 ⁰ / ₀ —20	0,46 ⁰ / ₀ —90
20—80; 0,1—1%	0,17 ⁰ / ₀ —40	0,2 ⁰ / ₀ —40
1.600—2.400; 20—35 ⁰ / ₀	5,2 ⁰ / ₀ —1.200	8,6 ⁰ / ₀ —1.700
250—500; 2—5 ⁰ / ₀	1,1 ⁰ / ₀ —340	1,8 ⁰ / ₀ —370
8%	22 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀
24%	38 ⁰ / ₀	28 ⁰ / ₀
48%	34 ⁰ / ₀	42 ⁰ / ₀
16%	6 ⁰ / ₀	14 ⁰ / ₀
4%	0 ⁰ / ₀	2 ⁰ / ₀
—	миэлоц. и метамиэлоциты	то-же
—	—	—
250.000	—	—
21%	19 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀
1.050—1.056	1.048	1.051
4,38	5,8	4,7
7—8 минут	7 минут	7 минут
426—533 м. г. NaOH	425	448
RM. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl	0,49	0,47
—	первая степень	то-же
5 час.	16 минут	17 минут

Характеристика полученного микроба.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Короткая палочка с закруглен. концами.
2. Группировка. — Отдельно и нитями.
3. Подвижность. — Ограниченная.
4. Реснички. — 4 — 8 жгутиков по окружности.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Анаэроб. факультативный.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Образует индол.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Умеренная.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - a) Вид колоний. — В виде виноградного листа.
 - b) Разжижение. — Не разжижает.
2. Бульон:
 - a) Муть. — Хлопьевидная.
 - b) Осадок. — Хлопьевидный.
 - c) Пленка. — Нет.
3. Агар:

<ol style="list-style-type: none"> a) Рост на простом агаре. b) Рост на сахарном агаре. c) Рост на кровяном агаре. 	}	Гладкие беловатые блестящие пленки.
---	---	-------------------------------------
4. Молоко (свертывание). — Свертывает.
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту. — Брожение с образован. газа.
7. Наиболее благоприятные среды. — Растет на обычных средах.
8. Отношение к цветным средам. — Окрашивает в красный цвет среды Ende и Drigalski.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Bacterium coli commune*.

вани экссудата в малом тазу нами найдена *bacterium coli*, но так как она, благодаря близости прямой кишки, могла оказаться здесь случайно, то мы должны проверить, является ли она действительной причиной болезни или нет.

Для этой цели постараемся проследить те пути, по которым инфекция проникла в организм больной, и те местные и общие изменения, которые она в нем вызвала.

Если мы проследим анамнез больной, то мы увидим, что начало заболевания относится к самому последнему времени, и что проникновение возбудителей инфекции в ткани больного организма произошло за четыре дня до поступления больной в клинику, так как мы не имеем никаких указаний, которые позволяли бы нам допустить, что

настоящее заболевание есть только обострение уже существовавшего, но скрытопротекающего заболевания. Утверждать это мы можем потому, что у нашей больной время наступления половой зрелости. тип месячных и их характер не представляли никакого отступления от нормы; далее, половая жизнь, с началом которой часто бывает связано заражение гонореей, не вызвала никаких изменений, указывающих на заболевание полового аппарата; быстрое наступление беременности после начала половой жизни тоже подтверждает, что половой аппарат в это время был здоров. Правда, беременность была прервана на втором месяце искусственно, и это обстоятельство легко могло послужить причиной к занесению инфекции в половые органы, но так, как и после выкидыша, прошедшего без повышения температу-

туры, месячные сохранили их прежний тип и характер, то мы имеем основание думать, что выкидыш не оставил после себя изменений в половом аппарате.

Таким образом мы приходим к выводу, что инфекция была внесена в момент возникновения острых воспалительных явлений, и нам предстоит решить, каким путем она проникла в половые органы. Как известно, таких путей может быть несколько. Или возбудители инфекции проникают со стороны наружных половых частей и влагалища и последовательно распространяются на вышележащие отделы полового аппарата, или микроорганизмы приносятся по кровяному току из других, иногда отдаленных, участков организма, или, наконец, они проникают в половой аппарат из соседних органов тем или иным способом.

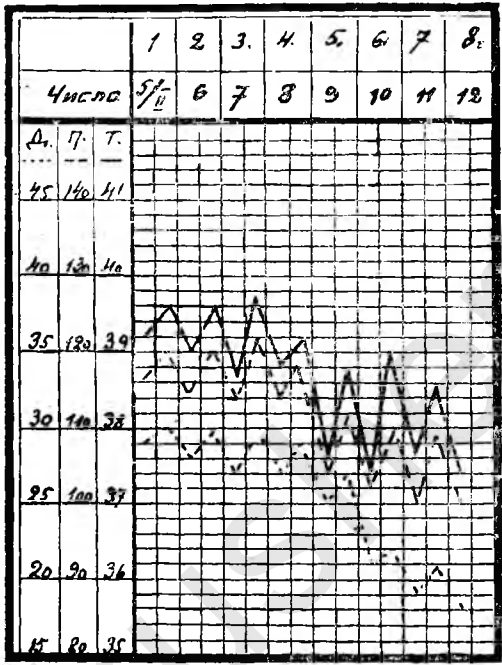


Рис. 91.

Первая возможность у нашей больной мало вероятна, так как начало заболевания не стоит в связи ни с месячными, ни с пуэрперальным периодом, когда внесенные во влагалище случайно, или находящиеся там раньше микроорганизмы находят благоприятные условия для дальнейшего распространения.

И второй путь инфекции по кровеносной системе в этом случае едва ли может быть допущен, так как мы не имеем указаний на присутствие в организме какого-либо отдаленного очага, откуда микроорганизмы могли быть занесены в половые органы.

Наиболее вероятным, следовательно, является третий путь, т. е. распространение инфекции на половые органы из соседних отделов организма.

Так как такими отделами являются определенные участки кишечника, всегда содержащего в себе бактерий, которые при благоприятных условиях могут дать воспалительный процесс, то, сделав это предположение, мы должны его проверить на основании имеющихся у нас данных и определить тот отдел кишечника, который у нашей больной явился исходным местом заболевания.

Как мы видим, при наружном исследовании определялась болезненность в области слепой кишки и получался *defense musculaire*; это позволяет думать, что причиной воспалительного процесса здесь является заболевание червеобразного отростка.

Из истории болезни предшествующей больной мы убедились, как трудно бывает иногда решать даже в хронически протекающем случае, откуда воспалительный процесс берет свое начало: из червеобразного отростка или из придатков матки; который из этих органов заболел первично и который вторично.

Посмотрим насколько это легко решить при наличии острых явлений.

По наблюдениям Bouilly при воспалении брюшины, исходящем из червеобразного отростка, явления воспаления выражены резко, вздутие и чувствительность живота сильнее, рвота чаще, парез кишек значительнее, температура выше, достигает легко 39° и держится на этих цифрах дольше, чем при воспалении, вызванном заболеванием эридатков. Однако все эти диагностические признаки имеют только относительное значение и приобретают ценность только в руках очень опытного клинициста, так как впечатление интенсивности всех выше приведенных симптомов чисто субъективно и правильное отношение к ним вырабатывается только на основании большого клинического материала. Поэтому гораздо большую практическую ценность имеют указания Barth'a. Он формулирует выводы своих наблюдений так: для воспаления брюшины на почве аппендицита должны быть налицо три признака: повышение температуры, рвота и рефлекторное сокращение брюшной стенки в области воспалительного процесса. Последний признак особенно характерен, так как *defense musculaire* на соответственной стороне при воспалении червеобразного отростка всегда отчетливо выражен, в то время как при воспалении брюшины вызванном гноеродными бактериями, на первый план выступает метеоризм и вздутие живота, а при гонококковом перитоните вся передняя брюшная стенка напряжена и живот втянут.

Это различие, вероятно, зависит от характера возбудителя инфекции и от тех изменений, которые он вызывает в брюшине.

При инфекции гноеродными бактериями, т. е. стрептококком и стафилококком активная гиперэмия брюшины очень быстро переходит в гиперэмию застойную, венозную, что вызывает отек брюшины, понижение ее чувствительности и парез кишек; при гонококковом процессе активная гиперэмия брюшины держится, напротив, значительно дольше, захватывая большую поверхность брюшины, благодаря чему ее болезненность выражена резко, и вся передняя брюшная стенка напряжена и втянута, чтобы защитить брюшную полость от всякого механического инсульта; при воспалении брюшины, исходящем из червеобразного отростка и вызванном кишечной палочкой, активная гиперэмия выражена слабее, чем при гонококковом перитоните и остается ограниченной, но она держится дольше, чем при гноеродной инфекции,

поэтому ощупывание правой подвздошной области вызывает сокращение соответственного участка передней брюшной стенки.

Далее Barth отмечает, что при аппендиците болезненность прежде всего определяется в точке Mac-Burney, в то время как при гоноковом аднексите болезненность всего резче выражена сначала при ощупывании через задний влагалищный свод и при самом осторожном движении матки.

Sonnenburg указывает на то, что при воспалении червеобразного отростка боли иррадируют в область желудка и пупка, в то время как при воспалении придатков они передаются на внутреннюю поверхность соответствующего бедра.

Как видно из сказанного, те объективные данные, которыми вообще принято пользоваться для дифференциальной диагностики при воспалении брюшины, исходящем из червеобразного отростка и придатков матки, далеко не всегда бывают достаточны, чтобы решить вопрос с надлежащей определенностью, и поэтому здесь особенно большую ценность приобретает анамнез.

Он дает нам прежде всего возможность в целом ряде случаев исключить инфекцию, распространяющуюся восходящим путем из половых органов. Например, само собой ясно, говорит Н. Hartman, что образование гнойника в заднем Дугласовом пространстве у девственницы заставляет думать об аппендиците, если можно исключить бугорчатку или гоноррейное заражение, имевшее место в детском возрасте. Указание на постоянные запоры тоже имеет важное значение, так как они часто являются причиной воспаления слепой кишки и червеобразного отростка.

Возвращаясь к нашей больной, мы видим, что у нее в анамнезе во-первых, имеется указание на хронические запоры, а во-вторых, имеется основание исключить инфекцию, идущую восходящим путем из половых органов; таким образом, признавая здесь с известной долей вероятности источником инфекции червеобразный отросток, мы имеем право сказать, что найденная нами в экссудате кишечная палочка не является случайной, а напротив, и есть истинный возбудитель воспалительного процесса.

Как одним из доказательств того, что в данном случае источником болезни является червеобразный отросток, мы можем воспользоваться полученными нами данными при исследовании крови; во-первых, мы находим здесь довольно значительное увеличение количества одноядерных нейтрофильных лейкоцитов или смещение нейтрофильной картины Arneith'a влево, что по наблюдениям Sonnenburg'a и Kothe, как диагностический признак, типично для аппендицита; во-вторых, у нашей больной имеется довольно большое повышение коэффициента вязкости крови до 5,8 при первом исследовании, в то время как он должен бы был соответственно понижению процентного содержания гемоглобина быть ниже нормальной величины; по наблюдениям же Müller'a, Oehlecker'a, Simon'a и других этот признак является весьма ценным при аппендиците.

Воспользоваться с диагностической целью биологическими реакциями при инфекции кишечной палочкой, к сожалению, не представляется возможным, так как, по мнению Горовиц и других, методы бактериолиза, преципитации, связывания комплемента, агглютинации и определения опсониннов здесь не дают никаких определенных резуль-

татов, чему в значительной мере, вероятно, способствует большое разнообразие типов *Bacterium coli*.

Приняв у нашей больной за источник болезни припадок аппендицита, а за возбудителя инфекции кишечную палочку, перейдем теперь к выяснению способа распространения воспалительного процесса, его окончательной локализации и вызванных им анатомических изменений.

Что касается первого вопроса, то мы должны себе представить, что, исходя из червеобразного отростка, воспалительный процесс распространился на близлежащие отделы брюшины и вызвал перитонит.

Доказательство этому мы видим в целом ряде как субъективных, так и объективных данных, например, больная указывает, что заболевание началось сильными болями в животе и рвотой; далее, при поступлении в клинику некоторые признаки перитонита еще не успели затихнуть, именно, температура достигала высоких цифр, пульс и дыхание были значительно учащены, кровяное давление было понижено, живот был вздут и болезнен при ощупывании; однако, все эти явления были выражены менее резко, чем это обычно приходится наблюдать при разлитом перитоните, так например, при повышении температуры до $39,7^{\circ}$ пульс достигал всего 122 ударов в минуту, т.е. соответствовал температуре, в то время как при общем воспалении брюшины наблюдается обыкновенно несоответственно высокое учащение пульса; понижение кровяного давления до $PMa = 102$ вместо 112 и $PMi = 82$ вместо 96 тоже должно быть признано не большим; наконец, умеренное вздутие живота и ограниченная болезненность при его ощупывании, все это взятое вместе заставляет нас высказать предположение, что воспаление брюшины осталось местным или, во всяком случае, ограниченным.

При повторном исследовании больной уже с полной несомненностью обнаружилось строгое ограничение процесса, так как граница резистентности, которая при первом исследовании была выражена слабо, при повторном исследовании через неделю оказалось гораздо более определенной, и позади матки уже определяется ясно эластическое тело, выполняющее заднее Дугласово пространство, выпячивающее задний влагалищный свод и оттесняющее матку впереди и кверху. Общие явления тоже стали затихать, и, хотя температура еще держится на сравнительно высоких цифрах, достигая вечерами 39 градусов, в ее характере произошла перемена, указывающая на ограничение или осумкование гнояника, так как из постоянной, она стала ремиттирующей; со стороны пульса наблюдается уменьшение частоты, именно вместо 120 ударов в минуту он достигает только 110; число дыханий с 30 в минуту спустилось до 18; кровяное давление вернулось к норме; наконец, вздутие живота стало меньше.

Все перечисленные данные приводят нас к заключению, что исходящее из червеобразного отростка воспаление брюшины здесь не дошло до развития общего разлитого перитонита, а под влиянием каких то условий ограничилось.

Так как данные исследования указывают нам на локализацию процесса в области таза, и так как экссудат скопляется в заднем Дугласовом пространстве, то распространение процесса в этом направлении, вероятно, надо объяснить себе соответственным расположением

червеобразного отростка, причем по литературным данным такой исход наблюдается приблизительно в 33% случаев гнойного аппендицита у женщин, где по наблюдениям Dreyer'a низкое стояние слепой кишки, так называемое соесит mobile, встречается у 79%.

Мы имеем, следовательно, у нашей больной экссудативное воспаление тазовой брюшины, причем пробная пункция показала нам, что по характеру своему этот экссудат представляет собой гной с каловым запахом. Однако, в данном случае, даже не прибегая к пробной пункции, мы с большой вероятностью могли предполагать здесь скопления гноя, так за это говорил и ремиттирующий характер температуры, и значительный лейкоцитоз, достигающий 23.000 и зависящий от увеличения количества нейтрофильных лейкоцитов.

Подводя итоги всему сказанному, мы можем остановиться на следующем диагнозе.

Appendicitis acuta, pelveoperitonitis exsudativa purulenta.

Однако, для большей убедительности, мы должны проверить наш диагноз и посмотреть, не могут ли какие-нибудь другие причины дать ту же картину болезни.

Так как у нашей больной, с несомненностью установлено скопление гнойной жидкости в области таза, то дифференциальная диагностика здесь ограничится тем, что нам придется доказать скопление гноя в мешке, образованном брюшиной заднего Дугласова пространства, а не в каком-либо другом образовании.

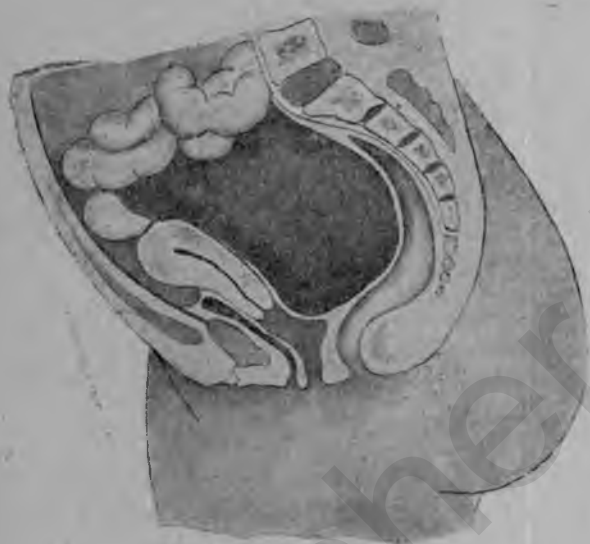


Рис. 92. Экссудативный пельвеоперитонит.
Из diagn. женск. бол. G. Winter'a.

Кроме пельвеоперитонита гнойный экссудат мог бы оказаться в малом тазу, как содержимое нагноившейся кисты яичника или рюo-salpinx'a, но при этих условиях объективные данные при исследовании должны бы были отличаться от полученных нами, именно, при рюo-salpinx'e скопление гноя располагалось бы позади матки не симметрично, а занимало бы преимущественно ту или другую половину таза, благодаря чему матка оказалась бы оттесненной кверху, кпереди и в сторону, в то время как у нашей больной она смещена только кверху и кпереди; кроме того задний влагалищный свод не был бы выпячен равномерно, а выпячивание распространялось бы и на один из боковых сводов; при нагноившейся кисте яичника, правда, опухоль, содержащая гной, могла бы располагаться симметрично в малом тазу, и таким образом данные со стороны матки и влагалищного свода были бы те же, что и в нашем случае, но эти данные должны бы были оказаться одинаковыми как при первом, так и при втором исследовании; наконец, и при нагноившейся опухоли яичника и при рюo-salpinx'e верхняя граница определяемой резистентности должна была

быть выраженной более ясно, чем это имеется у нашей больной, где верхняя стенка гнойника образована склеенными между собою петлями кишек и, вероятно, салником. Мы видим, таким образом, что принятый нами диагноз является наиболее вероятным.

Перейдем теперь к оценке данного случая с точки зрения предсказания. В этом отношении кроме вида микроорганизма, являющегося возбудителем данного заболевания, и локализации воспалительного процесса большое, даже преобладающее значение имеет умение оценить защитительную способность данного организма; поэтому мы с нее и начнем.

Так как при всяком инфекционном воспалительном заболевании борьба между больным организмом и микробом отражается на состоянии картины крови, то посмотрим, какие данные имеются в этом направлении у нашей больной.

Что касается количества эритроцитов, то оно здесь оказывается уменьшенным до 3.800.000, т.-е. мы должны признать его значительным, но, как видно при повторном исследовании, это уменьшение не прогрессирует; относительно характера эритроцитов при первом исследовании отмечены изменения в окраске в виде отдельных полихроматофилов, изменения величины в виде микро- и макроцитов и изменения формы в виде появления пойкилоцитов; однако, все эти изменения выражены мало; процентное содержание гемоглобина оказалось, значительно уменьшенным до 61%, однако, при втором исследовании отмечается уже некоторое повышение его до 66%; показатель окраски, равный при первом исследовании 0,8 при втором поднялся до 0,86; из этих данных мы видим, что у нашей больной имеются явления малокровия в умеренной степени, так называемая *oligocytaemia et oligochromataemia*, но, повидимому, уже начинает обнаруживаться некоторая склонность к улучшению состава крови.

Переходя к данным, полученным при исследовании белых кровяных шариков, мы видим, что при первом исследовании лейкоцитоз повышен значительно, до 23.000, при втором же он повышен уже несколько меньше, именно, до 19.600; лейкоцитарная формула представляет те особенности, что во-первых, обнаруживается нарастание количества нейтрофилов до 93% при первом и 88,7% при втором исследовании, во-вторых, количество эозинофилов при первом исследовании оказывается значительно пониженным до 20 или 0,08%, однако, при повторном исследовании через неделю наблюдается уже некоторое нарастание их количества до 90 или 0,46%; то же явление наблюдается и относительно лимфоцитов, именно, при первом исследовании количество их уменьшено до 1200 или 5,2%, а при втором абсолютное их число уже достигает нормальной величины, хотя процентное отношение оказывается пониженным до 8,5%; остальные формы лейкоцитов каких-либо характерных отклонений от нормы не представляют. Нейтрофильная картина Арнета при первом исследовании обнаруживает довольно значительное смещение влево, именно, процентное содержание одноядерных лейкоцитов увеличено до 22%, в то время как пятиядерные совершенно исчезли, а четырехядерные дают всего 6%; но уже через неделю при втором исследовании перемещение влево уменьшилось, так как количество одноядерных форм понизилось до 12%, пятиядерные появились в количестве 2%, а четырехядерные в количестве 14%. Что касается характера лейкоцитов, то отмечается

наличие миелоцитов и метамиелоцитов, а также дегенеративных форм с пикнотическим ядром в умеренном количестве и только при первом исследовании. Все приведенные данные позволяют нам сделать следующие выводы: во-первых, организм реагирует на инфекцию, резко повышая лейкоцитоз, во-вторых, изменения в лейкоцитарной формуле в виде неблагоприятного вообще уменьшения числа эозинофилов и лимфоцитов уже при втором исследовании начинают сглаживаться; наконец, в-третьих, смещение нейтрофильной картины Арнета влево, являющееся признаком неблагоприятным, также обнаруживает в дальнейшем склонность к возвращению к норме.

Из данных, найденных нами при исследовании физико-химических свойств крови, можно отметить небольшое уменьшение количества сухого остатка и удельного веса крови, что вероятно стоит в прямой связи с уменьшением количества гемоглобина; далее, здесь обнаруживается довольно значительное повышение коэффициента вязкости крови до 5,8, несмотря на значительное понижение количества гемоглобина; однако, этот признак, как уже было указано, имеет скорее диагностическое, а не прогностическое значение; далее здесь имеется понижение стойкости эритроцитов, которая при втором исследовании уже сглаживается; при анализе крови было обнаружено также незначительное содержание гликогена в лейкоцитах, что указывает главным образом на наличие гноя в организме. И, наконец, здесь оказалось значительное ускорение оседания эритроцитов, до 16 минут, что говорит за тяжелое инфекционное заболевание. Итак, из приведенных данных мы не можем почерпнуть чего-либо ценного для прогноза.

При исследовании мочи никаких патологических изменений в ней не обнаружено, и таким образом оно должно быть в смысле предсказания признано благоприятным.

Что касается других признаков, которыми мы можем воспользоваться для определения того, насколько организм еще может успешно бороться с инфекцией, или в какой мере силы его подорваны, то мы в данном случае видим, что кровяное давление при первом исследовании оказалось пониженным на 10 делений; и это вполне соответствовало анатомическим изменениям, которые представляли собою начинающееся воспаление брюшины; далее, когда воспалительный процесс ограничился и оказался строго локализованным, кровяное давление быстро возвратилось к норме.

Кривая температуры, пульса и дыхания тоже обнаруживает постепенное изменение к лучшему, так как графическое их изображение представляет равномерное понижение.

Заканчивая этим анализ всех проявлений реакции организма нашей больной на инфекцию, мы видим, что за время недельного пребывания больной в клинике произошло несомненно улучшение во всех отношениях, и таким образом, повидимому, перевес в борьбе защитительных сил организма и вирулентности инфекции склоняется в пользу первых.

Если мы для большей наглядности представим взаимоотношения тех факторов, из которых складывается картина инфекционного воспалительного процесса, по предложенной Sachs'ом формуле и обозначим буквою „P“ предсказание, буквою „L“ локализацию процесса, буквою „W“ сопротивляемость организма и буквою „K“ вирулентность возбу-

дителя инфекции, то, заменяя буквы соответственными цифрами, мы получим различную оценку нашего случая в день поступления больной в клинику и через неделю ее пребывания там.

При исследовании больной в день ее поступления локализация процесса, т.е. буква „L“ должна быть определена цифрою „1“, так как мы имеем перед собою начинающийся перитонит; при исследовании через неделю мы ту же букву можем обозначить цифрою „2“, так как процесс ограничился, и опасность разлитого перитонита миновала.

И букву „W“ мы должны обозначить разными цифрами, например, при первом исследовании цифрою „2“, а при втором цифрою „3“, так как состояние больной к этому времени во всех отношениях стало лучше.

Наконец буква „K“, конечно, может быть и при первом, и при втором исследовании обозначена только одною и тою же цифрою, так как возбудитель инфекции, которым мы признали *bacterium coli commune* остался неизменным, причем вирулентность этого микроорганизма мы можем обозначить цифрою „2“, соответствующей вирулентности средней интенсивности.

Таким образом для первого исследования от 6/II мы получим следующую величину для обозначения буквы „P“:

$$P = \frac{L \times W}{K} = \frac{1 \times 2}{2} = 1$$

а для второго исследования от 11/III:

$$P = \frac{L \times W}{K} = \frac{2 \times 3}{2} = 3$$

Другими словами, при первом исследовании предсказание было сомнительно, при втором же исследовании оно стало гораздо благоприятнее.

Нам остается теперь обсудить способы лечения подобных случаев вообще и избрать наиболее подходящие для нашей больной.

Выбор того или иного лечебного приема в значительной степени будет зависеть от того, в каком периоде болезни больная попадает под наблюдение врача.

Если больная обращается за врачебной помощью в самом начале заболевания, то по возможности безотлагательно должно быть произведено оперативное удаление червеобразного отростка, причем результаты от операции при остром аппендиците в течение первых суток с начала заболевания получаются весьма хорошие; однако, чем давность заболевания больше, тем процент смертности увеличивается, причем это нарастание идет в геометрической прогрессии, и тем не менее при явлениях разлитого перитонита без наклонности к ограничению прогресса единственной надеждой на спасение больной остается оперативное удаление червеобразного отростка и дренаж брюшной полости. В тех случаях когда при исследовании больной обнаруживается наклонность к ограничению процесса, показано выжидание. Для того, чтобы способствовать локализации воспаления, больной предписывается абсолютный покой на спине в горизонтальном или полусидячем положении; питание в течение нескольких дней ограничивается только питьем чая или какой-либо другой жидкости в умерен-

ном количестве; назначение слабительных или клизм абсолютно исключается по крайней мере в течение недели, после чего кишечник очищается только при помощи клизм; на область живота кладется пузырь со льдом, а при болях назначается подкожно или в виде суппозиторий пантопон или морфий.

Если удастся такими мерами вызвать ограничение воспалительного процесса, и в том или другом отделе брюшной полости образуется осумкованный гнойник, или если больная поступает под наблюдение врача уже в таком состоянии, то гною должен быть дан надлежащий сток, что в зависимости от положения гнойника может быть достигнуто различным способом, именно, разрезом через переднюю брюшную стенку или через задний свод влагалища.

Что касается нашей больной, то она поступила в клинику через четыре дня после начала заболевания, и таким образом благоприятное для операции время было уже упущено; с другой стороны при исследовании больной обнаружилась склонность воспалительного процесса ограничиться областью таза, поэтому мы предпочли начать с консервативного лечения. В настоящий момент исследование указывает нам, что в малом тазу в области заднего Дугласова пространства имеется скопление гнойного экссудата, поэтому нашей ближайшей задачей явится вскрытие гнойника через разрез заднего влагалищного свода с последующим введением резинового дренажа.

После полной облитерации гнойной полости и удаления дренажа, придется лечить остающиеся в области таза сращения различными рассасывающими способами в виде тепла, ванн, грязевого лечения и т. д., а червеобразный отросток лучше всего удалить оперативным путем, для того чтобы избежать новых острых припадков болезни, особенно, считаясь с возможностью наступления беременности в виду молодого возраста больной.

При оперативном удалении червеобразного отростка должны быть осмотрены и правые придатки матки, причем в случае надобности правая труба может быть без особых затруднений удалена и через боковой разрез передней брюшной стенки.

3. Perisigmoiditis exsudativa serosa; retroversio-retroflexio uteri infantilis.

Перейдем теперь к изложению истории болезни следующей больной.

Больная А. Г., 32 лет, девица, учительница, уроженка Новгорода, русская.

В клинику больная поступила два дня тому назад с жалобами на сильные боли внизу живота, особенно слева, и на задержку стула.

I. Анамнез.

1. Детство. По словам больной, она в детстве неоднократно болела острыми инфекционными болезнями, но какими она не помнит точно.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на семнадцатом году и приходили первое время с промежутками в 2 и 3 месяца, затем они постепенно приобрели четырехнедельный тип; продолжают они обычно два дня; отделение крови небольшое; болей в связи с месячными нет. Последние месячные были около трех недель тому назад.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная совсем не жила.

4. Беременности и их исходы. Беременности не было.

5. Начало настоящего заболевания. По словам больной, она заболела семь дней тому назад внезапно, почувствовала острые боли в животе и лихорадку.

6) Болела ли раньше. Больная отмечает, что припадки болезни, подобные настоящему, повторялись у нее уже семь раз, считая и настоящий; первый был на двадцатом году, а предпоследний около шести месяцев тому назад, причем припадки болезни всегда сопровождалась болями в животе особенно слева, рвотой и повышением температуры; за несколько дней до припадка всегда наблюдалась упорная задержка стула, а в обычное время, начиная с детского возраста, больная всегда страдала склонностью к запорам.

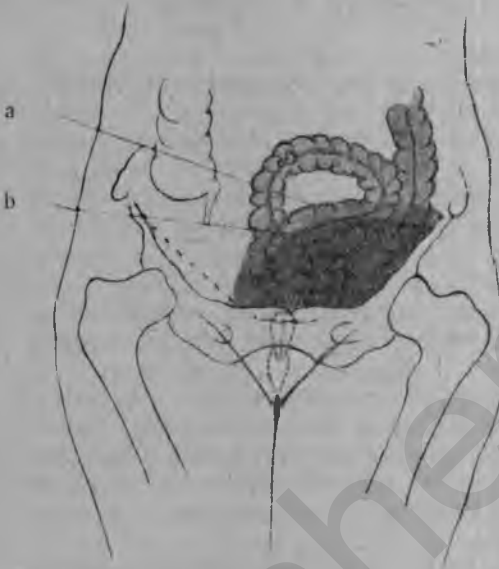
7. Отправления кишечника. Склонность к запорам с детства; с начала болезни стул задержан.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочеиспускание обычно нормально; с начала болезни задержка мочи.

II. Status praesens. Больная правильного сложения, среднего роста, удовлетворительного питания; мускулатура развита слабо. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноваты. Грудные железы

развиты слабо. Температура тела держится в пределах $37,6^{\circ}$ и $38,3^{\circ}$. Пульс 104 удара в минуту, ровный, хорошего наполнения; кровяное давление нормально; со стороны сердца уклонений от нормы нет; число дыханий 20 в минуту; легкие в порядке. Сознание ясное. Со стороны пищеварительных органов наблюдается следующее: язык обложен, суховат; метеоризм умеренный, стул задержан около шести дней. Печень, селезенка и почки уклонений от нормы не представляют. Мочеиспускание задержано и болезненно.

При осмотре живота он умеренно вздут, причем замечается некоторая асимметрия; именно, в левой подвздошной области и над лоном, заходя несколько вправо за среднюю линию, наблюдается выпячивание брюшной стенки; при ощупывании живот мягкий и безболезненный; только в левой подвздошной области на месте упомянутого выпячивания прощупывается резистентность без ясных границ; надавливание вызывает здесь чувство боли и сокращение брюшных мышц; при перкуссии в области резистентности кишечный тон заглушен, причем перкуторная граница на полтора пальца ниже пальпаторной.



Фиг. 93. Границы резистентности, определяемые при наружном исследовании.
а—Граница резистентности пальпаторная.
б— " " перкуторная.

Наружные половые органы развиты правильно; волосистость выражена слабо; окраска слизистой оболочки влагалищного входа нормальна, отверстие девственной плевы пропускает палец; выделений нет.

При бимануальном исследовании влагалищная часть матки представляет собою острый конус несколько длиннее нормы; наружный зев в виде поперечной щели стоит по проводной оси таза; матка небольшая, нормальной консистенции, находится в положении ретроверзии — ретрофлексии; подвижность ограничена; клетчатка таза и брюшина заднего Дугласова пространства свободны; придатки не определяются. В переднем Дугласовом пространстве определяется эластическое тело, занимающее левую половину большого таза и не имеющее резко очерченной границы. Величина этого тела в два кулака; сместить его не удастся.

Произведенные лабораторные исследования дали следующее:
I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи 1400 к. с., цвет насыщенный, удельный вес 1021, реакция слабо кислая. Количество индикана резко повышено. Белка, сахара и других химических патологических элементов нет. При микроскопическом исследовании осадка найдено большое количество клеток пузырного эпителия; число лейкоцитов от 10 до 15 в поле зрения; цилиндров нет.

Количество эритроцитов		
Характер эритроцитов	}	Изменение окраски
		" величины
		" формы структы
Количество гемоглобина		
Показатель окраски		
Количество лейкоцитов		
Лейкоцитарная формула.	}	Нейтрофилы
		Эозинофилы
		Базофилы
		Лимфоциты
		Мононуклеары крупн.
Нейтрофильная картина Арнета.	}	Одноядерные
		Двухядерные
		Трехядерные
		Четырехядерные
		Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	}	Регенеративные
		Дегенеративные
Количество тромбоцитов		
Сухой остаток		
Удельный вес		
Коэффициент вязкости		
Скорость свертываемости		
Щелочность		
Резистентность эритроцитов		
Количество гликогена		
Скорость осаждаем. эритроцитов		

Нормальная картина
крови у женщин.

Исследование 1.

..... год I мес. 29 числ.

4.500.000—5.250.000

4.300.000.

—

Нет.

—

едничн. микро- и макроциты.

—

Нет.

—

Нет.

85⁰/₀—110⁰/₀

78%

0,9—1,0

0,9

7.000—8.000

12.400

4.400—5.200; 55—70⁰/₀

77%—9.600

80—320; 1—4%

1%—140

20—80; 0,1—1⁰/₀

0,5%—60

1.600—2.400; 20—35⁰/₀

18,5%—2.300

250—500; 2—5⁰/₀

3%—400

8⁰/₀

12%

24⁰/₀

28%

48⁰/₀

46%

16⁰/₀

12⁰/₀

4⁰/₀

2⁰/₀

—

метамиелоциты.

—

250.000

—

21%

20,5⁰/₀

1.050—1.056

1.052

4,38

5,2

7—8 минут

8 минут

426—533 м. г. NaOH

430

Rm. 0,33%; Rm. 0,48⁰/₀ NaCl.

0,47⁰/₀

—

Нет.

5 час.

36 минут.

II. Исследование крови. (См. стр. 233).

III. Бактериологическое исследование.

Исследование крови и выделений из половых органов произведено не было.

IV. Биологические реакции.

Таковых произведено не было.

Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике представлялась в следующем виде:

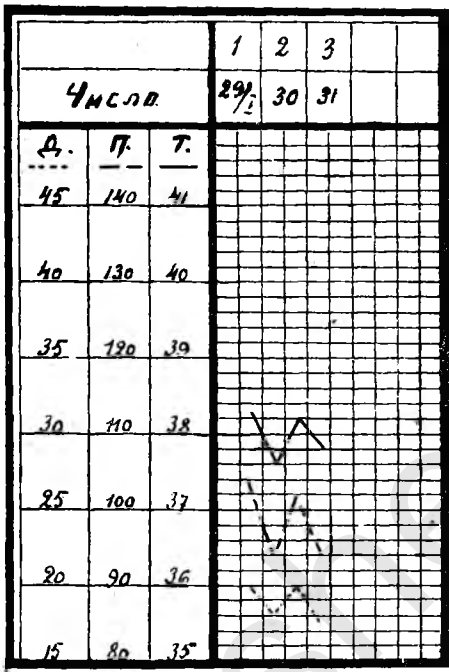


Рис. 94.

Располагая всеми полученными данными, постараемся ими воспользоваться и установить распознавание настоящего заболевания и предсказание, а также наметить план лечения.

Как мы видим, ряд признаков, именно повышенная температура, учащенный пульс и дыхание, ускорение оседания эритроцитов и боли, говорят за наличие здесь какого-то острого инфекционного заболевания, что подтверждается также имеющимся лейкоцитозом.

Приняв этот диагноз, имеющий общий характер, мы должны далее определить те три основных фактора, из которых складывается всякое воспалительное инфекционное заболевание, т.-е. его возбудителя, локализацию процесса и сопротивляемость больного организма.

Так как в настоящем случае непосредственно определить возбудителя болезни не представлялось возможным в виду того, что выделений из половых органов не было, а сравнительно слабо выраженные

общие явления болезни делали мало вероятным наличие микроорганизмов в крови, то нам придется избрать другие пути, чтобы выяснить причину данного заболевания.

Воспользуемся для этой цели сперва анамнезом и проследим его внимательно. Как видно из слов больной, она в детстве неоднократно болела острыми инфекционными болезнями, и, повидимому, они оказали некоторое влияние на ее развитие, так как наступление половой зрелости произошло сравнительно поздно; месячные в первый раз появились только на семнадцатом году и первое время приходили с большими промежутками; кроме того здесь имеются и некоторые объективные данные, говорящие в пользу недоразвития, именно, грудные железы развиты плохо, волосистость на наружных половых органах выражена слабо; наконец, при внутреннем исследовании оказывается, что матка небольшая, влагалищная часть ее несколько удлинена и имеет коническую форму, причем матка находится в положении

ретроверзии-ретрофлексии; таким образом на основании этих данных мы можем определить имеющееся здесь неправильное развитие матки как *Retroversio-retroflexio uteri infantilis*.

Следя далее за анамнезом, мы видим, что больная половой жизнью совсем не жила, таким образом здесь отпадают моменты, обычно благоприятствующие возникновению инфекции гонококком, стрептококком или стафилококком, именно половая жизнь и беременность. Но больная отмечает, что настоящий припадок болезни у нее уже не первый, а всего их было шесть, причем первый был на двадцатом году, предпоследний был около шести месяцев тому назад, а последний появился семь дней тому назад; кроме того больная сама обратила внимание на то, что существующая у нее постоянно склонность к запорам всегда значительно усиливается за несколько дней перед припадком болей.

Наконец, картина самого припадка болезни всегда приблизительно одинакова, именно, сперва появляются сильные боли в животе, особенно слева, затем к ним присоединяется рвота и повышение температуры.

Оценивая приведенные данные, мы, во-первых, с большой вероятностью можем сказать, что инфекция проникла и распространилась здесь не через половые органы восходящим путем, а во-вторых, должны признать, что найденные нами анатомические изменения, находящиеся по своей топографии в непосредственном соседстве с внутренними половыми органами, возникли не вследствие самостоятельного заболевания того или другого отдела полового аппарата, а скорее вследствие заболевания одного из соседних органов.

Сделав это предположение, мы можем пойти дальше и сказать, что этим органом вероятнее всего является тот или иной отдел кишечного тракта, так как начало заболевания всегда совпадало с усилением запоров, и, следовательно, непосредственным возбудителем инфекции вероятно является здесь кишечная палочка, одна или в сочетании с другими микроорганизмами, находящимися в кишечнике.

Остановившись пока на кишечной палочке, как на возбудителе настоящего заболевания, перейдем к выяснению характера анатомических изменений и тех путей, какими инфекция распространялась в организме.

Для этого мы прежде всего должны определить тот отдел кишечника, откуда кишечная палочка проникла в половые органы.

Так как воспалительный процесс располагается в области левой половины большого таза, то здесь, конечно, прежде всего следует подумать о нисходящей части толстой кишки или *flexura sigmoidea*.

Для того, чтобы находящиеся в толстых кишках бактерии могли проникнуть через стенку кишки на покрывающую ее брюшину, должны существовать какие-нибудь благоприятствующие этому обстоятельства. Чаще всего этому способствуют хронические запоры. Благодаря постоянному раздражению слизистой оболочки кишки плотными каловыми массами на ее поверхности могут образоваться экскориации, через которые микроорганизмы проникают в толщу кишечной стенки и вызывают образование язв, окруженных кровоизлияниями в подслизистую ткань. Этому способствует кроме того вызванная запорами застойная гиперемия в области таза, благодаря чему происходит серозное пропитывание толщи кишечной стенки, и нарушается

ее питание. Двух названных причин вполне достаточно, чтобы кишечная палочка и другие, находящиеся в этом отделе кишки бактерии, проникли в толщу кишечной стенки и вызвали реактивное воспаление брюшинного покрова ее или так называемый перисигмоидит. Этот процесс обычно сопровождается серозным или серознофибринозным выпотом, который может приобретать и гнойный характер.

Если процесс протекает остро, то, по наблюдениям Albrecht'a, он начинается сильными болями внизу живота, особенно слева; обыкновенно появляется рвота; температура достигает высоких цифр, до 39 градусов и выше, и пульс резко учащается; при ощупывании живота метеоризм выражен умеренно, брюшная стенка податлива, и только в левой стороне при надавливании рукой появляется рефлекторное сокращение брюшной стенки или так называемый *défense musculaire*. Исследование со стороны влагалища обыкновенно не дает точных результатов, иногда же обнаруживаются явления местного воспаления брюшины. Общее состояние больной, несмотря на острое течение болезни, обыкновенно хорошее. По наблюдениям того же автора самым характерным для этого заболевания является его дальнейшее течение, которое часто только и дает возможность поставить правильный диагноз, именно, здесь обычно приходится наблюдать быстрое прекращение болей и падение температуры после того, как удастся очистить кишечник посредством масляной и другой какой-нибудь клизмы.

Vittorf, много занимавшийся изучением этого заболевания, в отношении диагностики придает большое значение кроме анамнеза также болезненности и резистентности при ощупывании левой подвздошной области.

Острый придаток болезни может иметь различный исход. Или, как уже было сказано, после очищения кишечника процесс быстро затихает, и наступает временное выздоровление, или, если дело уже успело дойти до нагноения, образуется в области таза гнойник, который может вскрыться в кишку, или, наконец, воспаление может перейти в хроническое состояние, дающее по временам обострение.

В более редких случаях заболевание с самого начала принимает хроническое течение, развиваясь медленно и постепенно, не давая острых приступов. В этих случаях происходит образование сращений с окружающими частями, с маткой, придатками или сальником.

Такие сращения, впервые описанные Gersuny, имеют вид плоскостных наслоений или фиброзных плотных тяжей и могут явиться причиной ущемления или непроходимости кишек.

Кроме того одним из результатов хронического воспаления стенки *flexura sigmoidea* является описанное Klebs'ом, Hansemann'ом, Graser'ом и другими образование дивертикулов, возникающих на почве венозного застоя, недостаточного развития мышечной стенки и повышенного давления в кишке. По наблюдениям Graser'a эти дивертикулы могут изъязвляться и вскрываться в брюшную полость, вызывая, как это видел Rotter, перфоративный перитонит.

Помимо распространения микробов на брюшинный покров *flexurae sigmoideae*, существует еще один путь для перехода возбудителей инфекции из этого отдела кишечника на соседние органы и ткани, именно, бактерии из полости кишки могут проникнуть в лимфатические сосуды ее брыжейки и вызвать воспаление соответствующей клетчатки.

Заболевание клетчатки может остаться местным и протекать хронически, вызывая рубцовое сморщивание брыжейки, на что впервые было указано Virchow'ом, а затем Curschmann'ом, Riedel'ем и другими; в других случаях воспаление распространяется на клетчатку широкой связки и других отделов таза и здесь тоже вызывает сморщивание и атрофию тканей; наконец, иногда воспалительный процесс переходит в нагноение и тогда мы получаем клиническую картину, ни чем не отличающуюся от бокового параметрита или абсцесса Duynytren'a.

Как уже было сказано, обычно причину воспаления flexura sigmoidea являются хронические запоры, при чем они появляются или в более позднем возрасте, или ведут свое начало с детства

Возникновение запоров в более позднем возрасте женщины часто стоит в связи с каким-либо гинекологическим заболеванием, так, например, по наблюдениям Терebinской к этой группе относятся 57% обильных, страдающих хроническими запорами, при чем сравнительно часто приходится их связывать с отклонением матки кзади, которое образуется вследствие недостаточного обратного развития матки после родов или выкидыша.

Хронические запоры, берущие свое начало еще в детском возрасте, обыкновенно комбинируются с той или иной формой недоразвития полового аппарата.

Нedorазвитие полового аппарата часто проявляется в патологическом состоянии матки, при чем здесь приходится отметить два основных типа, именно uterus hypoplasticus, характеризующейся тем, что величина всей матки меньше нормальной, но отношение шейки к телу такое, как у матки вполне развитой, т. е. выражается как 1:2; этот тип возникает в возрасте ребенка до десяти лет вследствие чрезмерной обратной инволюции матки или недостаточного ее роста в этом возрасте; вторым основным типом неразвитой матки является uterus infantilis, характеризующейся тем, что величина всей матки тоже меньше нормальной, но отношение длины шейки к длине тела здесь такое, как у матки новорожденного ребенка, т. е. выражается как 1,5:1; этот тип возникает в возрасте старше десяти лет вследствие недостаточного роста матки в этом периоде. В свою очередь как первый, так и второй тип имеют несколько разновидностей, зависящих от той или иной флексии и верзии матки.

Не будучи врожденными, а являясь часто только одним из проявлений недоразвития организма ребенка в его целом, они идут обыкновенно рука об руку с недоразвитием других отделов организма, которое в отношении к кишечнику проявляется ненормально большой его длиной и, по наблюдению Curschmann'a, чрезмерным образованием петель и недостаточным развитием мышечного слоя его стенок.

Чаще всего приходится наблюдать следующие сочетания неправильной формы и положения матки с ненормальным расположением flexura sigmoidea: во-первых, матка может иметь нормальную антефлексию, но находится в ретроверзии; тогда flexura sigmoidea располагается в переднем Дугласовом пространстве на передней поверхности матки по второму, третьему или четвертому типу Kelly; во-вторых, матка находится в ретрофлексии и ретроверзии, при чем flexura sigmoidea располагается так же, как в предыдущем случае; в-третьих, матка может находиться в правильной антеверзии, но антефлексия ее выражена сильнее нормального; тогда flexura sigmoidea будет поме-

щаться на задней поверхности матки по одному из упомянутых трех типов Kelly.

Ненормально большая длина flexura sigmoidea и слабость ее мышечной стенки имеет своим последствием, то, что каловые массы, проходя более длинный путь, успевают сильнее уплотнеть; на этой почве появляются запоры, завалы в кишечнике, еще более усиливающие отклонение матки кзади; это последнее в свою очередь вызывает застойную гиперэмию в области таза, делает дефекацию болезненной и обуславливает инстинктивную задержку стула.

Таким образом создается заколдованный круг, из которого невозможно выйти, так как уклонения от нормы в половом аппарате и в отправлениях кишечника так тесно переплетаются, что в конце-концов трудно найти исходную точку.

На основании наблюдений Le Gendre'a Fritsch'a, Müller'a и других дисменоррейные боли очень часто появляются на почве такого неправильного положения flexura sigmoidea; далее Theilhaber ставит в зависимость от постоянного переполнения flexura sigmoidea каловыми массами не только дисменоррею, но и ненормально обильные месячные и бели, а Gotschalk допускает на этой почве даже развитие эндометрита.

Ограничиваясь этими общими замечаниями по поводу заболевания flexura sigmoidea вообще, постараемся на основании полученных нами в настоящем случае данных, выяснить локализацию и характер анатомических изменений у нашей больной.

Как мы видели, при исследовании больной в переднем Дугласовом пространстве определяется эластическое тело, занимающее левую половину большого таза и не имеющее резко очерченной границы; величина этого тела в два кулака, сместить его не удастся; при наружном исследовании в левой подвздошной области и над лоном, заходя несколько вправо за среднюю линию, наблюдается выпячивание брюшной стенки, при чем здесь прощупывается резистентность без ясных границ; надавливание рукой вызывает чувство боли рефлекторное сокращение брюшных мышц левой половины живота; при перкуссии кишечный тон здесь заглушен и перкуторная граница стоит на полтора пальца ниже пальпаторной.

Так как упомянутое эластическое тело располагается в переднем Дугласовом пространстве, где оно прочно фиксировано, то оно естественно должно находиться в тесной связи с передней поверхностью дна матки и с мочевым пузырем; что касается его отношения к левым придаткам матки, то их определить при исследовании не удалось, поэтому высказаться по этому вопросу точно не представляется возможным.

Принимая, что обнаруженные нами изменения исходят из flexura sigmoidea, мы должны их анатомический характер представить себе так: вероятно, найденная нами резистентность в основе своей состоит из flexura sigmoidea, которая здесь располагается по третьему типу, т. е. в левой половине большого таза делает петлю под острым углом; вследствие бывших неоднократных обострений воспалительного процесса или перисигмоидита, кишка фиксирована сращениями, а в настоящее время кроме того имеется образование выпота, который и придает эластичность всей резистентности; экссудат по силе тяжести скопляется здесь, занимая нижний отдел резистентности, поэтому перкуторная

граница, отвечающая краю абсолютной тупости, вызванной экссудатом, стоит на полтора пальца ниже пальпаторной границы резистентности, дающей только заглушение кишечного тона и образованной на счет склеенных между собою петель кишок. Относительно характера экссудата есть больше оснований думать, что он представляет собою серозную или серозногнойную жидкость, так как и характер температуры, дающей сравнительно не большие повышения без значительных колебаний, и картина крови, обнаруживающая небольшой нейтрофильный лейкоцитоз, говорят против присутствия гноя.

Наконец, нам остается только установить, имеется ли в данном случае какая-либо связь между воспалительным процессом и неправильным положением матки в виде ретроверзии—ретрофлексии ее. Так как здесь неправильное положение матки комбинируется с ее недоразвитием по типу *uterus infantilis*, то скорее следует признать, что отклонение и перегиб матки кзади развились в детском возрасте старше десяти лет, когда отстающая в своем развитии матка не обладала еще достаточной устойчивостью своей мышечной стенки.

На основании всего сказанного мы можем так формулировать наш диагноз в данном случае:

Perisygmoiditis exsudativa serosa; retroversio-retroflexio uteri infantilis.

Однако, для большей убедительности мы должны проверить наш диагноз и спросить себя, не может ли какой-нибудь процесс дать такую же картину болезни.

Если мы будем здесь держаться того взгляда, что инфекция вызвана кишечной палочкой, проникшей на место воспалительного процесса из того или другого отдела кишечника, то, в виду локализации резистентности в области большого таза слева, этим отделом кишечника кроме *flexura sygmoidea* может оказаться одна из петель тонких кишок.

Но для того, чтобы кишечная стенка потеряла свою нормальную непроницаемость для бактерий, населяющих кишечный тракт, должны возникнуть какие-нибудь изменения в ней. Нередко таким обстоятельством, вызывающим образование слипчивого перитонита, является перекручивание ножки кисты яичника.

Благодаря нарушению кровообращения в опухоли, вызванному затруднением для оттока крови по заложенным в ножке сосудам, происходит серозное пропитывание тканей опухоли и образование серозно-фибринозного выпота на ее наружном покрове; в свою очередь это ведет к образованию сращений между опухолью и петлями тонких кишок, к нарушению перистальтики в последних и к изменению питания



Рис. 95. Расположение *flexura sygmoidea* по третьему типу Kelly с образованием сращений.

кишечной стенки, что облегчает микроорганизмам проникать из кишек в ткани опухоли.

Результатом распространения бактерий из кишечника на опухоль является изменение содержимого последней, и оно приобретает характер гноя.

Перекручивание ножки кисты всегда сопровождается острыми явлениями раздражения брюшины в виде сильных болей в животе, рвоты, повышения температуры, учащения пульса и дыхания. В крови обнаруживается более или менее выраженный нейтрофильный лейкоцитоз.

В дальнейшем или питание опухоли может восстановиться и острые явления затихают, или воспалительный процесс прогрессирует и может перейти в разлитой перитонит, или, наконец, вокруг опухоли образуются отграничивающие ее от свободной брюшной полости сращения, и гной пробивает себе выход в просвет кишки, на переднюю поверхность брюшной стенки или в мочевой пузырь.

Как мы видим из сказанного, весь симптомокомплекс заболевания нашей больной весьма близко подходит к только что описанному при перекрученной кисте яичника, поэтому не всегда удастся с уверенностью установить диагноз, и ошибки в этом отношении вполне возможны; так, например, Gersuny описывает случай, где им была произведена операция по поводу предполагаемой кисты правого яичника, при чем опухоль достигала величины в голову взрослого человека, и где во время чревосечения только выяснилось, что опухоль была образована экссудатом вокруг *flexura sigmoidea*.

Поэтому и мы в нашем диагнозе будем осторожны и допустим обе возможности, хотя диагноз перисигмоидита здесь должен быть признан более вероятным, принимая в расчет, во-первых, постоянную склонность к запорам, во-вторых, всегда предшествующее острому приступу болезни усиление запоров, и, наконец, рецидивирующий характер болезни.

Покончив с диагнозом, перейдем к оценке предсказания при перисигмоидите вообще, и в нашем случае в частности.

В противоположность аппендициту, перисигмоидиты обыкновенно не дают разлитых гнойных перитонитов, так как на поверхность кишки здесь проникают бактерии постепенно и в небольшом количестве, и благодаря этому успевают образоваться в достаточной степени спайки и склейки, отграничивающие воспалительный очаг от свободной брюшной полости. Таким образом, жизнь больной при этом заболевании обыкновенно не подвергается опасности, но, с другой стороны, обнадеживать больную возможностью быстрого и полного выздоровления нельзя, так как оно вполне будет зависеть от того, имеем ли мы возможность устранить запоры или нет. Но так как последние зависят часто не от погрешности в диете и не от негигиенического образа жизни, а от анатомического состояния кишечника, то устранить причину запоров иногда оказывается невозможным.

Что касается предсказания в нашем случае, то в смысле опасности для жизни больной оно может быть признано вполне благоприятным, так как на это нам указывает и вполне удовлетворительное состояние больной и сравнительно небольшое повышение температуры и учащение пульса; далее, анализ мочи и исследование крови тоже подтверждают правильность этой точки зрения, так как в моче не обнаружено

никаких патологических элементов кроме увеличения количества индикана, которое зависит от задержки стула и усиленного всасывания содержимого кишек; в крови же мы можем только отметить незначительный нейтрофильный лейкоцитоз, являющийся нормальной реакцией на инфекцию, в то время как лейкоцитарная формула и нейтрофильная картина Арнета, а также и все другие данные исследования никаких существенных отклонений от нормы не обнаруживают.

Относительно возможности быстрого и полного выздоровления нашей больной мы вряд-ли имеем много оснований на него рассчитывать. Так как острые приступы повторялись здесь в течение двенадцати лет неоднократно, именно семь раз, то надо думать, что в брюшной полости вокруг flexura sigmoidea имеются старые, плотные сращения, которые едва ли легко поддадутся рассасывающему лечению. Кроме того, если бы нам даже удалось достигнуть полного устранения всех изменений, вызванных воспалительным процессом, мы все же будем иметь в данном случае целый ряд изменений, которые зависят от неправильного развития организма, именно, ретроверсию—ретрофлексию матки, неправильно расположенную и относительно длинную flexura sigmoidea и, вероятно, недостаточно хорошо развитый слой мышечной ее стенки, поэтому, здесь и после рассасывающего лечения останутся причины для хронических запоров, а следовательно, и для новых острых приступов болезни.

Переходя к лечению перисигмоидитов вообще, мы, конечно, должны считаться с состоянием воспалительного процесса. Если имеются явления острого воспаления, именно, боли, повышение температуры, то больной назначается противовоспалительное лечение, которое состоит в постельном содержании, при чем больная должна лежать по возможности спокойно на спине, для успокоения болей можно воспользоваться или суппозиториями с пантопоном, белладонной, морфием или кодеином, или подкожным впрыскиванием морфия; в тех случаях, где имеются признаки раздражения брюшины в виде вздутия живота или рефлекторного сокращения брюшных мышц при ощупывании, следует назначить пузырь со льдом на соответственную область живота. Несколько своеобразно в этих случаях болезни решается нами вопрос об отношении к действию кишечника; обычно, при всяком остром воспалительном заболевании, исходящем из половых органов и сопровождающимся явлениями раздражения брюшины, мы не только запрещаем всякие слабительные, но избегаем также и назначение клизм; здесь же, в виду того, что заболевание вызвано и поддерживается переполнением flexura sigmoidea скопившимися в ней каловыми массами, приходится начинать лечение с очищения кишечника; но это должно быть сделано очень осторожно, поэтому, мы никогда не назначаем слабительных, а пользуемся для этой цели масляными клизмами.

Они назначаются на ночь и состоят из одного или двух стаканов прованского или сезамового масла, подогретого до 29 или 30 градусов; перед тем, как ввести масло в прямую кишку, больная осторожно укладывается на левый бок; масло вливается в кишку из баллона через длинный, мягкий резиновый наконечник, который вводится в кишку осторожно по возможности глубоко; минут через десять больная снова поворачивается на спину, и масло на всю ночь остается в кишечнике; утром, если не будет действия кишечника, ставится небольшая клизма из двух стаканов воды с мылом или глицерином.

После очищения кишечника внутрь назначают какое-нибудь вещество, дезинфицирующее содержимое кишок, например, порошки из salol'a или benzonaphthol'a по 0,3 с ext. belladonnae по 0,015 два или три раза в день.

В тех случаях, когда уже имеется скопление экссудата, но еще неясно намечаются его границы, осторожнее будет подождать несколько дней с назначением масляной клизмы, чтобы этим не нарушить образующихся спаек. Обыкновенно серозный экссудат быстро всасывается и вместе с ним затихают и явления раздражения брюшины.

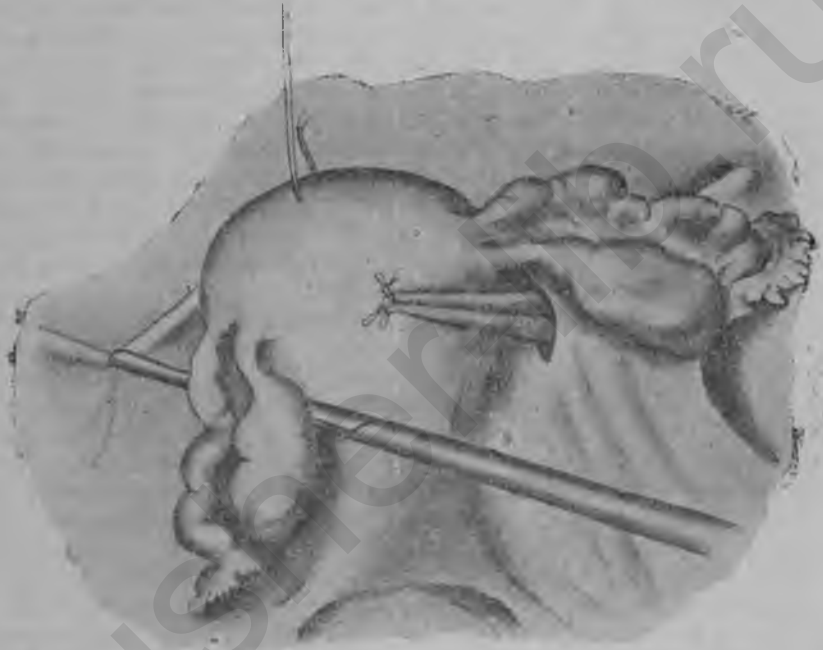


Рис. 96. Укорочение круглых связок по Dartigues-Webster'y.

В тех случаях, когда экссудат становится гнойным, рассчитывать на его рассасывание приходится гораздо меньше, и в таких случаях выгоднее будет не дожидаться, пока гной сам проложит себе выход, а вскрыть гнойник заблаговременно.

Сделать это можно или через разрез передней брюшной стенки на соответственном месте, или через разрез переднего влагалищного свода. В последнем случае надо иметь в виду, что достигнуть гнойника удастся только после того, как мочевой пузырь будет отделен от шейки матки; поэтому, когда сделан разрез влагалищной стенки в области переднего свода в поперечном направлении, и мочевой пузырь пальцем отделен от передней поверхности шейки матки, делается прокол при помощи пробного шприца, и, после того, как гнойник найден, по направлению иглы вводится острый корнцанг; после опорожнения гнойника он дренируется резиновой трубкой.

В тех случаях, где имеются только сращения без образования экссудата, мы пользуемся рассасывающими методами лечения в виде применения тепла, ванн или грязей.

Для того, чтобы избежать возврата болезни, следует обратить серьезное внимание на правильную работу кишечника, регулируя ее диетой, соответствующим режимом и назначением слабительных или клизм по мере надобности.

Так как у нашей больной при поступлении ее в клинику, имеются острые явления воспаления и обнаружен экссудат, то мы воздержимся в первое время от назначения клизм, а предпишем ей противовоспалительное лечение.

Когда острые явления исчезнут, можно будет перейти к назначению компрессов и ванн, и так как экссудат здесь, повидимому, серозный, то можно надеяться, что он рассосется.

После основательного рассасывающего лечения нашей больной следует предложить исправить положение матки оперативным путем посредством укорочения круглых связок, причем операцию следует произвести здесь брюшностеночным способом, так как одновременно можно будет удалить и оставшиеся в брюшной полости сращения, например, по способу Dartigues-Webster'a.

Названная операция состоит в том, что со стороны задней поверхности той и другой широкой связки делаются при помощи зажима Кохера небольшие сквозные отверстия, через которые выводятся круглые связки на заднюю поверхность матки и здесь укрепляются несколькими тонкими шелковыми швами в области средней трети тела матки по средней линии. Отверстия в широких связках производятся или между трубой и *lig. ovarii proprium*, или ниже последней, в зависимости от того, желают ли приподнять яичник или нет. При удалении придатков прикрепление круглых связок в указанном месте производится без предварительного прокалывания широких связок.

4. Parametritis atrophicans posterior.

История болезни последней больной, относящейся к этой же группе, такая:

Больная Д. Н., 38 лет, вдова, конторщица, уроженка Псковской губернии, русская.

В клинику больная поступила неделю тому назад с жалобами на боли в крестце, которые усиливаются непосредственно перед месячными.

I. Анамнез.

1. Детство. По словам больной, она в детстве перенесла только брюшной тиф.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на шестнадцатом году, установились сразу и стали приходить через четыре недели, продолжаясь по пяти дней, не обильно и без болей; за последние семь лет месячные несколько изменили свой характер и стали обильнее и продолжительнее; последние месячные были около недели тому назад.

3. Начало половой жизни. Половой жизнью больная начала жить с двадцать девятого года и в связи с ней никаких изменений в состоянии половых органов не отмечает; через два года после начала половой жизни она овдовела и больше половой жизнью не жила.

4. Беременности и их исходы. Беременную не была.

5. Начало настоящего заболевания. Как уже было упомянуто, около семи лет тому назад больная заметила, что месячные становятся обильнее и продолжительнее, а около пяти лет тому назад больная обратила внимание на боли в крестце и бели, которые усиливаются в связи с месячными; с этого же времени больная отмечает постепенное усиление запоров, хотя склонность к ним наблюдалась еще с детского возраста.

6. Болела ли раньше. Других заболеваний, кроме брюшного тифа, больная не помнит.

7. Отправления кишечника. Склонность к запорам с детства, усилившаяся за последние пять лет.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочеиспускание нормально.

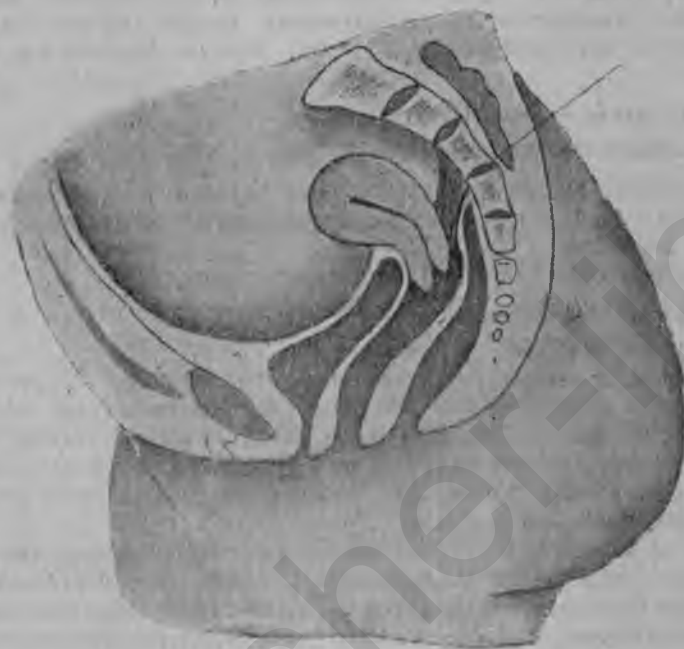
II. Status praesens. Больная правильного сложения, среднего роста (156 см.) и удовлетворительного питания (вес 59 кг.), мускулатура и костная система развиты правильно; жировая подкожная клетчатка развита сильнее нормы.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноваты; грудные железы развиты нормально. Температура не превышает 36,8°;

пульс от 70 до 80 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; дыхание ровное, 16 в минуту. Со стороны сердца, легких и других внутренних органов отклонений от нормы нет. Язык обложен, но влажный.

При осмотре и ощупывании живота ничего ненормального не обнаруживается.

Наружные половые органы развиты правильно; окраска слизистой оболочки влагалищного входа бледновата; из влагалища вытекает незначительное количество серозногнойных выделений.



Утолщенная
и укорочен-
ная крестцо-
воматочная
связка.

Рис. 97. Retroversio uteri вследствие укорочения крестцовоматочных связок.
Из гинеколог. диагностики G. Winter'a.

При бимануальном исследовании получены следующие данные: влагалищная часть представляет собою тупой конус и имеет нормальную величину и консистенцию; наружный зев круглый, смотрит кзади от проводной оси таза; положение влагалищной части несколько необычно; она смещена кзади, расположена глубоко в крестцовой впадине и приподнята несколько кверху. Тело матки нормальной величины и формы, но консистенция его несколько плотнее нормы; с шейкой оно образует тупой угол, открытый кпереди, причем вся матка смещена кзади по направлению к крестцу, т. е. находится в *retropositio*, подвижность ее ограничена при смещении кверху и кпереди, в то время как наклонение тела матки кпереди, кзади и в стороны свободно. Придатки без изменений. При ощупывании влагалищных сводов передний свод плоский и широкий, но податливый; задний же свод укорочен и уплощен; слизистая его оболочка неподвижна, и над ней прощупываются уплотненные, укороченные и болезненные крест-

цово-маточные связки, причем правая связка изменена сильнее. Остальные отделы тазовой клетчатки и брюшина таза изменений не обнаруживают.

При осмотре зеркалом во влагалище оказывается небольшое количество серозногнойных выделений.

Произведенные лабораторные исследования дали следующее:

I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи 1800 куб. см., цвет насыщенный, удельный вес 1019, реакция кислая. Количество индикана значительно повышено. Белка, сахара и других химических патологических элементов нет. При микроскопическом исследовании осадка кроме значительного количества фосфорнокислых солей ничего патологического не найдено.

II. Исследование крови. (См. стр. 247).

III. Бактериологическое исследование.

Исследование выделений из половых органов на гонококков дало отрицательный результат. Бактериологического исследования крови произведено не было.

Степень чистоты влагалищного содержимого III R.

IV. Биологические реакции.

Таковых произведено не было.

Итак, имея в нашем распоряжении все данные, полученные из анамнеза и при исследовании больной, постараемся ими воспользоваться, чтобы установить здесь диагноз, предсказание и способ лечения.

Что касается первого вопроса, т. е. диагноза, то для его решения мы должны определить, во-первых, этиологию данного заболевания и, во-вторых, локализацию его.

Начнем с выяснения этиологии, и для этого проследим внимательно анамнез нашей больной, чтобы уловить начало болезни. Как видно из слов больной, она в детстве перенесла только брюшной тиф, который, повидимому, не оказал какого-либо неблагоприятного влияния на состояние ее половых органов, так как наступление половой зрелости совершилось своевременно и месячные имели сперва нормальный тип и характер; здесь мы можем только отметить указание больной на наблюдавшуюся с детства склонность к запорам и может быть ее можно поставить в какую-нибудь связь с перенесенным тифом.

Таким образом мы должны признать, что к моменту наступления половой зрелости половой аппарат нашей больной был нормально развит, и мы можем следовательно, при установке диагноза в данном случае исключить всю группу заболеваний, связанных с недоразвитием.

Далее, так как наша больная не отмечает в связи с началом половой жизни никаких изменений в состоянии половых органов, то мы с некоторою вероятностью можем исключить здесь возможность гонококковой инфекции; а так как наша больная за тот короткий период времени, когда она жила половой жизнью, ни разу не была беременна, то мы с такой же вероятностью можем исключить и инфекцию гноеродными микробами, так как последняя чаще всего бывает связана с выкидышем или родами.

Впервые больная начинает жаловаться на неправильности в состоянии полового аппарата около семи лет тому назад, когда месяч-

Количество эритроцитов	
Характер эритроцитов	{
	Изменение окраски
	Изменение величины
	Изменение формы
	Изменение структуры
Количество гемоглобина	
Показатель окраски	
Количество лейкоцитов	
Лейкоцитарная формула	{
	Нейтрофилы
	Эозинофилы
	Базофилы
	Лимфоциты
	Мононуклеары крупн.
Нейтрофильная картина Арнета	{
	Одноядерные
	Двухядерные
	Трехядерные
	Четырехядерные
	Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	{
	Регенеративные
	Дегенеративные
Количество тромбоцитов	
Сухой остаток	
Удельный вес	
Коэффициент вязкости	
Скорость свертываемости	
Щелочность	
Резистентность эритроцитов	
Количество гликогена	
Скорость осаждаем. эритроцитов	

Нормальная картина
крови у женщин.

Исследование 1.
— год IV мес. 2 числ.

4.500.000—5.250.000

4.400.000

—

нет

—

единич. микро- и макроциты

—

нет

—

нет

85%—110%

75%

0,9—1,0

0,85

7.000—8.000

7.600

4.400—5.200; 55—70%

64,5%—4.900

80—320; 1—4%

2,5%—220

20—80; 0,1—1%

1%—60

1.600—2.400; 20—35%

27,5—2.100

250—500; 2—5%

4,5%—3.200

8%

9%

24%

23%

48%

49%

16%

16%

4%

3%

—

нет

—

нет

250.000

—

21%

—

1.050—1.056

1.054

4,38

4,3

7—8 минут

7 минут

326—533 м. г. NaOH

Rm. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.

0,46

—

нет

5 час.

4 часа 20 мин.

ные потеряли свой прежний характер и стали обильнее и продолжительнее; однако, уловить какую-либо причину этому больная не могла.

Спустя два приблизительно года к этой жалобе присоединяются новые, именно, больная начинает замечать боли в крестце, усиливающиеся в связи с месячными, и бели; с этого же времени больная отмечает усиление запоров. Больная не может указать причины и для этих жалоб, но она обращает внимание на то, что все перечисленные симптомы появлялись очень постепенно и со временем медленно усиливались.

Как мы видим, анамнез, взятый отдельно, не дает нам возможности выяснить этиологию данного заболевания, поэтому постараемся для этой цели воспользоваться данными объективного исследования, чтобы по их характеру попытаться определить причину, их вызвавшую.

Результаты объективного исследования здесь тоже весьма скудны, именно, найденные в половом аппарате отклонения от нормы сводятся к следующему: задний свод влагалища укорочен и уплощен, слизистая оболочка его неподвижна, и над нею прощупываются уплотненные, укороченные и болезненные крестцовоматочные связки, причем матка оказывается благодаря этому смещенной кзади, и подвижность ее в некоторых направлениях ограничена; во влагалище имеется небольшое количество серозногнойных выделений.

Несмотря на скудность объективных данных, они тем не менее оказываются весьма ценными в том отношении, что дают нам возможность исключить целый ряд заболеваний, именно всю большую группу новообразований, а также и все заболевания, вызванные травмой и неправильным развитием половых органов.

Таким образом, путем исключения, мы должны отнести заболевание нашей больной к группе воспалительных процессов, которые в свою очередь могут быть или инфекционного происхождения, или зависеть от нарушения кровообращения.

Сущность анатомических изменений, найденных в данном случае, сводится к следующему: во-первых, здесь имеется уплотнение и укорочение крестцовоматочных связок, особенно правой, и во-вторых, имеется смещение матки кзади или *retropositio uteri*, а также некоторое изменение консистенции матки, именно, она плотнее нормального.

Постараемся выяснить происхождение этих изменений и ответить на вопрос, являются ли они только результатом неправильного кровообращения, или для возникновения необходима наличие инфекции.

Что касается изменений в крестцовоматочных связках, то они сводятся к тому, что на почве хронического воспалительного процесса сперва в них образуется серозное пропитывание и мелкоклеточная инфильтрация, затем происходит разрастание соединительной ткани, которая постепенно рубцуется, сморщивается и вызывает уплотнение и укорочение связок; таким образом это есть частичное проявление хронического воспалительного изменения определенного участка тазовой клетчатки и должно быть включено в картину болезни, описанную W. Freund'ом под названием *parametritis chronica atrophicans (circumscripta s. diffusa)*.

По наблюдениям названного автора атрофический процесс в клетчатке таза может быть не только прямым следствием инфекционного воспаления, связанного обычно с послеродовым заболеванием, но имеет

еще и целый ряд других причин; так, он допускает, что значительные потери тканевых соков, особенно у женщин, рожавших много, часто и трудно, способствуют развитию этого процесса; далее, обильные кровотечения, значительные физические и умственные напряжения, длительные излишества половой жизни и мастурбация — все это тоже часто является одним из этиологических моментов названного заболевания.

Кроме названных причин сюда же следует отнести еще одно обстоятельство, которое тоже несомненно играет большую роль в про-

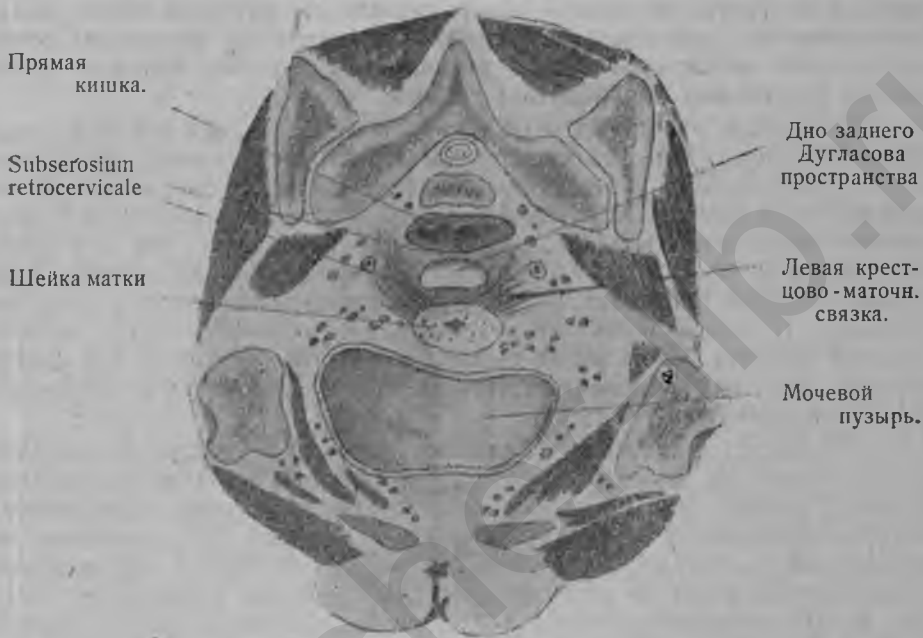


Рис. 68. Атрофический задний параметрит Freund'a.

исхождении атрофического параметрита. Я имею в виду хронические запоры, сущность влияния которых здесь состоит в следующем: в нижних отделах кишечника, именно в flexura sigmoidea и в прямой кишке скопляются каловые массы, которые механически раздражают слизистую оболочку кишечника, вызывают в ней явления застойной гиперемии и нарушают правильную перистальтику, что облегчает всасывание из кишек продуктов разложения, а может быть способствует и непосредственному проникновению кишечных бактерий из полости кишки в лимфатические сосуды ее и в окружающую клетчатку.

Если запоры продолжают годами, то вполне достаточным окажется всасывание токсинов, чтобы вызвать в клетчатке изменения, состоящие в своем конечном результате в склерозе ее; токсины же продуцируются здесь по преимуществу *bact. coli commune*.

В тех случаях, когда этот процесс зависит от хронических запоров, он ограничивается главным образом крестцово-маточными связками и клетчаткой, расположенной между передней поверхностью прямой

кишки и задней поверхностью шейки матки или так называемым *subserosium retrocervicale*; если же к этому присоединяются застойные явления в области таза вообще, то распространение рубцового изменения и атрофии клетчатки может идти гораздо шире и захватить и другие отделы тазовой клетчатки.

Таким образом мы видим, что застойные явления в тазу способствуют развитию атрофического и рубцового изменения в клетчатке, с другой же стороны ясно, что и эти последние изменения в свою очередь должны вызвать нарушение правильного кровообращения, так как сморщиваясь клетчатка сдавливает заложенные в ней сосуды. Поэтому не всегда возможно бывает сказать, являются ли наблюдаемые одновременно с хроническим задним параметритом признаки метроэндометрита непосредственным результатом первого, или они развиваются независимо и параллельно с ним.

И у нашей больной при объективном исследовании мы определили некоторое уплотнение матки, причем в анамнезе больная указывает на то, что месячные у нее стали обильнее и продолжительнее и появились бели; все эти данные дают нам право заключить, что здесь имеется хронический процесс как в мышечной стенке, так и в слизистой оболочке матки, т.е. метроэндометрит. Так как процесс в подобных случаях протекает очень медленно и развивается весьма постепенно, то здесь обыкновенно не приходится наблюдать первого периода метрита, когда матка бывает увеличена и мягка, а мы констатируем уже уплотнение матки, которое может сочетаться с небольшим ее увеличением.

Что касается болевых ощущений, на которые жалуется больная, то они могут до известной степени зависеть от наличия метроэндометрита, однако, еще проще их можно объяснить теми изменениями, которые происходят в крестцовоматочных связках. На основании исследований W. Freund'a, атрофия тазовой клетчатки в значительной степени отражается на состоянии нервных волокон и сплетений, которые в ней заложены; изменения в нервах сводятся главным образом к тому, что происходит гиперплазия интерганглионарной соединительной ткани и пигментарная атрофия клеток ганглий; эти клетки становятся сморщенными, деформированными и окрашенными в желто-коричневый цвет; нервные же волокна иногда настолько оказываются сдавленными благодаря рубцеванию окружающей их ткани, что нарушается целостность самого волокна.

Эти изменения в нервной системе таза, состоящей как из симпатических, так и спинномозговых сплетений, вызывают целый ряд местных и отраженных явлений.

Местные явления сводятся главным образом к болям в области крестца и поясницы, а общие проявляются в самых разнообразных формах истеро-неврастении. Между прочим в этих случаях указывают как на один из диагностических признаков на болезненность при надавливании через переднюю брюшную стенку в области, соответствующей *promontorium'u*, где расположено симпатическое нервное сплетение, называемое *plexus uterinus magnus s. interiliacus*.

Как видно из анамнеза нашей больной, у нее для развития оказавшихся в половом аппарате анатомических изменений имеются обе причины: во-первых, застойная гиперемия, вызванная и поддержи-

ваемая сидячим образом жизни, так как наша больная конторщица и, во-вторых, хронические запоры.

Подводя итоги всему сказанному, мы наш диагноз можем формулировать так:

Parametritis atrophicans posterior; retropositio uteri; metro-endometritis chronica.

Так как мы пришли к этому диагнозу путем исключения одной группы гинекологических заболеваний за другою, то нам нет надобности снова проверять его посредством дифференциальной диагностики, и мы можем перейти к установке предсказания.

Здесь, конечно, не может быть сомнения, что данное заболевание не угрожает жизни больной, поэтому нас может только интересовать вопрос, насколько мы имеем право рассчитывать на выздоровление, и какая будет дальнейшая судьба этого заболевания.

Как видно из некоторых данных, полученных при объективном исследовании, настоящее заболевание сопровождается также изменениями общего состояния больной; именно, мы имеем некоторые признаки малокровия и пониженного обмена, так как кожа и видимые слизистые оболочки бледноваты, со стороны крови имеется понижение количества гемоглобина до 75% и показателя окраски эритроцитов до 0,85, а вместе с тем жировая подкожная клетчатка развита сильнее нормального.

Все названные явления, вероятно, оказываются результатом тех же причин, которые вызвали и изменения в половых органах, т.-е. сидячего образа жизни и хронических запоров; поэтому следует признать, что все имеющиеся в организме нашей больной изменения будут продолжать развиваться до тех пор, пока будут существовать вызвавшие их причины, другими словами, будут нарастать явления малокровия и нарушенного обмена, с одной стороны, и явления хронического метро-эндометрита, с другой.

Что касается последних, то они будут зависеть главным образом от постепенно развивающегося склероза стенки матки, ведущего к облитерации ее сосудов, к атрофии слизистой оболочки ее и, наконец, к атрофии всего органа, а это в свою очередь приведет к преждевременному наступлению менопаузы.

Таким образом предсказание в таких случаях будет в значительной степени зависеть от того, удастся ли нам устранить причину болезни; однако, мы должны иметь в виду, что даже и после ее устранения перед нами возникнет новая задача; именно, нам придется позаботиться об исправлении или уничтожении тех изменений в организме, которые успели уже развиться; а эта задача окажется еще менее благодарной, так как едва ли можно рассчитывать на восстановление утраченных мышечных элементов маточной стенки или на замену рубцовоизмененной клетчатки рыхлой. Поэтому предсказание в смысле возможности *restitutio ad integrum* будет в таких случаях весьма неблагоприятно.

Переходя к лечению подобных больных, мы видим, что оно прежде всего должно быть направлено на устранение причин, т.-е. запоров и застойной гиперэмии, вызванной сидячим образом жизни.

Для устранения последней причины проще всего посоветовать больной больше движения на свежем воздухе или занятие каким-либо спортом в виде езды на велосипеде, катаний на лыжах или коньках;

если же это по условиям жизни окажется невыполнимым, то несомненную пользу может принести гимнастика, которая, кроме улучшения общего кровообращения и обмена питания, может быть специально, направлена на упражнение мышц брюшной стенки и тазового дна, и таким образом окажет благоприятное влияние также и на работу кишечника.

Для упражнения мышц передней брюшной стенки можно воспользоваться следующими приемами:

1. Больная ложится на постели без подушки с вытянутыми ногами и руками, лежащими вдоль туловища; затем она без помощи рук приподнимает верхнюю часть туловища и садится; после этого больная снова медленно опускается и повторяет эти движения несколько раз.

2. Больная ложится в постели таким же образом, как в предыдущем случае, и затем приподнимает вытянутые и сложенные вместе обе ноги на высоту не более поларшина над кроватью, не сгибая их в коленях; далее ноги медленно опускаются на кровать, и это движение повторяется тоже три или четыре раза.

Для упражнения мышц тазового дна, а также для улучшения кровообращения в этом отделе, можно воспользоваться следующими приемами:

1. Больная ложится в постели без подушки на спину с вытянутыми ногами и лежащими вдоль туловища руками; затем она медленно приподнимает сложенные вместе ноги, не сгибая их в коленях, на высоту около поларшина над кроватью, после чего она, не опуская ног, несколько раз медленно сгибает их в коленях и снова разгибает; наконец, выпрямивши приподнятые и вытянутые ноги, больная медленно раздвигает их и снова сдвигает, разгибая и сгибая их в коленях в то время, когда ноги раздвинуты.

2. Больная медленно делает приседания, уперевшись руками в бока, затем так же медленно приподнимается и повторяет эти движения последовательно несколько раз.

3. Больная ложится на постели так, чтобы тазовой конец ее помещался на краю кровати, а согнутые в коленях ноги становятся на низкой скамье; затем больная сперва слегка натуживается, а потом поджимает мышцы тазового дна так, как-будто она хочет удержать газы или действия кишечника эти движения чередуясь, повторяются несколько раз.

4. Больная становится на ногах так, чтобы ступни перекрещивались между собою, и несколько раз поднимается и опускается на носках.

Если этих мероприятий оказывается недостаточно для устранения запоров, то против последних приходится воспользоваться другими средствами в виде назначения соответственной диеты, слабительных или клизм. Что касается выбора диеты, то здесь приходится применяться к индивидуальным особенностям каждого случая, так как иногда хорошие результаты дает грубая пища в виде черного хлеба и т. д., иногда же полезнее оказываются фрукты, молоко, а в некоторых случаях запоры удаётся устранить, назначая больной утром натощак стакан прохладной кипяченой воды.

При назначении слабительных следует выбирать такие, которые действуют не очень энергично и не легко вызывают привыкание к ним;

мы обыкновенно пользуемся препаратами *cascara sagrada*, *radix rhei*, *pulvis liquiritis compositum* и т. п.

В некоторых случаях, когда больная плохо переносит слабительные, приходится пользоваться систематически клизмами, обыкновенными или масляными; но во всяком случае тем или иным путем надо добиться того, чтобы действие кишечника совершалось ежедневно.

Устранив тем или иным способом причины настоящего заболевания, посмотрим, что мы можем сделать, чтобы исправить те изменения, которые уже успели развиться.

Для того, чтобы устранить образовавшееся рубцовое сморщивание в крестцовоматочных связках и вообще в клетчатке таза, наиболее рациональным оказывается применение гинекологического массажа, который будет состоять в растягивании рубцов; способствовать большей податливости рубцов, их размягчению можно назначением горячих влагалищных спринцеваний, которые производятся большими количествами жидкости под небольшим давлением температурой от 32 до 38 градусов; для этой же цели можно пользоваться влагалищными шариками из глицерина с тигенолом или ихтиолом (*ovuli e glycerini c. thigenoli 10%*) или тампонами, а также суппозиториями с тигенолом.

Что касается лечения метро-эндометрита, который проявляется в меноррагиях и гиперсекреции, то для устранения изменений в слизистой оболочке матки можно произвести выскабливание полости матки; однако так как результат получается очень непродолжительный в виду изменений в самой мышечной стенке матки, то целесообразнее будет в таких случаях применить систематическое впрыскивание в полость матки *t-rae jodi* посредством шприца Брауна через один или два дня. Здесь иод будет действовать не только местно прижигающим образом, но, всасываясь, он окажет влияние и на разросшуюся соединительную ткань в стенке матки. С последней целью можно также назначить внутрь препараты иода, например: *Kali jodati 2,0*; *Chloral hydrati 2,0*; *Aq. destillatae 150,0*. DS. По 1 стол. ложке три раза в день.

Если потери крови во время месячных обильны, то можно назначить: *Extr. fl. viburni prunifolii* в чистом виде или вместе с *Extr. fl. secalis cornuthi*.

5. Заболевания, вызванные туберкулезной палочкой.

Туберкулезное заболевание женских половых органов зависит от инфекции, вызванной туберкулезной палочкой, которая была открыта в 1882 г. Robert'ом Koch'ом.

Наиболее характерные биологические и морфологические особенности этого микроорганизма сводятся к следующему.

Инфекция туберкулезной палочкой не только широко распространена у человека, но встречается также у многих видов животных, особенно у рогатого скота.

Туберкулезная бацилла представляет собою тонкую палочку, длиною от 1,3 до 3,5 микронов и шириною от 0,3 до 0,5 микронов; концы ее кажутся слегка закругленными, и она имеет большею частью прямой вид или же искривлена и согнута под углом. Палочки обыкновенно лежат по одиночке или соединяются в небольшие кучки.

Туберкулезная палочка окружена восковидной оболочкой, которою и объясняется большая стойкость бактерий особенно при высушивании. Этим же свойством объясняется отношение ее к окрашиванию; она воспринимает анилиновые краски гораздо труднее, чем другие виды бактерий, но раз красящее вещество воспринято, то удалить его очень трудно. На этом основаны особые методы окраски, применяемые для обнаружения туберкулезной палочки. Они состоят в том, что восприятие краски облегчается прибавлением к последней карболовой кислоты, анилина и т. д., а затем препарат обесцвечивается кислотой или алкоголем, причем красящее вещество задерживается только туберкулезной палочкой. Наиболее распространенным способом окраски является предложенная Ziehl и Neelsen'ом двойная окраска карболовым фуксином и метиленовой синькой в растворе серной кислоты.

Туберкулезная палочка является строгим аэробом, и при отсутствии кислорода она не размножается. Разводка ее на питательных средах удается не так легко, как у большинства других патогенных микроорганизмов; растет она только при температуре, лежащей между 30 и 44 градусами Цельсия, причем наиболее подходящими питательными средами для нее является сыворотка рогатого скота с примесью глицерина или смесь агара с глицерином. На этих средах в течение недели образуется сперва беловато-желтый, затем желтый или красноватый налет.

На желатине же даже с прибавлением глицерина палочка не дает заметного размножения.

Хотя размножение туберкулезной палочки связано с весьма определенными условиями температуры и питания, тем не менее сопротивляемость ее внешним вредным влияниям очень велика по сравнению с большинством патогенных микроорганизмов. Даже по истечении нескольких месяцев находили в высохшей мокроте туберкулезные палочки способные к жизни и заражению. Холод она переносит тоже хорошо и неделями сохраняет жизнеспособность даже при температуре в 10 градусов Цельсия ниже нуля и под снегом. Высокие температуры убивают палочку только при более продолжительном применении, например, 70 градусов Цельсия она может выносить в течение 20 минут. Из всех внешних вредных влияний быстрее всего действует свет, причем прямой солнечный свет убивает туберкулезную палочку через несколько часов.

Туберкулезная палочка производит разнообразные ядовитые вещества, из которых одни являются продуктом жизнедеятельности бактерий, т.-е. представляют собою токсины, другие же освобождаются вместе с разрушением тела бактерий, т.-е. представляют собою эндотоксины. Последние вызывают на месте впрыскивания абсцессы, некрозы и творожистое перерождение и оказывают также общее действие, ведущее к кахексии. Токсины же вызывают прежде всего лихорадку, а кроме того, введенные искусственно в организм больного туберкулезом, они обуславливают обострение в туберкулезном очаге.

Как уже было сказано, туберкулезная палочка патогенна не только для человека, но и для многих видов животных. Этим свойством пользуются при диагностике туберкулеза, причем для искусственного заражения туберкулезом наиболее пригодной является морская свинка.

Особенно характерным свойством туберкулезной палочки является образование в тканях инфицированного организма туберкулезных узелков. Образование такого узелка или бугорка происходит по исследованиям Baumgarten'a на счет неподвижных тканевых элементов, названных Мечниковым макрофагами. К последним относится не только фиксированные фагоциты, но и подвижные большие мононуклеары, которые, сливаясь между собою, образуют, по Мечникову, гигантские клетки. В первом периоде развития бугорка в этих элементах находят поразительно много фигур деления ядра. Из них образуются большие полигональные клетки непостоянной формы с пузырькообразным ядром, так называемые эпителиоидные клетки. Бугорок растет вследствие размножения неподвижных тканевых клеток вокруг коло-



Рис. 99. *Bacillus tuberculosis*.

нии бацилл, и, достигнув определенной величины, он, наконец, встречает сопротивление в виде давления со стороны окружающей ткани. Тогда уже, несмотря на деление ядер, дело не доходит до новообразования клеток, а образуется гигантская клетка, имеющая несколько ядер, расположенных по большей части на одной стороне клетки.

Когда бугорок достигает определенной величины, то начинается распадение его изнутри, так называемое творожистое перерождение, вследствие чего узелок принимает желтоватый вид. Сначала распадаются ядра клеток, затем и плазма перестает краситься, и картина строения утрачивается. Наконец, весь узелок размягчается, превращаясь в слизисто-творожистый гнойный фокус.



Рис. 100. Туберкулезный бугорок.

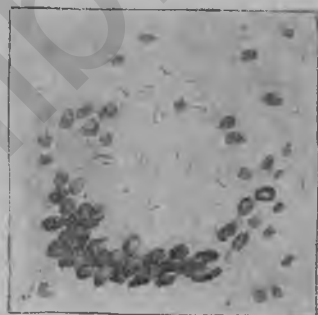


Рис. 101. Гигантская клетка с баци.

Что касается туберкулеза специально женского полового аппарата, то первый шаг к его изучению был положен Негаром в 1886 году.

В настоящее время можно считать установленным, что туберкулез женских половых органов наблюдается в любом возрасте от раннего детства до глубокой старости; однако, чаще всего он встречается в возрасте от 20 до 40 лет, что дает право допустить здесь влияние месячных, беременности, родов и послеродового периода. Статистические данные, полученные при вскрытиях, указывают, что из всех лиц женского пола, умерших в больницах, 1—1,3% страдали туберкулезом полового аппарата. В частности оказывается, что в $\frac{2}{3}$ всех случаев были одновременно поражены и матка и трубы; изолированное поражение труб наблюдалось в 25%, а изолированное заболевание матки—12%; таким образом на 100 случаев туберкулезного поражения матки приходится 85 случаев одновременного заболевания труб, а на 100 случаев поражения труб приходится 71 случай одновременного заболевания матки.

Много споров вызвал вопрос о способе возникновения туберкулезной инфекции женских половых органов. Первое разногласие состояло в том, насколько туберкулез женского полового аппарата является результатом первичной или вторичной инфекции. Второй

вопрос касался восходящего или нисходящего способа распространения этой инфекции в половых органах.

В настоящее время на основании большого клинического и экспериментального материала большинство пришло к тому выводу, что несравненно чаще приходится иметь дело с вторичной инфекцией, т.е. что в организме существует очаг, содержащий туберкулезные палочки, откуда они тем или другим путем переносятся в половые органы.

Таким первичным очагом, по мнению одних, являются легкие или бронхиальные железы, по мнению других — кишечник.

Rosthorn намечает следующие пути распространения вторичной инфекции:

1. Туберкулезная палочка проникает в половые органы из соседних органов и областей, как мочевой пузырь, кишечник или брюшина.

2. Туберкулезная палочка переносится в половые органы по кровеносной системе из отдаленных первичных очагов, и таким образом здесь имеется настоящая метастатическая инфекция.

3. Занесение инфекции во влагалище вместе с секретами, или экскретами от самой больной, например, мочи, испражнений или мокроты, содержащих туберкулезные палочки.

Из только что приведенных трех возможностей на первом месте стоит способ распространения инфекции по кровеносным сосудам, и Franqué держится того взгляда, что прежде всего и почти без исключения инфицируются трубы.

Нельзя, однако, вполне исключить и существование первичной туберкулезной инфекции женских половых органов, причем она может идти только со стороны влагалища. Экспериментами на животных Jung и Benneske доказали, что у морских свинок таким путем можно вызвать инфекцию в 10%, хотя на основании исследований Blau для возникновения инфекции должны существовать даже у такого легко восприимчивого к туберкулезу животного, как морские свинки, предрасполагающие особо благоприятные условия, например, травма или пуэрперальный период; Baumgarten и его школа совершенно отвергают возможность распространения туберкулезной инфекции восходящим путем со стороны влагалища.

Rosthorn допускает следующие пути возникновения первичной туберкулезной инфекции женского полового аппарата:

1. Внесение инфекции при половом сношении.

2. Внесение инфекции во время или после родов.

3. Внесение инфекции случайно при гинекологическом исследовании, при спринцевании и т. д.

Таким образом наиболее вероятным и частым надо признать способ возникновения туберкулезной инфекции вторичным путем по кровеносным сосудам.

Что касается второго вопроса, т.е. восходящего или нисходящего пути распространения инфекций, то, приняв гематогенный путь за наиболее частый, мы вместе с тем должны на первое место поставить десцендирующий или нисходящий способ распространения.

Ограничиваясь этими общими указаниями, перейдем к истории болезни нашей больной.

1. Peritonitis exsudativa; salpingo-oophoritis.

Больная К. П., 28 лет, замужняя, судомойка, уроженка Псковской губернии, русская.

В клинику она поступила около двух недель тому назад с жалобами на общую слабость, чувство тяжести и тупые боли в животе

I. Анамнез.

1. Детство. В раннем детстве больная, по ее словам, неоднократно болела, но чем, она не помнит; вообще она была ребенком слабым и малокровным и часто страдала головными болями.

2. Наступление половой зрелости и характер месячных. Первые месячные появились на восемнадцатом году и стали приходить через четыре недели, продолжались по 7 дней без болей, но довольно обильно; последние месячные были семь месяцев тому назад.

3. Начало половой жизни. Половая жизнь началась на девятнадцатом году, и каких-либо уклонений в состоянии половых органов больная в связи с этим не отмечает.

4. Беременности и их исходы. Беременности не было.

5. Начало настоящего заболевания. Больною она считает себя уже около 8 месяцев, причем она отмечает постепенно возрастающую слабость; ночью потеет; за это время больная заметила некоторое увеличение живота; чувство тяжести в нем и тупые боли; кроме того появилась склонность к запорам.

6. Болела ли раньше. По словам больной, она с детства и до сих пор всегда страдала белями, которые все время остаются в одном состоянии; в возрасте 15 лет она перенесла плеврит, который тянулся несколько месяцев.

7. Отправления кишечника. Кишечник работает правильно.

8. Отправления мочевого пузыря. Мочеиспускание нормально.

II. Status praesens. Больная правильного телосложения, среднего роста (160 см.), питание недостаточное (вес 6/XI—50,4, 20/XI—50 кг.); костная система развита правильно, но кости тонкие; жировая подкожная клетчатка выражена слабо. Кожа лица и всего тела, а также видимые слизистые оболочки бледны. Грудные железы развиты недостаточно. Температура тела за время пребывания больной в клинике колебалась в пределах от 37 до 39 градусов и даже выше, давая довольно значительные ремиссии по утрам, пульс колебался в пределах от 80 до 100 ударов в минуту, ровный, небольшого наполнения, кровяное давление приблизительно соответствовало норме, именно $Р_{Ma} = 118$; $Р_{Mi} = 90$; $РА = 28$; границы сердца нормальны; у вер-

хушки определяется при выслушивании легкий шумок; число дыханий колеблется в пределах от 18 до 28 в минуту; со стороны легких определяется притупление под правой верхушкой и над правой лопаткой; здесь же определяется выдох; дыхание местами с бронхиальным оттенком. Сознание ясное. Со стороны органов пищеварения наблюдается только небольшой метеоризм, и язык оказывается обложенным. Печень, селезенка и почки уклонений от нормы не обнаруживают.

При осмотре живота он оказывается умеренно вздутым и напряженным; при глубоком давлении ощущается тупая боль; при перкуссии в брюшной полости определяется жидкость в умеренном количестве, дающая заглушение кишечного тона в отлогих местах с обеих сторон и над лоном. Волосистость на половых частях развита слабо.

Наружные половые органы развиты нормально; слизистая оболочка влагалищного входа бледна; из влагалища появляется немного беловатых выделений. Влагалищная часть матки имеет форму острого конуса, небольшой величины; наружный зев в виде поперечной щели и стоит по проводной оси таза. Тело матки небольшое, нормальной консистенции, отклонено несколько кзади, но образует с шейкой угол, открытый кпереди; подвижность матки ограничена. Правый свод занят резистентностью без ясных границ, и придатки справа не контурируются; левые придатки увеличены до размера куриного яйца; в заднем своде тоже прощупывается резистентность. Слизистая оболочка сводов подвижна.

Произведенные лабораторные исследования дали следующие результаты:

I. Исследование мочи.

Суточное количество мочи от 1100 до 1400 к. с., цвет соломенно-желтый; удельный вес 1018; реакция кислая; белка, сахара и других патологических химических элементов не найдено; при микроскопическом исследовании осадка обнаружено много клеток эпителия пузыря; белые кровяные шарики в количестве от 4 до 10 в поле зрения; цилиндров нет; встречаются в небольшом количестве соли фосфорно-кислой магнезии и щавелевокислого кальция.

II. Исследование крови. (См. стр. 260).

III. Бактериологическое исследование.

Бактериологическое исследование крови дало отрицательный результат; бактериологическое исследование выделений из половых органов и мочи никаких патогенных микроорганизмов не обнаружило, причем было обращено особое внимание на определение туберкулезной палочки.

Степень чистоты влагалищного содержимого II R.

IV. Биологические реакции.

Из биологических реакций в данном случае была произведена только реакция Ригкет, которая дала положительный результат.

Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике представляется в следующем виде (см. стр. 261):

Мы имеем, таким образом, в нашем распоряжении все данные, которые мы могли получить из анамнеза и при объективном исследовании, и нам предстоит ими воспользоваться, чтобы установить распознавание и предсказание и наметить план лечения.

Количество эритроцитов		
Характер эритроцитов.	}	Изменение окраски
		Изменение величины
		Изменение формы
		Изменение структуры
Количество гемоглобина		
Показатель окраски		
Количество лейкоцитов		
Лейкоцитарная формула.	}	Нейтрофилы
		Эозинофилы
		Базофилы
		Лимфоциты
		Мононуклеары
Нейтрофильная картина Арнста.	}	Одноядерные
		Двухядерные
		Трехядерные
		Четырехядерные
		Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	}	Регенеративные
		Дегенеративные
Количество тромбоцитов		
Сухой остаток		%
Удельный вес		
Коэффициент вязкости		
Скорость свертываемости		
Щелочность		
Резистентность эритроцитов		
Количество гликогена		
Скорость осаждаем. эритроцитов		

Нормальная картина крови у женщин.	Исследование 1. — год XI мес. 6 число.	Исследование 2. — год XI мес. . 16 число.
4.500.000 — 5.250.000	3.700.000	3.650.000
—	единичные полихрома- тофилы	тоже
—	много микро- и макро- цитов	тоже
—	много пойкилоцитов	тоже
—	нет	нет
85 ⁰ / ₀ —110 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀
0,9—1,0	0,75	0,73
7.000—8.000	4.200	4.300
4.400—5.200; 55—80 ⁰ / ₀	58,5 ⁰ / ₀ —2.460	58 ⁰ / ₀ —2.500
80—320; 1—4 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀ —0	0 ⁰ / ₀ —0
20—80; 0,1—1 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀ —40	1 ⁰ / ₀ —40
1.600—2.400; 20—35 ⁰ / ₀	31 ⁰ / ₀ —1.300	31,5 ⁰ / ₀ —1.360
260—500; 2—5 ⁰ / ₀	9,5 ⁰ / ₀ —400	9,5 ⁰ / ₀ —400
8 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀
24 ⁰ / ₀	46 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀
48 ⁰ / ₀	28 ⁰ / ₀	27 ⁰ / ₀
16 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀
4 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀
—	миело-и метамиелоциты	тоже
—	карликовые формы	тоже
250.000	—	—
21 ⁰ / ₀	18 ⁰ / ₀	18 ⁰ / ₀
1.050—1.056	1.040	1.040
4,38	4,4	4,4
7—8 минут	8 минут	8 минут
426 533 м. г. NaOH	460	460
Rm. 0,33 ⁰ / ₀ ; Rm. 0,49 ⁰ / ₀ NaCl	0,50	0,50
—	нет	нет
5 час.	42 минуты	34 минуты

При установке диагноза мы и в данном случае поступим так же, как мы поступали в большинстве случаев, т. е. от общего, группового диагноза перейдем к окончательному, постепенно детализируя его.

Итак, первый вопрос, который мы себе здесь поставим, будет заключаться в том, к какой из основных групп гинекологических заболеваний мы отнесем заболевание нашей больной.

Приведенные данные анамнеза и объективного исследования заставляют нас признать здесь наличие инфекционного заболевания с локализацией в половом аппарате. Таким образом для правильной оценки случая нам предстоит выяснить возбудителя инфекции, точно определить способ его проникновения и локализации и, наконец, определить сопротивляемость больного организма.

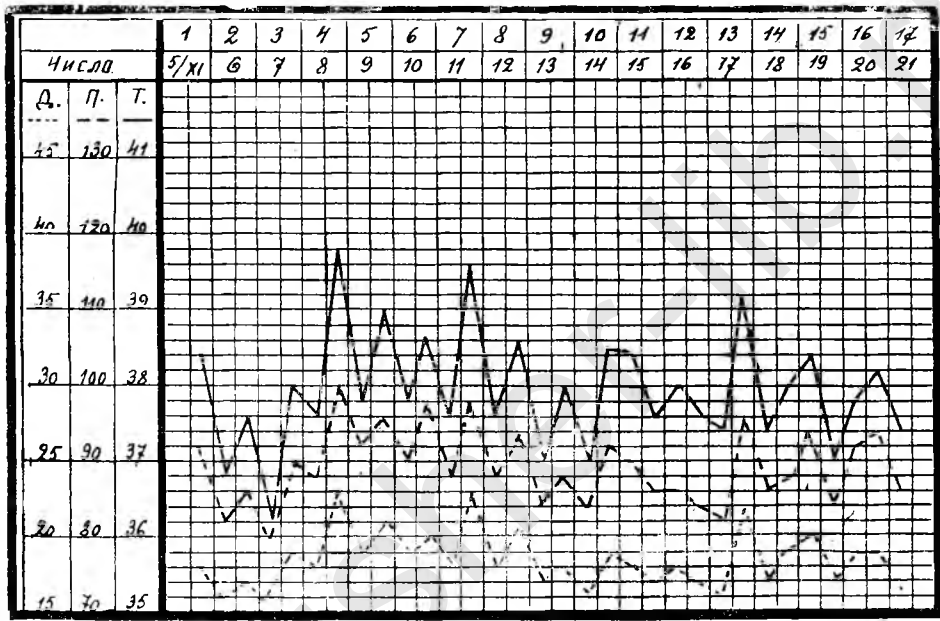


Рис. 102.

Вопрос о возбудителе инфекции всего легче решается, когда его удается обнаружить в крови или в выделениях из половых органов. В нашем случае, как мы видели, ни в крови ни в выделениях из влагалища не оказалось микроорганизмов, могущих служить причиной данной инфекции; поэтому приходится идти другим путем и воспользоваться как совокупностью всех клинических признаков, которыми проявляется настоящее заболевание, так и биологическими методами исследования. И оценка данных анамнеза, конечно, будет иметь здесь большое значение.

Начнем с последнего, т. е. с анамнеза, так как этим путем мы получим возможность с большим или меньшим правом признать вероятность той или другой инфекции.

Проследим анамнез в хронологическом порядке, начиная с детского возраста. По словам больной, она в раннем детстве неодно-

кратно болела какими-то инфекционными заболеваниями, причем, вообще, она была слабым, малокровным ребенком и часто жаловалась на головные боли. Затем в возрасте около пятнадцати лет она перенесла плеврит. Эти данные заставляют нас подумать о том, не было ли здесь уже в детстве туберкулезной инфекции в той или иной форме, предрасположение к которой может передаваться наследственным путем. В этом отношении нам мог бы помочь более подробный опрос о состоянии родителей и братьев и сестер больной, но, к сожалению, она не может нам дать никаких указаний на этот счет, так как очень рано потеряла родителей от неизвестной ей причины и ни братьев ни сестер не имела.

Дальше из анамнеза мы видим, что половая зрелость наступила поздно, так как месячные первый раз пришли на восемнадцатом году. Это обстоятельство само по себе не может, конечно, служить доказательством нашему предположению о туберкулезе, но надо иметь в виду, что туберкулез в детском возрасте, протекая скрыто, часто отражается на состоянии половых органов. Обычно приходится наблюдать при этом те или другие признаки недоразвития половых органов, сопровождающиеся неправильностями со стороны месячных. Влияние туберкулезной инфекции в детском возрасте на состояние полового аппарата представляют себе так, что токсины туберкулезной палочки действуют угнетающим образом на секреторную деятельность яичника, или же влияние этих токсинов объясняют таким образом, что они понижают секреторную деятельность щитовидной железы, а яичник, как антагонист последней, не получает достаточного стимула для проявления своей деятельности. Так или иначе, пониженная секреторная деятельность яичников отражается на правильном ходе развития полового аппарата, вообще, и, в частности, на матке, и в результате образуется гиперантефлексия, ретроверзия или ретрофлексия—ретроверзия матки с конической влагалищной частью, с формой наружного зева в виде поперечной щели и т. п. При исследовании нашей больной мы нашли матку в состоянии ретроверзии и антефлексии, причем влагалищная часть представляла собою короткий острый конус, а наружный зев имел форму поперечной щели, т. е. мы имеем здесь *Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici*.

Со стороны месячных, кроме позднего их появления, правда, не имеется каких-либо отклонений; больная отмечает только, что они были всегда довольно обильны, продолжаясь по 7 дней; но это не редко приходится наблюдать у анемичных девушек вообще, и зависит оно, вероятно, от ненормального состава крови.

Половой жизнью наша больная начала жить на 19 году и никаких отклонений в состоянии половых органов, связанных с началом половой жизни, она не отмечает. Это указание имеет известную ценность, так как мы знаем, что гонококковая инфекция чаще всего возникает вместе с началом половой жизни, вызывая рези при начале мочеиспускания и бели и на долго оставляя после себя изменения на слизистой оболочке влагалищного входа в виде *macula gonorrhoeica*.

В анамнезе нашей больной мы имеем только указание на наличие белей, но они появились еще в детстве, задолго до начала половой жизни, поэтому их надо объяснить тоже как одно из проявлений малокровия и пониженного питания тканей, благодаря чему слизистые оболочки вообще и, в частности, слизистая оболочка влагалища раз-

рыхлены и легко дают транссудат. Произведенное исследование влагалищных выделений на присутствие в них гонококков дало здесь отрицательный результат. Таким образом, гоноррейная инфекция у нашей больной исключается.

Как мы дальше видим из анамнеза, несмотря на 8 лет супружеской жизни не было ни одной беременности, поэтому здесь отпадает и наиболее часто наблюдаемая причина инфекция гноеродными бактериями, связанная с родами и послеродовым периодом. Что касается причины бесплодия в данном случае, то она находит себе достаточные объяснения в неправильном положении влагалищной части матки, так как наружный зев обращен кпереди от проводной оси таза; однако, надо иметь в виду, что туберкулезное поражение половых органов признается тоже одною из частых причин бесплодия.

Далее, мы имеем еще одно указание в анамнезе, которое представляет большой интерес. Больная указывает, что последние месячные были 7 месяцев тому назад, причем беременность, как возможная причина аменорреи, здесь безусловно исключается, мы знаем, что причиной аменорреи может служить целый ряд истощающих организм заболеваний, как инфекционных, так и неинфекционных, но одно из первых мест между ними должно быть отведено туберкулезу. Для возникновения аменорреи нет необходимости, чтобы туберкулезное поражение локализовалось в половых органах; нередко приходится наблюдать даже начальные формы туберкулеза легких или других органов, где появляется аменоррея, которая только и наводит на мысль об имеющемся туберкулезном заболевании.

Подводя итоги тем данным, которые мы получили из анамнеза, мы, с одной стороны, видим, что у нашей больной с большой вероятностью можно исключить те виды инфекции, с которыми нам чаще всего приходится иметь дело у гинекологических больных, именно, гоноррею, инфекцию гноеродными бактериями, а также и кишечной палочкой, так как отправление кишечника до последнего времени было всегда нормально; с другой стороны, мы получили целый ряд указаний, которые заставляли нас думать о возможности туберкулезной инфекции; правда, мы не имели ни одного безусловного указания, но совокупность их делает это предположение очень вероятным, поэтому в дальнейшем постараемся его подтвердить или отвергнуть на основании данных объективного исследования.

Вопросы, которые мы должны себе поставить, будут состоять в следующем: Во-первых, имеется ли в данном случае вообще туберкулезная инфекция, и, во-вторых, если она имеется, то будет ли это туберкулезным заболеванием полового аппарата или каких-либо других органов.

Для распознавания туберкулезной инфекции пользуются целым рядом биологических реакций, но наибольшее практическое значение имеют так называемые туберкулиновые реакции, основанные на повышенной чувствительности больного туберкулезом организма к препаратам туберкулезных палочек. Основой для этих реакций послужил тот факт, установленный Koch'ом, что при впрыскивании здоровой морской свинке убитых туберкулезных палочек у нее никаких особых расстройств не появляется, кроме нагноения на месте впрыскивания. В противоположность этому, свинка, уже зараженная туберкулезом, погибает очень быстро после введения небольшой дозы мертвых туберкулезных палочек.

В качестве реактива для туберкулиновых реакций употребляется особый препарат из туберкулезных культур, так называемый Коховский старый туберкулин. (Т. А.).

Туберкулиновых проб несколько: во-первых, Коховская проба, во-вторых, кожная реакция Pirquet и, в-третьих, глазная реакция Calmette.

Первая, т. е. Коховская проба состоит в подкожном впрыскивании туберкулина, которое вызывает у туберкулезного больного двоякого рода реакцию: общую со стороны всего организма и очаговую со стороны туберкулезного фокуса. Общая реакция выражается в том, что уже через восемь или десять часов после введения туберкулина появляется головная боль, недомогание, небольшой озноб и повышение температуры; последний признак считается особенно характерным. Очаговая реакция обнаруживается обострением воспалительного процесса в туберкулезном фокусе.

Коховская проба является хорошим диагностическим приемом во всех сомнительных случаях, но она имеет и свои противопоказания, каковыми являются: лихорадочное состояние, недавнее кровохарканье, болезни сердца и почек, общее истощение, диабет и артериосклероз.

Сущность кожной реакции Pirquet состоит в том, что на каком-либо участке кожи, например, на предплечии наносятся на расстоянии 10 см. друг от друга две капли цельного старого Коховского туберкулина, затем при помощи скальпеля делают три поверхностных скарификации кожи; сначала одну в качестве контроля посредине между каплями, а затем и остальные две сквозь нанесенные капли туберкулина. Обычно уже к концу первых суток реакция вполне ясно выражена, и на местах прививки при положительном результате образуются заметно выдающиеся над поверхностью кожи папулы диаметром от 1 до 3 см., в то время как на месте контрольной скарификации кожа представляется нормальной.

Эта реакция крайне чувствительна, что с диагностической точки зрения является большим ее недостатком, так как она дает положительный результат не только при наличии активного туберкулеза, но и при существовании в организме давно уже заживших и зарубцевавшихся туберкулезных фокусов.

Поэтому только в случае отрицательного результата этой пробы можно с уверенностью исключить наличие туберкулеза, в то время как положительный результат наблюдается у клинически здоровых взрослых лиц в 80%—90%, и у них уже невозможно судить о наличии активного туберкулеза.

Глазная реакция Calmette состоит в том, что 1% раствор старого Коховского туберкулина в виде одной капли вносится на конъюнктиву глаза. При положительной реакции уже через 3 или 6 часов появляется краснота и отечность конъюнктивы.

Эта реакция страдает тем же недостатком, как и предыдущая, но в меньшей степени; так, положительный результат у клинически не туберкулезных получается только в 18,4%, но слабой ее стороной является то, что она производится на столь важном и нежном органе, как глаз.

На основании сказанного, мы должны признать, что с точки зрения диагностической ценности первое место должно принадлежать Коховской пробе, так как с ее помощью мы можем не только опре-

делить наличность туберкулезной инфекции вообще, но, благодаря очаговой реакции, установить и локализацию процесса. Но так как эта проба противопоказана при лихорадке, то она не могла быть произведена у нашей больной, где температура по вечерам достигала 38 и 39 градусов.

Ценность реакции Pirquet, произведенной в нашем случае, была особенно незначительна, так как в анамнезе имелись указания на перенесенный в молодые годы плеврит.

Не имея таким образом возможности установить распознавание туберкулеза при помощи биологических реакций, нам для этой цели приходится воспользоваться другими клиническими признаками.

Посмотрим сперва, что нам может дать в этом отношении исследование крови.

В своем руководстве по клинической гематологии Хосроев так формулирует все то, что нам сейчас известно о влиянии туберкулезной инфекции на состав крови: „Может ли туберкулезная палочка или ее токсины при поражениях легких вызвать лейкоцитоз, еще до сих пор окончательно не разрешено“.

Нейтрофильный лейкоцитоз наблюдается во второй и третьей стадии процесса, когда нельзя исключить влияние смешанной инфекции. Мы можем сказать, что в некоторых случаях туберкулезное поражение может вызвать более или менее значительную анемию с показателем окраски меньше единицы. Высокий лейкоцитоз наблюдается при осложнениях, как pneumonia caseosa, tuberculosis intestini или haemorrhagia. В тяжелых случаях обыкновенно количество гемоглобина и красных кровяных шариков нормально; причина этого явления не выяснена. При обширном поражении лимфатических желез наблюдается уменьшение числа лимфоцитов в крови. При meningitis tuberculosa наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз до 30.000 с понижением количества фибрина в крови. При милиарном туберкулезе имеется лейкопения. При обширном туберкулезном остеомиелите имеется нейтрофильный лейкоцитоз, если процесс острый прогрессирующий. Туберкулезные воспаления серозных оболочек не изменяют состава крови. Исследования новейшего времени показали, что предсказание при туберкулезных процессах тем лучше, чем выше в крови абсолютный лимфоцитоз и чем выше резистентность красных шариков. Впрыскивание туберкулина вызывает у туберкулезных больных умеренный нейтрофильный лейкоцитоз; реакция эта, по мнению Sahli, чувствительнее других и потому может применяться с диагностической целью.

Подводя итог только что сказанному, мы видим, что для туберкулезной инфекции нет постоянной характерной картины крови, а она меняется в зависимости как от локализации, так и от интенсивности процесса; поэтому изменениями в крови при туберкулезе можно скорее пользоваться для предсказания, чем для распознавания.

Перейдем теперь к оценке тех анатомических изменений в организме нашей больной, которые мы нашли при исследовании, и посмотрим, насколько они соответствуют нашему предположению об имеющемся здесь туберкулезе.

При наружном исследовании брюшной полости мы нашли следующее: живот умеренно вздут, умеренно напряжен; при глубоком давлении ощущается тупая боль; при перкуссии в брюшной полости

определяется жидкость в небольшом количестве, дающая заглушение кишечного тона в отлогих местах с обеих сторон и над лоном.

Нахождение жидкости в брюшной полости может явиться результатом или застойных явлений, вследствие заболевания сердца, почек и печени, или может быть вызвано той или другой формой заболевания самой брюшины. Так как у нашей больной нет указаний на изменения в названных органах, то мы должны признать здесь вторую возможность, т. е. самостоятельное заболевание брюшины. В свою очередь заболевания брюшины, сопровождающиеся образованием асцита, представляют собою или воспаление брюшины, перитонит, или милиарный карциноматоз брюшины; последний может быть первичным, или зависит от раковой опухоли яичников и других органов брюшной полости.

Перитониты, вызванные гноеродными бактериями, гонококком или кишечной палочкой, обычно протекают остро, сопровождаются целым рядом характерных признаков, как резкое учащение пульса, рвота, метеоризм, *défense musculaire* и, наконец, имеют типичный анамнез в виде послеродового заболевания, припадка аппендицита или болезненности при мочеиспускании, поэтому в нашем случае эти формы перитонита могут быть исключены, и вопрос может идти только или о туберкулезном перитоните, или о милиарном карциноматозе брюшины.

Дифференциальная диагностика представляет здесь нередко большие трудности, так как оба процесса имеют много общих признаков. Как при карциноматозе брюшины, так и при экссудативной форме туберкулезного перитонита в брюшной полости образуется скопление жидкости, которая или остается свободной, перемещаясь при изменении больной, или осумковывается, благодаря образующимся сращениям, и может симулировать кистозные образования. Thomaуer обратил внимание на своеобразное распределение жидкости при туберкулезном перитоните, состоящее в том, что при перкуссии получается гораздо более ясный тимпанит в правой половине живота; объясняется это тем, что вследствие сморщивания брыжейки кишек, тонкие кишки перемещаются в правую сторону. Однако, этот признак наблюдается и при карциноматозе.

Некоторым подспорием в диагнозе может служить исследование экссудата, получаемого посредством пробной пункции. Нахождение в нем туберкулезных палочек или клеток раковой опухоли, конечно, решало бы вопрос просто, но, к сожалению, не всегда удается в экссудате найти эти элементы. По характеру своему экссудат при туберкулезном перитоните может быть серозно-фиброзным, прозрачным или мутным с примесью хлопьев; реже он бывает геморрагическим или гноевидным; но и при карциноматозе брюшины выпот может иметь такой же вид. Несколько более точные признаки дает микроскопическое исследование выпота на содержание в нем той или другой формы белых шариков; при туберкулезном перитоните только в начальном периоде наблюдается довольно значительное, до 40%, количество полинуклеаров, вообще же в значительной степени преобладают лимфоциты, достигая до 90% и выше.

Помимо жидкости в брюшной полости, часто удается прощупать бугристые образования в сальнике и брыжейке кишек; иногда сальник определяется в виде толстого, плотного тяжа, идущего в поперечном направлении на уровне пупка; названные образования тоже не явля-

ются безусловно характерными для туберкулезного перитонита, так как они часто наблюдаются и при карциноматозном поражении брюшины.

Предложенное Negar'ом исследование через прямую кишку для определения туберкулезных разражений в брюшине заднего Дугласова пространства тоже не решает вопроса, так как отличить их от карциноматозных узлов не представляется возможным.

В пользу туберкулезного перитонита до известной степени говорит болезненность при ощупывании живота, которая характерна тем, что боль ощущается только при глубоком надавливании на переднюю брюшную стенку, когда происходит непосредственное прижатие одной брюшинной поверхности к другой.

Признавая всю трудность дифференциальной диагностики в подобных случаях, Ragenstecher все же находит, что при известных условиях распознавание возможно. Значительно более быстрое течение болезни, отсутствие лихорадочного начала заболевания, и, наконец, быстрое накопление выпота в брюшной полости после пункции говорит за карциноматоз брюшины и против туберкулезного перитонита.

Таким образом мы видим, что для правильного распознавания приходится пользоваться не столько объективными данными исследования, сколько анамнезом и течением болезни.

Оценивая анамнез нашей больной, мы пришли к заключению, что туберкулезное заболевание здесь весьма вероятно, поэтому найденные нами изменения в брюшной полости мы можем признать за туберкулезный перитонит.

Остановившись в данном случае на диагнозе: *Peritonitis tuberculosa*, постараемся более подробно выяснить механизм его происхождения, отношение его к половым органам нашей больной, а также предсказание и лечение.

Что касается вопроса о способах возникновения туберкулезного перитонита, то в настоящее время все смотрят на него, как на вторичное заболевание, которому предшествует туберкулезный процесс где-либо в другом органе.

Распространиться на брюшину туберкулезная инфекция может различными путями. Или она переходит сюда *per continuitatem* из какого-либо органа, находящегося в брюшной полости, например, из трубы, червеобразного отростка или той или другой кишечной петли, благодаря разрушению ее стенки туберкулезной язвой; в других случаях, правда, сравнительно редких, по мнению Weigert'a, туберкулезная палочка проникает на брюшину по кровяному току из отдаленных органов; наконец, инфекция может распространиться на брюшину по лимфатической системе; этот последний путь признается наиболее частым.

При наличии туберкулезного процесса в плевре и легком палочки легко переносятся по лимфатическим сосудам в брюшную полость через толщу диафрагмы; кроме того, они могут проникнуть сюда из перибронхиальных желез, попадая сперва в забрюшинные железы; затем этим же путем они могут быть перенесены из туберкулезного очага, находящегося в тазобедренном суставе, в костях, в надпочечнике или кишечнике.

Попав тем или иным путем на брюшину, туберкулезная палочка вызывает здесь так же, как и в других тканях, образование бугорков,

которые содержат в себе гигантские клетки и бактерий. Постепенно бугорки распространяются по поверхности брюшины, и развивается туберкулезный перитонит, который в дальнейшем приобретает тот или иной характер.

Обыкновенно принято различать две формы туберкулезного перитонита: во-первых, экссудативную форму, во-вторых, сухой или слипчивый перитонит.

В первом случае брюшина сплошь усеяна бугорками, сливающимися между собою и образующими местами довольно толстый слой, так что складки брюшины между отдельными органами брюшной полости сглаживаются и трудно разобрать, где находятся яичники, трубы или матка. Образование бугорков сопровождается серозным выпотом, который скопляется в большом количестве и вызывает увеличение объема и изменение формы живота.

При второй форме, наряду с образованием бугорков, развивается воспалительный процесс в брюшине, и выпот приобретает фибринозный



Рис. 103. Туберкулезный перитонит.

Из Т. Eden'a и С. Lockyer'a.

характер. Количество жидкого экссудата в этом случае не велико, и брюшина покрывается фибринозными наслоениями, вызывающими образование склеек между брюшными органами, кишками, сальником и пристеночной брюшиной; эти склейки постепенно плотнеют; васкуляризируются, и происходит облитерация свободной полости брюшины; причем местами образуются отдельные полости, наполненные серозным или серозно-гнойным содержимым.

Туберкулезный перитонит, с образованием таких осумкованных скоплений выпота, Runge выделяет в особую форму, и таким образом он различает три разновидности: первая—бугорчатая брюшная водянка; вторая—сухой перитонит и третья—перитонит с образованием ложных кист.

Дальнейшая судьба туберкулезного перитонита состоит в том, что отдельные бугорки подвергаются творожистому перерождению и, сливаясь между собою, дают полости, выполненные творожисто-гнойным содержимым; творожистый распад может распространиться на стенку самих органов, и в результате может произойти перфорация кишки.

В случаях, протекающих более благоприятно, происходит прорастание бугорков соединительно-тканными элементами, благодаря чему получается сморщивание бугорков, и они могут исчезнуть бесследно.

Такое сморщивание особенно резко бывает выражено в сальнике и брыжейке кишек. Сальник укорачивается, становится плотным и бугристым и в виде толстого тяжа располагается в поперечном направлении. Брыжейка кишек тоже укорачивается и утолщается и вызывает смещение кишечных петель.

Начинаясь чаще в молодом возрасте, около 15 или 20 лет, туберкулезный перитонит протекает обыкновенно медленно, сопровождаясь иногда значительными колебаниями температуры, иногда же температурная кривая дает только небольшое повышение до 37 с десятыми.

Эта форма туберкулезной инфекции должна всегда рассматриваться как заболевание очень серьезное, хотя при соответствующем лечении консервативная терапия дает около 33% выздоровления.

Несомненно, большое влияние на исход болезни имеет одновременно существование в организме других туберкулезных фокусов.

Возвращаясь к нашей больной и установив у нее экссудативную форму туберкулезного перитонита, мы должны для правильной оценки случая определить, имеем ли мы здесь изолированный перитонит или он комбинируется с туберкулезным поражением других органов.

В анамнезе у нашей больной имеется указание, что она в молодом возрасте перенесла плеврит. В настоящее время при исследовании легких мы нашли у нее притупление звука при перкуссии над правой верхушкой и выдох над правой лопаткой, что позволяет нам признать здесь за первичный туберкулезный очаг верхушку правого легкого.

Далее, кроме изменений в брюшине, мы определили у больной изменения в придатках с той и другой стороны, причем справа они ясно не контурируются, представляя собою резистентность без ясных границ, слева же они оказываются увеличенными до размеров куриного яйца.

Нам, следовательно, предстоит решить, имеем ли мы здесь туберкулезное заболевание придатков, или оно вызвано какой-нибудь другой причиной, и, если мы признаем первое, то установить, является ли перитонит результатом туберкулезного поражения придатков, или наоборот.

В настоящее время все сходится на той точке зрения, что установить туберкулезное заболевание придатков чрезвычайно трудно, и это можно сделать только путем исключения других причин, или на основании наличия туберкулезного процесса в каком-либо другом органе.

Трудность распознавания, с одной стороны, заключается в том, что изменения в туберкулезных придатках при исследовании представляют очень мало характерного, с другой же стороны, биологические реакции на туберкулезную инфекцию при положительном результате дадут нам право признать наличие туберкулеза вообще в организме, но не в придатках в частности.

Более надежные результаты, пожалуй, дает Коховская проба со старым туберкулином, так как она дает не только общую, но и местную реакцию. Однако, пользоваться этой пробой можно только в определенном ряде случаев, так как повышенная температура является противопоказанием.

Пользоваться этой пробой при одновременном существовании туберкулезного перитонита следует тоже с большой осторожностью, и в то время как Runge широко ее применяет в подобных случаях, Führt наблюдал после впрыскивания туберкулина обострение процесса с быстрым летальным исходом.

В нашем случае, однако, вопрос о причине, вызвавшей найденные изменения в придатках, решается просто, так как, с одной стороны, мы с большой вероятностью можем отвергнуть другие этиологические моменты, а с другой стороны, анамнез и наличие туберкулезного перитонита заставляют нас признать заболевание придатков туберкулезного происхождения.

Гораздо труднее решить второй вопрос о том, в какой последовательности шло развитие процесса, т. е. перешла ли туберкулезная инфекция с брюшины на придатки, или наоборот.

Ответить на этот вопрос не всегда возможно даже на вскрытии, и только в начальном периоде туберкулезного перитонита при пораженных туберкулезом трубах можно с известной вероятностью считать первоисточником трубы, если развитие бугорков на брюшине ограничивается областью малого таза в окружности ампулярных отверстий труб.

Graqué и Amann полагают, что туберкулезное поражение труб происходит гораздо чаще гематогенным путем, а не *per continuitatem*, со стороны брюшины, поэтому при одновременном существовании туберкулеза труб и брюшины можно думать, что процесс первоначально возник в трубах.

Подтверждением этому взгляду является до некоторой степени то обстоятельство, что при туберкулезе половых органов чаще всего, именно в 85%, наблюдается заболевание труб, причем обычно (в 90%) пораженными оказываются обе трубы одновременно.

На основании исследований Simmonds'a, туберкулезный процесс в трубах начинается в большинстве случаев с поражения слизистой оболочки их; последняя при этом оказывается сильно гиперэмированной, покрытой гнойным налетом и слущивающимися клетками эпителия. Однако, это состояние, носящее название туберкулезного катарра трубы, редко попадает под наблюдение врача, так как процесс сравнительно быстро распространяется на более глубокие отделы трубы, именно, на мышечную стенку и на покрывающую ее брюшину.

Таким образом в зависимости от локализации воспалительных изменений можно различать три типа *perisalpingitis*, *mesosalpingitis* и *endosalpingitis*; но обычно они наблюдаются одновременно.

Туберкулезный процесс в слизистой оболочке трубы начинается обыкновенно в ее ампулярном конце и постепенно распространяется как по направлению к маточному концу, так и на прилегающую брюшину. Благодаря горизонтальному положению труб, сильно выраженной складчатости слизистой оболочки и относительно узкому маточному отверстию трубы, раз попавшая сюда инфекция здесь легко задерживается; этим обстоятельством некоторые стараются объяснить сравнительно частое заболевание труб по отношению к туберкулезному поражению других отделов полового аппарата.

Что касается изменений, происходящих в слизистой оболочке труб, то они сводятся к тому, что сперва здесь появляется инфильтрация и отек; затем поверхностный эпителий подвергается некрозу,

а соприкасающиеся между собою складки слипаются и образуют ложные ходы и мелкие кисты; наконец, наступает казеозное перерождение пораженных тканей, и труба оказывается выполненной творожистой гнойной массой; в исключительных случаях содержимое трубы может иметь серозный характер и мы получаем типичный hydrosalpinx.

Поражение мышечной стенки трубы или mesosalpingitis возникает вследствие проникания микроорганизмов в толщу тканей по лимфатическим сосудам или per continuitatem; при этом обыкновенно не происходит значительного утолщения стенки трубы, но так как накопление казеозно-гнойного содержимого в полости трубы происходит постепенно и медленно, и так как его вообще образуется немного, то труба при туберкулезном pyosalpinx'e имеет колбасовидную форму равномерно утолщенную и только в сравнительно редких случаях достигает большой величины, например, до уровня пупка и приобретает форму реторты.

В статье, посвященной туберкулезу половых органов, Clifford White описывает форму интерстициального туберкулезного сальпингита,



Рис. 104. Наружный вид.

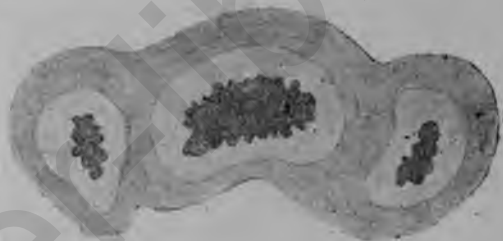


Рис. 105. На продольном разрезе.

Pyosalpinx tuberculosa.

при которой слизистая оболочка и брюшинный покров трубы остаются неизменными, в то время как мышечная стенка трубы значительно утолщена, и в ней образуется один или несколько узлов, содержащих в себе туберкулезные палочки; эти узлы постепенно подвергаются казеозному перерождению и представляют собою более или менее значительные полости, содержащие казеозно-гнойный распад, и носят название „холодного абсцесса“.

При поражении брюшного покрова трубы, т.е. при perisalpingit'e микроорганизмы проникают из полости трубы на ее наружную поверхность по лимфатическим путям таким образом, что сперва заложенные в брюшине петли лимфатических сосудов выступают в виде нежных ворсинок, а затем на месте каждой ворсинки образуется типичный туберкулезный бугорок, и покрывающая трубу брюшина оказывается усеянной бугорками; отсюда они распространяются на соседние отделы брюшины, и, наконец, трудно бывает сказать, возникла ли инфекция в трубе и отсюда распространилась на брюшину, или наоборот.

Как уже было сказано, диагностировать туберкулезное поражение труб на основании объективных данных часто бывает очень трудно, и надо помнить, что большую услугу здесь нам может оказать анамнез и течение болезни.

Первый дает нам часто возможность исключить инфекцию другого происхождения, а второе представляет целый ряд характерных признаков для туберкулеза вообще, как например, прогрессирующее истощение и упадок питания, малокровие и ночные поты.

Туберкулезная инфекция из труб может распространиться не только на брюшину, но также на яичники и на матку.

Первичное поражение яичника туберкулезом является редким исключением, но как осложнение заболевания брюшины или труб оно наблюдается в 8%—22%, причем почти всегда оно оказывается двухсторонним. Вообще же сравнительно редкое поражение яичника туберкулезом объясняется стойкостью покрывающего яичник зародышевого



Рис. 106. Интерстициальный туберкулезный сальпингит.

эпителия и *tipica albuginea*. Обычно инфекция распространяется на яичник с поверхности и проникает в глубжележащие отделы только через отверстие в лопнувшем фолликуле и в свежем желтом теле; хотя Sitzenfrey описал нахождение туберкулезных палочек в яйцевой клетке созревающего фолликула, и таким образом приходится допустить, что микроорганизмы проникли сюда по лимфатическим путям со стороны *hilus ovarii*. Уже упомянутый нами Clifford White различает две формы туберкулезного поражения яичников; во-первых, милиарный туберкулез яичника, когда в его толще рассеяны отдельные бугорки, но величина его при этом мало изменена, и, во-вторых, казеозное перерождение яичника, когда он в конце-концов представляет собою опухоль, размерами достигающую величины детской головки, и состоящую из толстостенного мешка, наполненного казеозно-гнойным содержимым.

Как при туберкулезном поражении трубы, так и при поражении яичника нередко вокруг них образуются сращения, которые вызывают

склеивание их с соседними органами и пристеночной брюшиной, так что на месте придатков при вскрытии брюшной полости обнаруживается конгломерат, в котором трудно бывает разобраться.

В тех случаях, когда туберкулезная инфекция из труб распространяется на полость матки, поражение сперва ограничивается слизистой оболочкой в непосредственной близости к маточным отверстиям труб; позднее оно может распространиться на всю полость матки до области внутреннего зева; на слизистую цервикального канала туберкулезная инфекция нисходящим путем распространяется редко; на влагалищную часть она переходит еще реже; а нисходящее поражение влагалища



Рис. 107. Туберкулезное поражение яичника с казеозным перерождением.

представляется настолько редким, что в случае туберкулезного процесса во влагалище его скорее придется объяснить первичной инфекцией извне через влагалищный вход.

Вообще же туберкулезное поражение матки встречается сравнительно часто, давая 50% из общего количества туберкулезных заболеваний полового аппарата, причем изолированное заболевание тела матки наблюдается в 85%, изолированное заболевание шейки наблюдается в 2%, и, наконец, в 13% имеется смешанное заболевание тела и шейки матки.

Изменения в слизистой полости матки при туберкулезном поражении состоят или в виде образования милиарных бугорков, или в виде разлитого процесса с наклонностью к творожистому перерождению; в начале заболевания слизистая оболочка при осмотре глазом кажется нормальной и только позднее появляются в толще слизистой оболочки бляшки от одного до двух миллиметров в диа-

метре, которые постепенно изъязвляются; эти язвы овальной формы, имеют желтовато-белое неровное дно и слегка уплотненные края; железы тоже принимают некоторое участие в процессе, они разрастаются, и эпителий их слущивается; при облитерации внутреннего зева, например, в пожилом возрасте в полости матки скопляется гноевидный распад, и образуется пиометра. Жалобы больной при туберкулезном эндометрите состоят в том, что иногда больная отмечает меноррагию, иногда же наступает полная аменоррея, которая, вероятно, зависит от изменений в слизистой оболочке матки; кроме того обычно наблюдается появление белей; сперва они имеются в небольшом количестве, при развивающемся изъязвлении, приобретают кровавистый и,



Рис. 108. Туберкулезный эндометрит.

наконец, гноевидный характер; боли обычно незначительные. Как видно из только что сказанного, симптомы болезни настолько мало характерны, что распознавание туберкулезного эндометрита нередко представляет большие трудности и может быть установлено с уверенностью только при микроскопическом исследовании соскоба.

На шейке и, особенно, на влагалищной части матки туберкулезное поражение проявляется в виде или поверхностной язвы, или полипозных разрастаний. Язва обыкновенно неправильной формы с острыми краями и беловато-желтым дном; она может быть одиночной или множественной и располагается вблизи наружного зева. Полипозные разрастания имеют красный цвет и по виду напоминают разраще-

ния при раке. Диагноз здесь тоже может быть установлен только при помощи микроскопа, причем надо иметь в виду, что туберкулезная язва при осмотре глазом очень напоминает сифилитическую язву.

Во влагалище, обыкновенно, туберкулезное поражение проявляется в виде поверхностной язвы с острыми краями, причем вдоль зубчатого края рассеяны отдельные бугорки; наконец, на наружных половых органах туберкулезное поражение наблюдается или в виде изъязвления, или в виде гипертрофии тканей.

Возвращаясь к нашей больной и признавая у ней найденные изменения в придатках за туберкулезные, мы однако, не можем сказать; являются ли они причиной возникновения перитонита или наоборот, но зная, что туберкулезное заболевание половых органов чаще всего начинается с поражения труб, мы имеем основание считать, что и здесь распространение инфекции шло в том же порядке—именно, из какого-либо отдаленного органа или области тела, например, из перибронхиальных желез микробы по кровеносной системе проникли в трубы и отсюда уже перешли на прилегающую брюшину.

Что касается вопроса о том, распространились ли они также на полость матки, то в нашем случае прямых указаний на это нет, и мы можем допустить здесь существование туберкулезного эндометрита, только считаясь с тем, что туберкулезная инфекция распространяется из труб на полость матки приблизительно в 59%.

Имеющиеся у нашей больной выделения из половых органов ни по характеру, ни по количеству не представляют ничего типичного для туберкулезного эндометрита, а произведенное бактериологическое исследование их дало отрицательный результат, несмотря на то, что на отыскание туберкулезной палочки было обращено особенное внимание.

Правда, мы имеем здесь аменоррею, которая продолжается уже около семи месяцев, но едва ли можно ее всегда объяснять только туберкулезным изменением слизистой оболочки матки; вероятно, не менее существенное значение для того, чтобы аменоррея появилась, имеет влияние циркулирующих в организме туберкулезных токсинов на секреторную деятельность как яичников, так и некоторых других эндокринных желез. Подтверждение этому взгляду мы можем видеть в признаваемой большинством самостоятельной форме туберкулезного инфантилизма или дистрофии.

Итак, не отрицая возможности существования у нашей больной туберкулезного эндометрита, мы все же наш окончательный диагноз будем формулировать следующим образом:

Peritonitis tuberculosa exsudativa et salpingo-oophoritis tuberculosa bilateralis.

После всего нами сказанного в данном случае едва ли есть необходимость останавливаться на дифференциальной диагностике, и, поэтому, мы можем перейти к установке предсказания и выбору плана лечения.

Предсказание при туберкулезном поражении половых органов всегда должно ставиться с большой осторожностью.

Правда, имеются наблюдения, где, особенно в молодом возрасте, приходилось видеть полное самопроизвольное излечение; но мы должны иметь в виду то обстоятельство, что туберкулез половых органов, во-первых, часто является только одним из частичных проявлений болезни на ряду с поражением легких, кишок, лимфатических желез и т. д., и, во-вторых, интенсивность его развития в половых органах может быть весьма различна в зависимости от целого ряда условий.

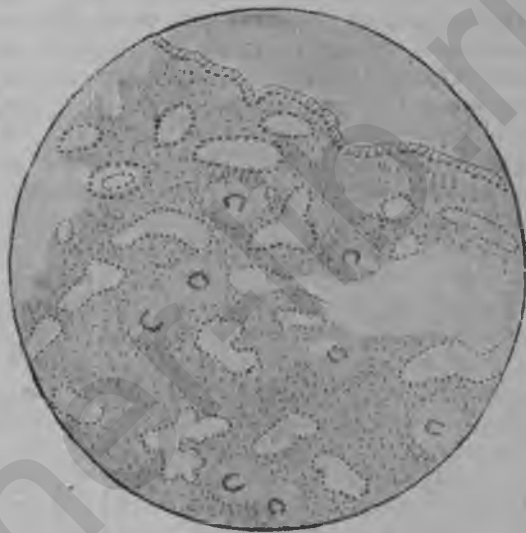


Рис. 109. Endometritis tuberculosa с гигантскими клетками.

Сравнительно нередко приходится наблюдать случаи, где имеется временная остановка процесса, кажущееся улучшение или даже излечение, но достаточно иногда какой-либо ничтожной причины, например, легкой травмы, утомления или простуды, чтобы заболевание вспыхнуло с новой силой.

Чаще всего самоизлечение происходит на счет об'извествления пораженных тканей, причем жидкая часть экссудата всасывается, и на месте воспалительного процесса остаются плотные образования.

В частности при туберкулезном перитоните предсказание вообще считается весьма серьезным, однако, при экссудативной серозной форме оно более благоприятно; далее, в молодом возрасте оно лучше, чем в пожилом, исключая случаи перитонита в раннем детском возрасте, где число милиарного общего туберкулеза довольно значительно. Предсказание становится особенно неблагоприятным при постоянно высокой температуре, при поносах с примесью крови и слизи, при тошноте и сильном прогрессирующем истощении. Хотя исследование крови и не дает каких-либо специальных данных, которыми можно воспользоваться для предсказания, однако, у Хосроева мы находим указание на то, что, на основании исследования новейшего времени, предсказание при туберкулезных процессах тем лучше, чем выше в крови абсолютный лимфоцитоз и чем выше резистентность красных кровяных шариков. Пользоваться при туберкулезном поражении уменьшением количества красных кровяных шариков и гемоглобина, как это принято делать при других истощающих организм процессах, следует с известной осторожностью, так как при наличии тяжелых изменений в легких часто количество гемоглобина и эритроцитов нормально; причина этого явления не выяснена, и предлагается несколько объяснений возникновения компенсаторной гиперрегенерации вследствие уменьшения дыхательной поверхности легких, сгущения крови и т. п.

Наконец мы должны сказать относительно предсказания, что соответствующее лечение в значительной степени его улучшает.

Что касается нашей больной, то экссудативная форма перитонита и сравнительно молодой возраст больной позволяли бы нам высказаться в смысле предсказания довольно благоприятно; однако, ряд признаков заставляет нас быть очень осторожными; именно, больная истощена в довольно значительной степени, так как при росте в 160 см. вес ее равен всего 50,4 кгр. вместо 59,4 кгр., причем за 14 дней пребывания больной в клинике вес еще понизился на 0,4 кгр., и следовательно, несмотря на постельное содержание и усиленное питание, истощение прогрессирует; далее температура все время повышена, почти не спускается ниже 38 градусов, а временами по вечерам достигает 39 градусов и даже выше; кроме поражения брюшины здесь имеется также процесс в легких и в придатках матки; наконец, при исследовании крови мы находим понижение стойкости эритроцитов от нормального $Rm = 0,46\%$ NaCl до $Rm = 0,50\%$, отсутствие повышения абсолютного лимфоцитоза, скорее даже некоторое понижение его до 1300, при нормальном минимуме в 1600; уменьшение количества эритроцитов до 3.650.000; прогрессирующее уменьшение процентного содержания гемоглобина до 53%; понижение показателя окраски до 0,73 и смешение нейтрофильной картины Арнета несколько влево.

На основании всех приведенных данных предсказание у нашей больной должно быть признано весьма серьезным.

Если мы для большей наглядности представим взаимоотношения тех факторов, из которых складывается картина всякого инфекционного воспалительного процесса, по предложенной Sachs'ом формуле и обозначим буквою „P“ предсказание, буквою „L“ локализацию процесса, буквою „W“ силу сопротивляемости организма и буквою „K“ вирулентность и биологические свойства возбудители инфекции, то, заменяя буквы соответственными цифрами, мы получим определенную оценку нашего случая.

Буква „L“ должна быть обозначена здесь цифрою „1“, так как локализация процесса в легких, придатках и брюшине одновременно является, конечно, весьма неблагоприятной; буква „W“ тоже может быть обозначена „1“, так как мы видим, что силы нашей большой в борьбе с инфекцией постепенно падают; наконец буква „K“ может быть обозначена цифрою „2“, т.-е. вирулентностью средней интенсивности, и мы для буквы P получим следующую величину:

$$P = \frac{L \cdot W}{K} = \frac{1 \cdot 1}{2} = \frac{1}{2}.$$

Другими словами, предсказание весьма неблагоприятно.

Перейдем теперь к обсуждению методов лечения туберкулезного поражения женских половых органов вообще, и нашего случая в частности.

Все методы лечения, применяемые при названной форме заболевания можно распределить на три группы.

К первой будут относиться те способы, которые имеют своей задачей поднять питание больной, улучшить вообще условия ее жизни, обеспечив ей надлежащий физический и душевный покой, и таким образом усилить сопротивляемость организма в борьбе с инфекцией.

Ко второй группе будут относиться те способы лечения, которые направлены на возбудителя инфекции, убивая его или ослабляя его жизнедеятельность в тканях больного организма, например, вакцина-терапия, серотерапия и применение рентгеновских лучей.

Наконец, к третьей группе должны быть отнесены те способы, которые состоят в оперативном удалении пораженных туберкулезом органов или тканей.

Остановимся сперва на тех мероприятиях, которыми в настоящее время принято пользоваться для улучшения общего состояния больной.

В тех случаях, когда больная не может оставить своих занятий и изменить обстановки жизни, приходится ограничиваться назначением внутрь препаратов мышьяка и железа, рыбьего жира и других укрепляющих средств, советуя больной по возможности хорошо питаться и избегать утомления.

Если же имеется хотя бы малейшая возможность, то следует настаивать на санаторном лечении в хороших климатических условиях.

Под хорошими климатическими условиями здесь надо понимать отсутствие больших температурных колебаний и обилие солнечного света, так как известно, что из всех внешних влияний на туберкулезную палочку быстрее всего действует свет, причем, прямой солнечный свет убивает ее культуру через несколько часов.

С лечебной целью солнечный свет следует использовать в виде солнечных ванн.

Далее, туберкулезным больным рекомендуется соблюдать возможный покой, избегая движения, так как оно способствует распространению процесса.

Из методов лечения, направленных непосредственно на возбудителя инфекции, в настоящее время преимущественно пользуются вакцинотерапией, причем для подкожных впрыскиваний предложен целый ряд препаратов туберкулина.

Л. Розенталь устанавливает следующие правила для туберкулиновой терапии: главный ее принцип заключается в том, чтобы по возможности избежать реакции со стороны организма. Иммунизация должна вестись крайне осторожно, и лечение начинают с ничтожных доз, тщательно следя за температурой, общим состоянием и весом больных. В случае наступления реакции, при следующем впрыскивании повторяется предыдущая доза. Промежуток между отдельными впрыскиваниями бывает различен в зависимости от индивидуальности больных, обычно же впрыскивания делаются два раза в неделю. Иногда после повторных впрыскиваний туберкулина наступает резко выраженная повышенная чувствительность, и больной начинает сильно реагировать на дозы, которые он раньше хорошо переносил; тогда приходится делать более значительный перерыв в 10—14 дней. Продолжительность курса лечения не поддается нормировке, но стараются дойти до максимальных доз в 0,5 и даже 1,0 туберкулина. Petruschky предлагает так называемое лечение этапами, состоящее в том, что не ограничиваются одним курсом, а повторяют его каждые 3—6 месяцев. Впрыскивания производятся под кожу лучше всего на спине под углом лопатки. Разведения туберкулина готовятся при помощи физиологического раствора с прибавлением $\frac{1}{2}\%$ фенола. Расчет производится таким образом, что для разведения 1 : 10 берется одна часть цельного туберкулина и 9 частей раствора; для разведения 1 : 100 берется одна часть первого разведения и 9 частей физиологического раствора и т. д.

По наблюдению Runge, туберкулиновая терапия дает хорошие результаты и при туберкулезе половых органов даже осложненном перитонитом. Он пользовался новым туберкулином (В. Е.), начиная впрыскивания с одного деления шприца, содержащего $\frac{1}{500}$ миллиграмма плотного вещества.

Новый туберкулин, содержащий все составные части туберкулезной палочки, представляет собою эмульсию растертых палочек в 50% глицерине, причем 1 к. с. содержит 5 мил. гр. растертых палочек.

Кроме вакцинотерапии в последнее время начинают применять и серотерапию при помощи сывороток, предложенных Martorek'ом, Непорожним и другими, но результаты еще мало изучены.

Наконец, последний способ лечения состоит в оперативном вмешательстве,

Показание к операции зависит от целого ряда обстоятельств. Прежде чем решить вопрос об оперативном лечении туберкулезного заболевания половых органов, включая сюда и туберкулезный перитонит, надо выяснить, не имеется ли в других органах, например, легких, туберкулезного процесса в таком состоянии, что оперативное вмешательство само по себе может причинить вред больной.

При изолированном туберкулезном поражении труб в начальном периоде следует ограничиться общим укрепляющим лечением в комбинации с назначением мышьяка и железа. В далеко зашедших случаях

при туберкулезных пилосальпинксах можно решиться на операцию, если другие способы лечения не приносят пользы; однако, надо иметь в виду, что операция может представить большие технические затруднения, так как придатки обыкновенно оказываются тесно спаянными с окружающими частями; поэтому при отделении легко можно вызвать поранение соседних органов, например, кишек и мочевого пузыря; или же нарушить целостность самой трубы; в последнем случае содержимое пилосальпинкса, попадая в брюшную полость, может вызвать серьезные осложнения до септического перитонита включительно.

Если операция производится в молодом возрасте, то следует по возможности ограничиться удалением только труб, сохраняя яичники; в тех же случаях, где уже наступила менопауза, могут одновременно быть удалены и яичники.

При одновременном существовании туберкулезного поражения матки будет показана полная кастрация.

С тех пор, как в 1872 году Spencer Wells получил полное излечение туберкулезного перитонита после чревосечения без удаления пораженных тканей, оперативное лечение туберкулезного перитонита получило широкое распространение, и, несмотря на отрицательное к нему отношение со стороны Borchgrevink'a большинство и сейчас вполне признает целесообразность этого способа лечения в определенных случаях.

Лучшие результаты получаются при экссудативных формах перитонита; Döderlein, например, получил 70%, а Pape 67% выздоровления после чревосечения в этих случаях, в то время как консервативное лечение дает только от 33% до 40% выздоровления.

Gelpke обращает внимание на то обстоятельство, что в свежих случаях перитонита результаты гораздо хуже, чем в тех, где экссудат существовал долгое время.

Что касается техники самой операции, то она состоит в широком разрезе передней брюшной стенки по средней линии; после опорожнения жидкости и тщательного высушивания брюшной полости марлевыми тампонами, последняя зашивается наглухо; большинство при этом не советует настаивать на удалении придатков, и Runge считает совершенно ложным взгляд, что туберкулезный перитонит излечивается только тогда, если удалены больные трубы; однако, другие, например, Mayo, придерживаются иной точки зрения; названный автор нашел, что возвраты болезни наблюдаются менее часто в тех случаях, когда были удалены больные трубы или червеобразный отросток, при чем он утверждает, что удаление матки должно производиться только при наличии значительных изменений в ней.

При операции по поводу туберкулезного перитонита с удалением придатков необходимо быть чрезвычайно осторожным при отделении сращений, так как легко могут образоваться кишечные фистулы, которые очень трудно поддаются заживлению.

Иногда приходится производить повторные чревосечения, пока будет достигнут хороший результат от примененного одновременно общего лечения, при чем экссудативные перитониты дают несравненно более хорошие результаты, чем сухой или казеозный перитонит, где выздоровление удается получить всего лишь в 28%.

В последнее время предлагается для лечения туберкулезного перитонита пользоваться рентгеновскими лучами. Не умаляя значения

чревосечения, Bircher считает показанным применение рентгенотерапии в случаях сухого перитонита и там, где операция противопоказана, или где после нее получился возврат болезни.

При изолированном туберкулезном поражении матки или влагалища рекомендуется местное лечение в виде выскабливания и прижигания иодной настойкой или каким-либо другим средством. Однако, насчет выскабливания при туберкулезном эндометрите взгляды расходятся; некоторые находят здесь выскабливание не только не надежным, но даже опасным, так как оно может послужить толчком к образованию миллиарного туберкулеза, облегчая доступ инфекции в открытые лимфатические пазухи.

Возвращаясь к нашей больной, мы должны наметить следующий план лечения: прежде всего начнем с чревосечения, при чем, если во время операции окажется, что удаление придатков технически не представит больших трудностей и не очень удлинит операцию, то после удаления жидкости удалить и трубы, а может быть и яичники и червеобразный отросток. Затем, как только позволит послеоперационное течение, больную необходимо подвергнуть санаторному лечению с усиленным питанием и назначением внутрь препаратов мышьяка и железа.

VI. Заболевания женских половых органов, вызванные случайными и более редкими инфекциями.

Мы выделили четыре главных группы воспалительных заболеваний женских половых органов в зависимости от вида микроорганизма, который являлся возбудителем инфекции; к первой группе мы отнесли те заболевания, которые вызваны гноеродными бактериями, т.е. стрептококком и стафилококком; ко второй мы отнесли заболевания, вызванные гонококком; к третьей — заболевания, вызванные кишечной палочкой, и, наконец, к четвертой — заболевания, вызванные туберкулезной палочкой.

Хотя названные микроорганизмы и являются наиболее частой причиной инфекционных воспалительных процессов в половом аппарате женщины, но наряду с ними встречаются случаи, где возбудителем болезни служит какой-либо другой вид микроба, случайно попавший в организм данной больной: и клинический опыт учит нас, что возбудителем инфекционного заболевания половых органов женщины может явиться очень большой ряд микроорганизмов; может быть даже правильнее будет сказать, что любой из патогенных для человека микробов может при благоприятных условиях вызвать такое заболевание.

И по отношению к этим случайным возбудителям гинекологических заболеваний мы можем установить определенную группировку.

К первой группе можно отнести те случаи, где микроорганизмы проникают непосредственно в половые органы женщины и вызывают здесь воспалительный процесс, который может остаться местным или напротив, перейти в общее заболевание всего организма.

Ко второй группе будут относиться те случаи, где возбудители инфекции проникают в организм не со стороны полового аппарата, а каким-либо другим путем, и, вызвав определенную форму болезни, попутно проникают в половые органы и служат причиной возникновения здесь местного воспалительного процесса.

К третьей группе приходится отнести те случаи, когда тот или иной микроб, вызвав общую инфекцию или местный процесс в отдаленных от полового аппарата областях больного организма, попутно вызывает изменения в половых органах только благодаря циркулирующим в крови токсинам.

Кроме того надо иметь в виду, что один и тот же микроорганизм при различных условиях может не всегда одинаково проявлять свое влияние на состояние половых органов.

Наибольшее число среди патогенных для человека микроорганизмов, являющихся случайными и вообще более редкими возбудителями гинекологических заболеваний, относится к первой из только что намеченных нами групп. Но в свою очередь они должны быть тоже распределены на самостоятельные подгруппы в зависимости от способа их проникновения в половые органы и отчасти от характера вызываемых ими здесь изменений.

Руководствуясь первым из названных признаков, мы должны отметить, что наиболее часто микробы проникают в половые органы в связи с родами и вызывают, так называемые, послеродовые заболевания.

Сюда мы можем включить следующие виды микроорганизмов, относительно которых имеются указания в литературе о наличии их при послеродовых заболеваниях:

- | | |
|---|--|
| 1. <i>Diplococcus lanceolatus capsulatus pneumoniae</i> Fränkel. | 7. <i>Bacil. pyocyaneus</i> . |
| 2. <i>Pneumobacillus Fridländer'a</i> . | 8. <i>Bacil. fundiliformis</i> . |
| 3. <i>Proteus vulgaris</i> . | 9. <i>Bacil. radiiformis</i> . |
| 4. <i>Bacil. perfringens Welchii s. phlegmonae emphysematodes</i> . | 10. <i>Bacil. anthracis</i> . |
| 5. <i>Bacil. fusiformis Vincenti</i> . | 11. <i>Bacil. faecalis alcaligenis</i> . |
| 6. <i>Micrococcus tetragenus</i> . | 12. <i>Bacil. diphtheriae</i> . |
| | 13. <i>Bacil. tetani puerperalis</i> . |
| | 14. <i>Bacil. pseudotetani</i> . |

Мы не будем здесь останавливаться на подробной характеристике перечисленных микроорганизмов, так как это сделано в таблице, приложенной к общей части.

Что касается некоторых особенностей, относящихся к отдельным их формам, то мы прежде всего должны отметить, что только первые четыре несколько чаще других описаны, как возбудители послеродовой инфекции; остальные же приведены, как единичные случаи.

Пнеймококк Fränkel'я или *diplococcus pneumoniae* может проникнуть в половой аппарат двояким путем; или он вносится во влагалище грязной рукой или инструментом, или же он проникает в половые органы по кровеносным сосудам из имеющегося у больной фокуса пнеймонии; в половых органах он вызывает образование гнойников, например, в стенке матки, в клетчатке и т. д.

Bac. pneumoniae Fridländer'a до сих пор, по мнению Fromme, очень редко оказывалась виновницей послеродовой инфекции только потому, что далеко не во всех случаях послеродовых заболеваний производилось надлежащее бактериологическое исследование, и что при введении обязательного бактериологического исследования крови во всех случаях послеродовой инфекции названный микроорганизм, вероятно, будут находить более часто особенно в случаях бактериэмии.

Proteus vulgaris, впервые выделенный в чистой разводке Hauser'ом, по всей вероятности, тождествен с *bacterium termo* прежних авторов; он, подобно обыкновенной кишечной палочке, является, повидимому, постоянным обитателем кишечного канала и, обладая в значительной степени способностью вызывать гниение, он может оказывать для человека патогенным, вызывая ихорозное нагноение в инфицированных тканях; он неоднократно был найден в случаях септицемии, а также при гнойном воспалении яичников и при цистите.

Bacil. perfringens Welchii s. *phlegmonis emfuseumatodes* отождествляется некоторыми с *bacil. aerogenes capsulatus*. Впервые эта бактерия была найдена E. Fraenkel'ем в четырех случаях газовой флегмоны; позднее она была обнаружена P. Ernst'ом при гнилостном эндометрите как в венах матки, так и в ветвях воротной вены, причем печень была пронизана множеством газовых пузырьков,

Несколько обособленное положение среди приведенных случайных возбудителей послеродовых заболеваний должны занять три последние формы, т.е. *bac. diphtheriae*, *bac. tetani puerperalis* и *bac. pseudotetani*; так как все они в половом аппарате вызывают местное поражение тканей; однако, вырабатываемые ими токсины проникают в кровь, разносятся по всему организму и вызывают в нем явления тяжелой токсинемии.

Случаев инфекции дифтерийной палочкой в акушерско-гинекологической практике описано довольно много, причем в большинстве из них заболевание половых органов состояло в образовании сероватобурого налета на слизистой оболочке влагалищного входа, влагалища или влагалищной части матки; возникновению инфекции обычно способствуют нарушения целостности тканей, например, трещины или разрывы во время родов. Так как, по мнению Ehrlich'a, ядовитое вещество, вырабатываемое дифтерийной палочкой, представляет собою сочетание двух различно действующих в организме больного химических агентов, то естественно, что и картина болезни представляет собою клинические признаки разного порядка. Во-первых, дифтерийная палочка вырабатывает токсин, действующий местно и вызывающий инфильтрацию и некроз пораженных тканей; во-вторых, она вырабатывает токсин, оказывающий общее действие и вызывающий изменения в нервной системе и других органах.

Между прочим, E. Shaw высказывает сомнение в том, что все многочисленные случаи, описанные как дифтерия половых органов, были действительно вызваны дифтерийной палочкой, так как, во-первых, далеко не во всех был точно установлен бактериологически возбудитель болезни, а, во-вторых, сильное сходство *bacil. pseudo-diphtheriae* и *bacil. diphtheriae* в значительной степени затрудняет правильное распознавание, особенно, если иметь в виду сравнительно частое нахождение псевдо-дифтерийной палочки в секрете из цервикального канала и влагалища; по мнению того же автора, названная палочка почти всегда одна или в сочетании с белым стафилококком является причиной выделений из половых органов в хронических случаях гонорреи. Случаи тяжелой инфекции половых органов псевдо-дифтерийной палочкой описаны Foulert'ом и Vonpey.

Остальные виды микроорганизмов, отнесенные нами к этой подгруппе, только исключительно редко оказывались возбудителями послеродовой инфекции или вообще воспалительных заболеваний половых органов.

Ко второй подгруппе микроорганизмов, проникающих в половые органы и вызывающих здесь заболевания местного или общего характера, мы можем отнести такие, которые вносятся в половой аппарат при половом сношении; сюда, следовательно, мы должны, причислить:

1. *Bacillus ulceris* Ducrey.
2. *Spirochaeta pallida* (*treponema pallidum*) Schaudini.

Что касается первого из приведенных микроорганизмов, то он является возбудителем заболевания половых органов, носящего всегда местный характер и ограничивающегося обычно поражением поверхностных покровов половых органов; это заболевание носит название мягкого шанкра и состоит в том, что у женщины в области влагалищного входа, влагалища или влагалищной части матки образуются одиночные или множественные язвы; иногда присоединяется воспаление и гнойное размягчение паховых желез.

Начинается процесс с образования небольшой пустулы; содержимое ее скоро делается гнойным, и пузырек лопается, оставляя после себя небольшую круглую язву с острыми неровными краями; дно язвы покрыто гнойным беловатым налетом, а края подрытые и слегка покрасневшие; при ощупывании края и дно язвы кажутся мягкими.

В гинекологической практике сравнительно редко приходится иметь дело с мягким шанкром, и он представляет интерес главным образом в отношении дифференциальной диагностики.

Вторая из названных бактерий, именно, *spirochaeta pallida* представляет для нас значительно больший интерес, так как вызванные ею в половых органах женщины изменения могут быть весьма разнообразны; во-первых, они могут состоять в образовании первичной язвы или твердого шанкра, во-вторых, они могут представлять собою вторичные изменения в виде папул и кондилом, в-третьих, они могут проявляться в виде образования гумм, и, наконец, в-четвертых, если вспомнить о тех глубоких изменениях, вызываемых сифилисом в тканях и органах больного вообще, то надо думать, что по аналогии и в половых органах должны возникнуть такие же изменения, состоящие в соединительнотканном перерождении и в склерозе.

Так как сифилис представляет собою очень тяжелое, опасное для жизни больной заболевание, именно благодаря тем общим изменениям, которые он вызывает во всем организме, то местные его проявления в половых органах представляют для нас особенно большой интерес в том отношении, чтобы мы могли ими воспользоваться для своевременного распознавания болезни. На практике же оказывается, что поставить во время правильный диагноз далеко не всегда легко и просто.

Начнем с первичных проявлений сифилиса; так как это заболевание главным образом возникает при посредстве половой жизни, то раньше всего мы должны ждать проявления его на половых органах: сперва на наружных половых частях, в области влагалищного входа, влагалища или влагалищной части матки появляется маленькое папулезное образование, которое представляет собою гранулему; однако, у женщин очень редко приходится видеть эту стадию процесса, так что обычно нам приходится иметь дело уже с эрозией или даже язвой.

Не останавливаясь здесь подробно на характеристике типичной сифилитической язвы или твердого шанкра, отметим только то, что представляет специфические особенности у женщин.

Во-первых, следует отметить, что у них гораздо чаще приходится наблюдать вторичную инфекцию сифилитической язвы посредством микроорганизмов, населяющих влагалище и вообще половые органы; поэтому распознавание нередко становится затруднительным.

Во-вторых, язва во влагалище и на влагалищной части матки может пройти совершенно незамеченной, так как не вызывает каких-либо тягостных для больной субъективных данных.

В-третьих, твердый шанкр влагалищной части матки не всегда можно легко отличить от простой воспалительной эррозии.

Что касается вторичных проявлений сифилиса у женщин, то здесь надо отметить сравнительно частое появление у них так называемой *leucoderma cervicis*; кроме того А. Shillitoe обращает внимание на то,



Известковые отложения в стенках сосудов.

Рис. 110. Склероз сосудов мышечной стенки матки.
Из рук. по женск. бол. Liepmann'a.

что у женщин всегда надо тщательно осматривать спину, где нередко удается найти розеола, в то время как они могут отсутствовать на груди и животе.

В настоящее время в сомнительных случаях диагноз в значительной степени облегчается реакцией Wasserman'a, однако, надо иметь в виду, что при заражении сифилисом женщины через беременность реакция становится положительной только после окончания беременности, в этих случаях отсутствуют часто также и первичные, и вторичные проявления сифилиса, но так как в большинстве случаев при рождении ребенка с признаками сифилиса, мать оказывается инфицированной и впоследствии может тяжело заболеть, то здесь всегда должно быть проведено соответствующее лечение.

Возвращаясь к изменениям в половом аппарате, зависящим от склероза тканей, мы главным образом должны иметь в виду возможность возникновения на этой почве метро-эндометрита. Такие случаи неоднократно приводились в литературе, и принимая в расчет, что по

статистическим данным W. Kolmer'a реакция Wasserman'a у гинекологических больных оказывается положительной в 22%, надо думать, что метро-эндометрит на почве сифилиса должен встречаться нередко, но доказать это на деле не всегда возможно, так как обычно существует целый ряд других причин, могущих вызвать те же изменения.

Перейдем теперь ко второй группе воспалительных заболеваний женского полового аппарата, где возбудители инфекции проникают в ткани организма не через половые органы, а каким-либо другим путем.

Сюда мы можем отнести, на основании описанных в литературе, случаев, следующие две формы микроорганизмов:

1. *Bacillus influenzae Pfeiffer'a*
2. *Bacillus typhi abdominalis*.

Названные микроорганизмы вызывают всегда определенную вполне типичную картину болезни, но иногда они случайно проникают в половые органы и обуславливают возникновение здесь местного воспалительного процесса.

Что касается брюшнотифозной палочки, то в литературе имеются случаи гнойного воспаления труб, где в содержимом их была найдена вышеназванная палочка, например случай, описанный Л. Кривским; далее, на почве этой же инфекции могут развиваться воспалительные изменения в яичниках, матке, влагалище и влагалищном входе.

В яичниках воспалительный процесс состоит в мутном набухании и распаде *membrana granulosa*, причем раньше всего поражаются примордиальные фолликулы, а затем процесс переходит на более зрелые из них; иногда происходят кровоизлияния в полость фолликула; если разрушение фолликулов выражено в значительной степени, то дело может дойти до полной атрофии паренхиматозного слоя яичника, что в свою очередь вызывает аменоррею, бесплодие и атрофию матки.

В матке воспалительные изменения состоят в катарральных или геморрагических явлениях, которые, по мнению Virchow'a, аналогичны изменениям, наблюдаемым при холере; по наблюдениям Liebermeister'a иногда происходит гнилостное разложение внутренней поверхности матки.

Во влагалище и влагалищном входе приходится наблюдать язвенный процесс или явления гангрены; Zaccaria видел развившиеся на этой почве влагалищно-пузырные и прямокишечные свищи; мне лично пришлось видеть случай, где после тяжелого брюшного тифа у молодой женщины образовалась полная рубцовая атрезия влагалища в средней его трети.

Все выше приведенные изменения в половом аппарате M. Stolz объясняет влиянием циркулирующих в крови больной тифозных бацилл.

Относительно микроорганизма, являющегося возбудителем инфлюэнцы, мы в настоящее время можем с полной уверенностью сказать, что он нередко является причиной того или другого воспалительного процесса в половых органах. Engel утверждает даже, что инфлюэнца отражается у женщин особенно вредно на состоянии половых органов, а не на состоянии органов дыхания.

Неправильности со стороны месячных, состоящие в преждевременном появлении и обильной потере крови наблюдаются очень часто, по некоторым авторам в 30%, по другим даже 95%; однако, очень

часто при инфлюэнце приходится наблюдать не только меноррагии, но и метроррагии.

Причину кровотечений, по мнению большинства, является воспалительный процесс в слизистой оболочке матки.

Что касается влияния инфлюэнцы на состояние придатков матки, то, по мнению одних, дело ограничивалось только сильной болезненностью в яичниках без припухания в них; однако, в литературе приводятся также случаи гнойного воспаления труб и яичников, вызванных палочкой инфлюэнцы.



Рис. 111. Двухсторонний pyosalpinx, вызванный палочкой инфлюэнцы.
(Из руковод. по гинекол. Menge и Opitz).

Gottschalk описывает два случая острого воспаления тазовой клетчатки на этой почве и, наконец, все сходятся на том мнении, что инфлюэнца вызывает нарушение беременности преждевременно чаще, чем всякое другое инфекционное заболевание, например R. Müller видел выкидыши при инфлюэнце в 17 случаях из 21, т.-е. 81%.

Перейдем, наконец, к третьей группе случаев, когда то или иное инфекционное заболевание отражается на состоянии половых органов без того, чтобы микробы обязательно проникли в их ткань.

Прежде всего сюда приходится отнести все те инфекционные заболевания, которые глубоко нарушают общее состояние и питание больной, и таким образом, на ряду с истощением всего организма возникает также истощение полового аппарата.

Далее, к этой же группе следует отнести те формы острых инфекционных заболеваний детского возраста, которые несомненно оставляют глубокий след на развитии полового аппарата.

М. Stolz начинает свою статью, посвященную этому вопросу, следующими словами: „Заболевания женских половых органов во время острых инфекционных болезней проявляются тем меньше, чем сильнее выражены общие явления, среди которых они теряются; часто только при наступлении половой зрелости обнаруживаются нарушения в состоянии полового аппарата, которые указывают на серьезность понесенных поражений“.

Правда, в настоящее время мы имеем только очень скудные данные о влиянии на половые органы таких заболеваний, как, например, корь и скарлатина.

Относительно кори мы находим только указания, что месячные при ней усиливаются и появляются раньше срока; а при скарлатине описаны случаи, где яичники оказывались увеличенными вследствие паренхиматозного их воспаления.

Проф. Л. Л. ОКИНЧИЦ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

Ч А С Т Ь II

Неправильности в форме и положении матки

С 68 рис. в тексте

Ч А С Т Ь III

Внематочная беременность

С 30 рис. в тексте

(Из клинических лекций, читанных студентам Государственного
Института Медицинских Знаний в Ленинграде)

ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“
(основ. В. С. Эттингер)
ЛЕНИНГРАД
Проспект Володарского, 49
1926

Ленинградская Коммунальная типо-литография. Улица 3-го Июля, 55.
Ленинградский Гублит № 9136. 13^{1/2} л. Тир. 4000 экз. Зак. № 6142.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Часть II.

	Стр.
1. Введение	1
2. Неправильности в форме и положении матки, возникающие до наступления половой зрелости вследствие неправильного развития полового аппарата	3
Hyperanteflexio uteri infantilis	11
Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici	23
Retroversio-retroflexio uteri infantilis	31
Uterus hypoplasticus simplex	39
3. Неправильности в форме и положении матки, возникающие в периоде жизни после наступления половой зрелости в связи с травмой, инфекцией и другими причинами, зависящими от половой жизни, выкидыша, родов и т. д.	51
Ruptura perinei inveterata grad. II; descensus vaginae partis anterioris	55
Descensus vaginae; abruptio pedunculi anterioris m. levatoris ani; retroversio-retroflexio uteri; metro-endometritis corporis et colli uteri	63
Ruptura perinei grad. III; descensus vaginae; retroversio-retroflexio uteri; metro-endometritis; laceratio colli uteri; ectropion.	79
Ruptura perinei inveterata grad. II; prolapsus uteri incompletus et prolapsus vaginae completus; elongatio colli uteri	89
Retroversio uteri fixata; metritis chronica; perimetritis adhaesiva	102

Часть III.

1. Введение	113
2. Внематочная трубная беременность первых месяцев, не нарушенная	117
3. Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем разрыва трубы	129
4. Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем выкидыша	147
5. Внематочная беременность с образованием haematocele retro-uterina	162
6. Интерстициальная трубная беременность	178
7. Беременность в рудиментарном роге	192
8. Внематочная беременность второй половины	201

ВВЕДЕНИЕ.

В числе гинекологических заболеваний, заставляющих искать врачебной помощи, имеется целый ряд таких, где сущность болезни заключается в той или иной неправильности в форме и положении матки; поэтому мы позволим себе все относящиеся сюда виды заболеваний включить в одну общую группу, не смотря на то, что и причины и клинические проявления могут быть весьма различны.

Чтобы в дальнейшем изложении не могло быть каких-либо неясностей в терминологии, постараемся точно формулировать, что мы понимаем под неправильностями в форме и положении матки, а для этого нам придется напомнить нормальную картину того и другого.

Что касается формы матки, то она характеризуется в основных своих чертах следующими признаками: 1. Матка представляет собою полый мышечный орган, имеющий грушевидную, уплощенную в передне-заднем размере форму; длина всей матки равняется у нерожавшей 7—8 см, у рожавшей 8—9 см, ширина в области дна на месте отхождения труб равняется 5 см, толщина тела в передне-заднем размере равняется 3 см.—2. Матка состоит из тела и шейки, при чем между первым и второй существуют определенные взаимоотношения; во-первых, у взрослой женщины длина тела матки в два раза больше длины шейки, и во вторых, тело и шейка образуют между собою угол величиною около 100 градусов, открытый кпереди; вершина его соответствует области внутреннего зева; такое расположение тела и шейки по отношению друг к другу называется флексией и при названных условиях представляет собою нормальную *anteflexio*.—3. В частности отличительные особенности тела матки при условии нормального ее развития состоят в следующем: верхний край дна матки, заключенный между ее углами, представляет собою линию, выгнутую кверху; толщина мышечной стенки матки в области тела равняется в среднем 1 см. Шейка матки у нерожавшей женщины отличается тем, что влагалищная ее часть имеет форму усеченного конуса; у рожавшей женщины влагалищная часть шейки имеет цилиндрическую форму; наружный зев у нерожавшей имеет круглый вид, а у рожавшей—вид поперечной щели.

Исходя из приведенных данных, мы имеем возможность определить то или иное отклонение от нормальной формы матки в каждом случае.

Что касается положения матки, то под этим термином мы понимаем отношение матки в ее целом или отдельных ее частей к окружающим тканям и соседним органам, по преимуществу же к определенным отделам костного таза, как имеющего постоянные не смещаемые опознавательные точки.

Положение матки признается нормальным, когда оно отвечает следующим условиям: 1. При стоячем положении женщины матка находится на такой высоте, что наружный зев соответствует плоскости, проходящей через верхний край симфиза и обе *spinae ischiadicae*. При условии нормальной подвижности, матки кверху и книзу, носящем название

scensus, она может быть смещена кверху настолько, что верхний край дна соответствует середине расстояния между пупком и лобком, а книзу ее можно низвести настолько, что наружный зев совпадает с областью влагалищного входа — 2. По отношению к стенкам таза матка располагается следующим образом: область внутреннего зева или перегиба между телом и шейкой находится по середине расстояния между лоном и крестцом и между боковыми стенками таза, т.е. совпадает с осью таза; это отношение к стенкам таза называется *positio*; при нормальной подвижности матки она может быть смещена до соприкосновения с соответствующей стенкой таза. — 3. В то время, как по отношению к боковым стенкам таза матка располагается по средней линии не только в области внутреннего зева, но и в остальных своих частях, по отношению к передней и задней стенке таза условия оказываются иными; именно, тело матки наклонено кпереди от оси таза по направлению к лону, а шейка отклонена кзади от нее по направлению к крестцовой впадине. Это состояние матки носит название наклонения или *versio*, а так как характер последнего определяется положением тела матки, то нормально признается *anteversio*. При нормальной подвижности матки наклонение ее тоже может изменяться, при чем движения матки здесь следуют закону двуплечего рычага; верхним более длинным плечем является тело матки, а нижним более коротким ее шейка; вращение рычага совершается вокруг неподвижной точки, соответствующей области внутреннего зева, и при наклонении тела матки кпереди шейка должна отклониться кзади, а при наклонении тела кзади шейка должна отклониться кпереди. — 4. При нормальных условиях левое ребро матки смещено несколько вперед, т.е. имеется известная степень поворота всей матки вокруг ее оси, совпадающей с длинником матки; это состояние носит название *rotatio*; если же поворот ограничивается только телом матки, то это состояние называется *torsio* и скорее относится к изменению формы, а не положения матки.

Исходя из вышеприведенных данных, мы можем, следовательно, допустить изменение нормального положения матки в отношении *scensus*, *positio*, *versio* и *rotatio*.

Сейчас мы не будем останавливаться на отдельных видах неправильной формы или положения матки, а постараемся их сгруппировать, пол жив в основу группировки причину, т.е. этиологию их.

Руководствуясь этим соображением, мы можем наметить две основных группы относящихся сюда заболеваний:

К первой мы можем отнести все те случаи, где неправильность в форме или положении матки возникла в детском возрасте до наступления половой зрелости, и где она является результатом неправильного развития всего организма или только полового аппарата.

Ко второй мы можем отнести те случаи, где неправильность в форме или положении матки возникла уже после того, как развитие половых органов было вполне закончено. Причину возникновения той или иной неправильности здесь могут явиться обстоятельства, связанные с половой жизнью, выкидышем, родами и т. д. в виде инфекции или травмы пол. органов

Принятое нами деление имеет свое основание также и в том, что каждая из названных групп требует специальных методов профилактики и лечения и дает ряд характерных осложнений, проявляющихся определенными клиническими признаками.

Ограничиваясь этими общими замечаниями, перейдем к рассмотрению каждой группы в отдельности.

I. Неправильности в форме и положении матки, возникающие до наступления половой зрелости, вследствие неправильного развития полового аппарата.

Те случаи заболеваний, где сущность патологических изменений состоит в той или иной неправильности в развитии матки, в том или ином отклонении от нормальной ее формы или положения, составляют только небольшую часть обширной группы, так называемых, пороков развития половых органов.

Вся названная группа распадается на следующие отделы:

1. Пороки развития внутренних половых органов, куда относятся а) пороки развития яичников, б) пороки развития труб и с) пороки развития матки и влагалища.

2. Пороки развития наружных половых органов.

3. Гермафродитизм.

4. Врожденные заращения полового канала или *gynatresia congenita*.

В свою очередь пороки развития матки имеют свою классификацию и распадаются на несколько отдельных классов.

В настоящее время наибольшим распространением пользуется классификация, предложенная *Winckel*'ем, который положил в ее основу отдельные ступени развития матки, именно:

I. Первый месяц внутриутробной жизни.

а) Полное отсутствие обоих Мюллеровых ходов.

в) Полное отсутствие одного из Мюллеровых ходов.

II. Второй месяц внутриутробной жизни.

Полное отсутствие соприкосновения "Мюллеровых" ходов между собою.

а) *Uterus didelphys s. duplex separatus*.

α. *Uterus rudimentarius solidus*.

β. *Uterus rudimentarius partim excavatus*.

III. Третий месяц внутриутробной жизни.

а) Соприкосновение Мюллеровых ходов между собою соответственно шейке матки и влагалищу, но полное отсутствие слияния их.

Uterus pseudodidelphys.

б) Полное взаимное соприкосновение Мюллеровых ходов соответственно матке и влагалищу при отсутствии слияния их.

Uterus introrsum arcuatus septus.

IV. Четвертый и пятый месяц внутриутробной жизни.

а) Взаимное соприкосновение и слияние Мюллеровых ходов только в области шейки матки и влагалища.

Uterus bicornis.

б) Взаимное соприкосновение Мюллеровых ходов на всем протяжении матки и влагалища при слиянии их только в области влагалища и шейки.

Uterus introrsum arcuatus subseptus.

с) Неполное взаимное соприкосновение Мюллеровых ходов в области дна матки при слиянии их в местах соприкосновения.

Uterus arcuatus

V. С начала шестого по конец десятого месяца внутриутробной жизни.

а) Полное слияние Мюллеровых ходов в области матки и влагалища при недостаточно выраженной выпуклости дна матки.

Uterus planifundalis.

в) Законченная форма матки новорожденной при общей длине матки в 3—3,5 см и отношении длины шейки к длине тела матки, как 1:0,5 или 1:0,75.

Uterus foetalis.

VI. От начала первого до конца десятого года детского возраста. Длина матки 3,75 см; отношение длины шейки и тела 1:1,1.

Uterus infantilis.

VII. От 10 до 16 лет, т. е. до наступления половой зрелости. Длина матки 7,5 см; отношение длины шейки и тела, как 1:2.

Uterus virgineus.

Однако, если мы внимательно, шаг за шагом, проследим ход развития матки с первого месяца внутриутробной жизни плода до наступления половой зрелости девушки, то мы увидим, что правильной постепенности в росте и развитии матки не существует, и что мы должны весь цикл развития матки и вообще половых органов разбить на два совершенно самостоятельных и независимых друг от друга периода.

Первый период включает в себе всю внутриутробную жизнь плода до его рождения, при чем матка к этому времени имеет совершенно определенную, типичную форму и носит название *uterus foetalis*.

Главные отличительные черты такой матки состоят в том, что величина ее в среднем равняется 3,5 см, при чем длина шейки к длине тела относится по наблюдениям Kussmaul'a, как 1:0,5, а по моим наблюдениям, как 1:0,75, т. е. длина шейки равняется 2 см, а длина тела 1,5 см; поперечный размер шейки равняется 1,5 см, а поперечный размер тела матки 0,8 см. Длина матки в это время относится к длине всего тела новорожденного, как 1:12, и, по наблюдениям Küstner'a, матка новорожденной настолько относительно велика, что она не помещается в малом тазу, а значительная часть ее располагается над

лоном в свободной брюшной полости, при чем тело матки образует с ее шейкой или тупой открытый кпереди угол или прямую линию; в последнем случае ось всей матки несколько наклонена своим верхним концом кпереди. (Рис. 1 и 2).

Непосредственно после рождения девочки в ее матке происходят весьма характерные изменения, которые состоят главным образом в том, что матка начинает уменьшаться во всех своих частях, при чем это уменьшение прогрессирует приблизительно до конца второго года жизни, затем это уменьшение или обратная инволюция матки на некоторое время останавливается, а с начала третьего года жизни ребенка матка снова начинает расти и увеличиваться во всех своих размерах. При чем сперва это совершается медленно, так что к десяти годам матка едва превышает размеры *uterus foetalis*; однако, чем ближе к моменту наступления половой зрелости, тем развитие матки идет быстрее.



Рис. 1.



Рис. 2.

Положение матки и влагалища у новорожденной.
Взято у Bayer'a.

Проще всего это можно видеть на следующей таблице:

Возраст.	Длина всей мат- ки.	Длина шейки.	Длина тела.	Попереч- ный раз- мер шей- ки.	Попереч- ный раз- мер тела.
Новорожденная	3,5	2,0	1,5	1,5	0,8
Ребенок 2-х лет	2,4	1,3	1,1	0,8	0,4
4-х лет	3,0	1,5	1,5	1,0	0,6
10-ти лет	3,75	1,75	2,0	1,4	0,8
Девушка 16-ти лет, достигшая половой зрелости	7,5	2,5	5,0	2,0	3,0

Из этой таблицы мы видим, во-первых, что происходят изменения длины как шейки, так и тела матки, а во-вторых, что происходит также изменение толщины мышечной стенки матки.

Что касается уменьшения длины отдельных частей матки, то к концу второго года вся матка оказывается уменьшенной приблизительно на 1 см, при чем уменьшение длины шейки выразилось почти в полтора раза сильнее, чем уменьшение длины тела матки; при последующем росте матки взаимоотношения длины шейки и тела матки претерпевают еще большее изменение, так как тело увеличивается в размере значительно быстрее, чем шейка.

Взаимоотношения длины тела и шейки матки в различные годы жизни девочки видны на следующей таблице:

В о з р а с т.	Длина шей- ки.	Длина тела.	Отношения их друг к другу.	Длина всей матки.
Новорожденная . . .	2,0	1,5	100:75	3,5
Ребенок 2-х лет . . .	1,3	1,1	100:85	2,4
" 10-ти лет . . .	1,75	2,0	100:111	3,75
Девушка 16-ти лет . . .	2,5	5,0	100:200	7,5

Уменьшение толщины мышечной стенки матки в первое время после рождения ребенка совершается в еще более значительной степени, чем уменьшение ее длины; именно, в то время, как длина матки двухлетней девочки уменьшилась на 1,1 см, что составляет $\frac{1}{3}$ длины матки новорожденной, уменьшение толщины тела матки к тому же времени происходит на 0,2 см, а толщины шейки матки на 0,4 см, что составляет $\frac{1}{2}$ первоначальной их толщины.

Как видно из приведенных таблиц, с начала третьего года жизни девочки начинается постепенное увеличение размеров матки, при чем сперва оно идет очень медленно, так что к десяти годам жизни матка едва достигает своих прежних размеров; только с этого времени развитие матки совершается быстрее, при чем к моменту наступления половой зрелости длина матки оказывается увеличенной приблизительно в 2 раза, толщина же ее в области тела успела возрасти в 4 раза.

Констатируя эти данные, мы, естественно, должны задать себе вопрос, чем вызваны эти изменения в матке новорожденной.

Вауер объясняет их тем, что рост матки внутриутробного плода зависит от секреторной деятельности яичников матери, которая прекращает вместе с рождением ребенка свое протективное влияние. Halban, напротив, не признает такой зависимости, приводя случаи беременности, закончившиеся срочными родами, где, несмотря на полную кастрацию, произведенную во время беременности, состояние матки новорожденной было такое же, как и при наличии яичников у матери.

Поэтому, надо искать другой причины и надо думать, что протективное влияние на матку внутриутробного плода оказывают не яичники матери, а послед, секреторная деятельность которого прекращается с рождением ребенка; это предположение тем более вероятно, что на основании моих экспериментальных исследований впрыскивание вытяжки из хориона кастрированным животным задерживает атрофию матки так же, как и впрыскивание вытяжки из фолликулярной ткани яичников. Но, как бы то ни было, мы должны считаться с фактом, что после рождения ребенка создаются какие то новые условия, которые вызывают атрофию матки, при чем эта атрофия может быть остановлена только посредством секреторной деятельности яичников самого ребенка, и от ее интенсивности будет зависеть не только приостановка обратной инволюции матки, но и дальнейшее ее увеличение.

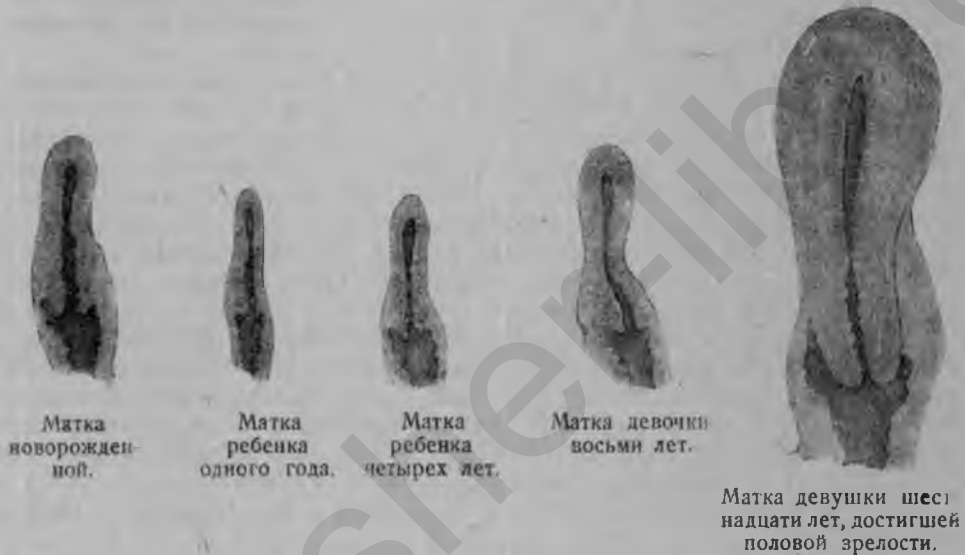


Рис. 3. Различные ступени развития матки.

Из сказанного мы видим, что половой аппарат и в частности матка в период времени от первых дней внутриутробной жизни плода до наступления половой зрелости находятся под влиянием различных факторов; именно, до рождения ребенка стимулом для развития матки является секреторная деятельность последа, с момента же рождения таковым служит секреторная деятельность яичников самого ребенка.

Поэтому, мне кажется, для классификации пороков развития матки будет правильнее принять другую систему, положив в ее основу эти два самостоятельных периода в жизни организма.

Таким образом, мы должны подразделить все пороки развития на две больших группы, отнеся к первой те из них, которые возникают во время внутриутробной жизни плода и которые должны рассматриваться, как врожденные пороки развития матки. Ко второй группе должны быть отнесены те, которые возникают в период времени от рождения девочки до наступления половой зрелости, при чем эти пороки развития матки ни в каком случае не должны рассматриваться

как врожденные, так как они возникают из матки, отвечающей по своему виду *uterus foetalis*, благодаря или слишком резко выраженной инволюции матки новорожденной, или благодаря недостаточно интенсивному ее росту.

В виду только что сказанного я предлагаю далее вторую группу подразделить на две основных формы неправильного развития матки:

1. *Uterus hypoplasticus*, представляющая собою форму недоразвития матки, возникшую в возрасте ребенка первых лет жизни вследствие чрезмерной обратной инволюции матки; отличительными признаками для этой формы является уменьшение размеров всей матки при том условии, что отношение длины шейки к длине тела такое, как у матки, вполне развитой, т. е. выражается отношением 1:2. Такое взаимоотношение величины шейки и тела создается потому, что здесь отклонение от правильного развития состоит только в чрезмерной инволюции непосредственно после рождения, дальнейшее же развитие идет обычным порядком.

2. *Uterus infantilis*, представляющая собою форму недоразвития матки, возникшую в возрасте ребенка более старшего возраста вследствие недостаточного роста матки в этом периоде; отличительными признаками для этой формы является уменьшение размеров всей матки при том условии, что отношение длины шейки к длине тела остается таким, как у матки новорожденной, т. е. выражается, как 1:0,75. Такое взаимоотношение длины шейки и тела создается потому, что, как выше было указано, только начиная с десяти лет рост тела матки быстро опережает рост шейки.

Так как растущая матка ребенка находится под влиянием целого ряда условий, могущих отразиться на ее форме и положении, то мы, естественно, должны ждать, что при ненормально сильно выраженной инволюции матки или при слишком медленном ее развитии эти условия успеют проявить себя в более значительной степени.

Из этих условий главную роль играют следующие:

1. Величина внутрибрюшного давления, колеблющаяся в широких пределах.

2. Состояние соседних органов, именно: мочевого пузыря и прямой кишки, которое изменяется в зависимости от их наполнения.

3. Тяжесть кишечных петель, помещающихся при нормальных условиях на задней поверхности тела матки.

Перечисленным агентам противопоставляется упругость мышечной стенки матки, которая зависит от степени развития в ней мышечных элементов.

Различные сочетания перечисленных условий вызывают то или иное отклонение от правильной формы и положения матки, при чем надо иметь в виду, что форма и наклонение таза здесь тоже играют важную роль, являясь предрасполагающим моментом.

Не входя здесь в подробное обсуждение возникновения того или другого отклонения от правильного развития матки, что мы сделаем при разборе отдельных случаев, наметим только главные, наиболее часто встречаемые формы.

В окончательном виде предлагаемая нами классификация такая:

А. Врожденные пороки развития матки, куда мы относим уже приведенные выше разновидности согласно схемы Винтера.

В. Пороки развития матки, приобретенные в детском возрасте:

I. *Uterus hypoplasticus*, неправильность в развитии матки, возникающая в первые годы жизни девочки, при отношении длины шейки к длине тела, как 1 : 2:

1) *Uterus hypoplasticus simplex*, где матка, уменьшенная в размерах, имеет правильную антеверсию и антефлексию.

2) *Hyperanteflexio uteri hypoplastici*, когда имеется чрезмерно острый угол между телом и шейкой, открытый кпереди.

3) *Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici*, когда матка отклонена кзади, но угол между шейкой и телом открыт кпереди.

4) *Retroversio-retroflexio uteri hypoplastici*, когда имеется одновременно и отклонение и перегиб матки кзади.

II. *Uterus infantilis*, неправильность в развитии матки, возникающая в возрасте старше десяти лет, при отношении длины шейки к длине тела, как 1 : 0,75:

1) *Uterus infantilis simplex* где матка, уменьшенная в размерах, имеет правильную антеверсию и антефлексию.

2) *Hyperanteflexio uteri infantilis*, когда имеется чрезмерно острый угол между телом и шейкой, открытый кпереди.

3) *Retroversio-anteflexio uteri infantilis*, когда матка отклонена кзади, но угол между шейкой и телом открыт кпереди.

4) *Retroversio-retroflexio uteri infantilis*, когда одновременно имеется и отклонение и перегиб матки кзади.

По наблюдениям Stolper'a врожденные пороки развития матки ему пришлось наблюдать на 7.400 больных в 0,2%. Мне на моем амбулаторном материале в 16.500 больных случаев пороков развития матки, приобретенных в детском возрасте, пришлось видеть в 7,4%. Таким образом, мы видим, что случаи, относящиеся ко второй группе, встречаются значительно чаще, и поэтому практический интерес их больше, тем более, что они сопровождаются целым рядом типичных жалоб.

Так как все эти жалобы обнаруживаются обычно уже после наступления половой зрелости, т.е. после времени появления месячных, когда развитие полового аппарата уже почти закончено, то мы, конечно, получим гораздо лучшие результаты здесь не от лечения, а от профилактики. Но профилактика возможна только при том условии, если мы признаем, что эти формы неправильного развития матки возникают в детском возрасте, а не во время внутриутробной жизни плода.

Признав это, мы должны окончательно отрешиться от принятой до сих пор терминологии, например, „*hyperanteflexio uteri congenita*“, или „*retroflexio versio uteri congenita*“, несмотря на то, что в руководствах по гинекологии даже последнего времени приходится еще встречать такое безусловно неправильное определение.

На основании моих наблюдений эти неправильности в форме и положении матки распределяются в следующем взаимном отношении:

	Отдельные формы неправильного развития матки.	Число отдельных форм в %.
I-ая группа.	<i>Uterus hypoplasticus simplex</i>	15
	<i>Hyperanteflexio uteri hypoplastici</i>	11
	<i>Retroversio-anteflexio uteri hypoplast.</i>	26
	<i>Retroversio-retroflexio uteri hypoplast.</i>	21

Отдельные формы неправильного развития матки.		Число отдельных форм в о/о.
II-ая груп- па.	Uterus infantilis simplex	12
	Hyperanteflexio uteri infantilis	5
	Retroversio-anteflexio uteri infantilis	7
	Retroversio-retroflexio uteri infantilis	2



Рис. 4. Нормальная величина, форма и положение матки у взрослой женщины.

Ограничиваясь этими общими сведениями и исходя из нормального положения и формы матки, представленных на рисунке 4, перейдем к разбору отдельных случаев относящихся сюда заболеваний.

Hyperanteflexio uteri infantilis.

Больная А. Т., 19 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику она поступила четыре дня тому назад с жалобами на боли во время месячных.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла корь, других заболеваний не отмечает.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году; первый год они приходили с перерывами в два и три месяца, последние же два года они приходят через четыре недели с нередкими запозданиями на несколько дней; продолжаются они по два дня в небольшом количестве, сопровождаясь всегда болью в животе; по словам больной, эти боли начинаются за несколько часов до появления крови и продолжаются только первый день месячных, быстро затихая; боли носят тянущий характер и локализуются в нижней части живота, отдают в ноги и сопровождаются головной болью, тошнотой, иногда рвотой; последние месячные были две недели тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная начала жить шесть месяцев тому назад, при чем каких либо заболеваний в половых органах в связи с ней не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Жалобы больной сводятся к болям в связи с месячными, и она начало их связывает с появлением первых месячных, при чем боли обязательно повторяются при каждом менструальном периоде.

6. *Болела ли чем нибудь раньше?* Кроме отмеченного заболевания корью в раннем детстве, больная других заболеваний не помнит.

7. *Отправление кишечника.* Кишечник всегда работает правильно.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Мочиспускание нормально.

II. Status praesens,

1. *Данные общего исследования.* Больная брюнетка, высокого роста (165 см); ноги относительно длинные (84 см до верхнего края симфиза); ширина плеч 39 см, ширина бедер 32 см, при стоячем положении внутренние поверхности бедер не соприкасаются между собою; костный таз уклонений от нормы не представляет; вес тела равен 64 кг; подкожный жировой слой развит хорошо; грудные железы небольшой величины; кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски; на нижних конечностях волосистость выражена

несколько сильнее обычного; внутренние органы уклонений от нормы не представляют; осмотр и ощупывание брюшной области ничего ненормального не обнаружили; пульс 76 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 18 в минуту; дыхание грудного типа; температура в пределах 36,4—36,8.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на наружных половых частях расположена в виде ромба с вершиной у пупка; при раздвигании больших губ ладьевидная ямка глубокая; слизистая оболочка влагалищного входа нормальной окраски; влагалище узкое; складки слизистой оболочки выражены хорошо; влагалищная часть матки имеет вид острого конуса, несколько сплюсненного в передне-заднем размере; наружный зев имеет форму поперечной щели и обращен кзади от проводной оси таза; тело матки в антеверзии и образует с шейкой острый, открытый кпереди угол; величина матки несколько меньше нормы; при измерении зондом длина всей полости матки равняется 5 см, при чем 2,5 см приходится на длину цервикального канала и 2,5 см на длину полости тела матки; таким образом отношение длины шейки к длине тела матки, принимая толщину мышечной стенки в области дна, равной 1 см, выразится, как 1,0:1,4. подвижность матки нормальна; придатки определить не удается, в клетчатке и брюшине таза изменений нет; при исследовании зеркалом слизистая оболочка влагалища нормальной окраски; выделений из влагалища нет.

3. *Лабораторные исследования.*

а. Исследование мочи. Никаких уклонений от нормы нет, суточное количество 1800—2100 куб. см, удельный вес 1015—1018.

б. Исследование крови. Число эритроцитов 4.800.000; количество гемоглобина 75%; показатель окраски 0,9 и число лейкоцитов 7400.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищной флоры II; реакция кислая.

д. Биологических реакций произведено не было.

Итак, мы имеем в нашем распоряжении все данные, которые мы получили как из анамнеза, так и при исследовании больной, и нам остается дать им критическую оценку для того, чтобы поставить диагноз и прогноз и наметить план лечения.

Остановимся сперва на анамнезе и посмотрим, что он нам может дать для выяснения настоящего случая.

Начнем разбор анамнеза в хронологическом порядке. В раннем детстве больная, по ее словам, перенесла корь; других заболеваний она не отмечает. Хотя корь, как и всякое острое инфекционное заболевание в детском возрасте, может неблагоприятно отразиться на состоянии полового аппарата, но едва ли здесь только этим можно объяснить имеющиеся в половом аппарате уклонения.

Переходя далее ко второму важному этапу в анамнезе, именно, к периоду наступления половой зрелости, который знаменуется, главным образом, появлением месячных, мы видим, что у нашей больной они впервые пришли сравнительно поздно, на шестнадцатом году, при чем первый год они приходили с большими перерывами.

Оба эти обстоятельства до известной степени позволяют нам предположить отсталость в развитии половых органов и в частности матки. На это же указывают нам боли во время месячных, которые начали появляться с первого же менструального периода, так как мы

знаем, что механическая дисменоррея, зависящая от неправильного развития матки, обнаруживается одновременно с наступлением половой зрелости.

Следующие данные анамнеза, т. е. начало половой жизни, в этом случае не представляют особого интереса, так как по словам больной никаких нарушений в состоянии половых органов в связи с началом половой жизни не было, и поэтому отпадает всякое основание предполагать здесь возможность гонококковой инфекции, возникающей особенно часто в связи с началом половой жизни; то обстоятельство, что беременности за истекшие шесть месяцев половой жизни еще не было, может тоже быть истолковано, как доказательство неправильного развития половых органов при том, однако, условии, что в данном случае не применялись искусственные средства, затрудняющие возможность наступления беременности, и что относительное бесплодие не зависит от состояния мужа.

Подводя итоги тем данным, которые мы получили из анамнеза, мы можем сделать следующие предположения: во первых, у нашей больной, повидимому, имело место неправильное или недостаточное развитие половых органов в детском возрасте, и во-вторых, это уклонение от нормального развития в том или ином виде отразилось на состоянии матки, вызвав явления дисменорреи.

Перейдем теперь к анализу данных, полученных нами при исследовании больной, и посмотрим, насколько они могут подтвердить только что высказанные нами предположения.

Отступления от нормы, отмеченные нами при общем исследовании больной, сводятся к следующему:

Длина ног несколько превышает обычную относительную величину, так как середина женского тела совпадает с верхним краем лона, что вместе с тем определяет и длину нижних конечностей; таким образом у нашей больной длина ног должна была бы равняться 82,5 см, в то время как она равняется 84 см.; ширина плеч превышает ширину бедер несколько больше среднего, так как у женщин разница этих размеров обычно не превышает 4 см, в то время как у нашей больной она достигает 7 см.; отсутствует соприкосновение внутренних поверхностей бедер в стоячем положении; при хорошо развитом подкожном жировом слое грудные железы относительно малы; на нижних конечностях имеется усиленная волосистость.



Рис. 5. Hyperanteflexio uteri infantilis.

При гинекологическом исследовании отмечены следующие отклонения от нормы: волосистость на наружных частях развита по мужскому типу; ладьевидная ямка глубокая; влагалище узкое; влагалищная часть матки имеет вид острого конуса, несколько сплюсненного в передне-заднем размере; наружный зев имеет форму поперечной щели; тело и шейка матки образуют открытый впереди острый угол; величина

матки меньше нормальной, при чем длина всей полости равна 5 см; а длина шейки к длине тела относится, как 1:1,4. (Рис. 5).

Подводя итог всем уклонениям, отмеченным нами при исследовании больной, мы должны признать, что в данном случае она всего ближе отвечает по своей конституции так называемому интерсексуальному типу женщины, где неправильности в развитии зависят от недостаточной половой дифференцировки секреторных элементов яичника, благодаря чему и специфическая деятельность их оказывается относительно недостаточной.

Из полученных нами объективных данных нас, конечно, главным образом, должны интересовать результаты гинекологического исследования, и, оценивая их, мы видим, что они подтверждают высказанное нами на основании анамнеза предположение об имеющемся здесь недоразвитии полового аппарата и в частности матки, так как последняя меньше нормальной величины, а глубокая ладьевидная ямка и форма влагалищной части и наружного зева тоже служат доказательством этому.

Стараясь точно определить имеющееся здесь уклонение в развитии матки, мы должны его формулировать так:

Hypertanteflexio uteri infantilis, т. е. тело и шейка матки образуют острый угол, и шейка относительно слишком велика.

Как видно из сказанного, установить здесь анатомический диагноз не представляло трудностей, и нам остается только выяснить, отвечает ли он тому, что мы должны ждать здесь на основании жалоб больной, другими словами, могут ли последние быть объяснены найденными нами анатомическими изменениями.

Наша больная поступила в клинику с жалобами на боли во время месячных; такое состояние носит специальное название „*dysmenorrhoea*“, при чем последняя, как известно, может быть или воспалительной, или механической, или, наконец, психической. Под названием воспалительной дисменорреи мы понимаем боли в связи с месячными, которые зависят от того, что под влиянием предменструальной гиперемии обостряется воспалительный процесс, имеющийся в матке, придатках или вообще в области таза; отличительными признаками такой дисменорреи является то, что боли начинаются за некоторое время, иногда за несколько дней до начала выделения крови, при чем они начинаются тем раньше и выражены тем сильнее, чем острее воспалительный процесс; с появлением крови боли начинают постепенно затихать.

Так называемая психическая дисменоррея, повидимому, в большинстве случаев имеет своей причиной какую-либо психическую травму.

Под названием механической дисменорреи принято понимать боли, появляющиеся во время месячных и зависящие от наличия какого-либо препятствия, мешающего свободному выходу менструальной крови из матки. Характерным для такой дисменорреи является то, что боли возникают незадолго до появления крови, обыкновенно за несколько часов, благодаря тому, что в полости матки уже начинает скопляться менструальная кровь, растягивающая стенки матки и вызывающая болезненные сокращения ее, которые стремятся протолкнуть кровь через имеющееся препятствие; как только кровь находит себе выход, интенсивность болей резко и быстро падает.

Кроме того, существенным отличительным признаком служит то обстоятельство, что механическая дисменоррея, в громадном большинстве случаев, проявляется с приходом первых же месячных, как результат неправильного развития матки, в то время, как воспалительная ее форма обнаруживается обычно значительно позднее, являясь следствием инфекции, связанной с половой жизнью, выкидышем или родами.

Так как у нашей больной боли при месячных начинаются за несколько часов перед появлением крови и затем быстро затихают, и так как они возникли вместе с приходом первых месячных, то, на основании только что сказанного, мы можем признать, что здесь имеется механическая форма дисменорреи, тем более, что в анамнезе нет никаких указаний на какое-либо бывшее раньше инфекционное заболевание полового аппарата или на какую-либо психическую травму.

Сделав такое заключение, посмотрим, имеются ли в матке такие об'ективные признаки, которые об'ясняли бы собою задержку менструальной крови.

Как видно из данных об'ективного исследования, мы отметили следующие отклонения от нормального состояния матки: во-первых, шейка и тело матки образуют между собою острый угол, открытый кпереди, во-вторых, шейка матки относительно длиннее, чем при нормальных условиях, именно, длина шейки относится к длине тела матки, как 1 : 1,4, в третьих, влагалищная часть матки имеет коническую форму с наружным зевом в виде поперечной щели, и, наконец, величина всей матки несколько меньше нормальной, равняясь 6 см.

На основании моих личных наблюдений, дисменоррея вообще встречается в среднем в 52% случаев всех видов неправильного развития матки, возникающих в детском возрасте; однако, значительное большинство, именно, от 69% до 70% приходится как на *uterus hypoplasticus*, так и на *uterus infantilis* при условии наличности гиперантефлексии матки. Из этих данных мы должны сделать вывод, что причиной механической дисменорреи, главным образом, является перегиб матки кпереди в области внутреннего зева в то время, как относительно большая длина шейки и коническая ее форма, отличающая *uterus infantilis* от *uterus hypoplasticus*, повидимому, большого значения не имеют.

Итак, у нашей больной механической причиной дисменорреи мы должны признать только перегиб матки в области внутреннего зева, так как имеющиеся в данном случае другие признаки недоразвития матки не могут препятствовать свободному оттоку менструальной крови.

Что касается значения перегиба матки в области внутреннего зева для возникновения механической дисменорреи, то он только тогда начинает проявлять свое вредное влияние, когда угол между телом и шейкой матки становится острым; доказательство этому мы видим, во-первых, в том, что при нормальной антефлексии, когда названный угол в среднем равняется 100 градусам, более во время месячных при прочих нормальных условиях не бывает; во-вторых, на основании моих наблюдений дисменоррея при наличности ретрофлексии матки наблюдается сравнительно реже, так как здесь угол между телом и шейкой матки не достигает таких значительных степеней уменьшения, как при патологической антефлексии.

В то время, как вообще при недоразвитии матки дисменоррея наблюдается в 52% случаев, при *hyperanteflexio uteri hypop-*

lastici она встречается в 70%, а при hyperanteflexio uteri infantilis в 69%, что в совокупности составит 69,5%; другими словами можно сказать, что 17,5% случаев дисменорреи зависят от чрезмерной антефлексии; с другой стороны, при retroversio-retroflexio uteri hypoplastici дисменоррея встречается в 61% случаев, а при retroversio-retroflexio uteri infantilis в 50%, что в совокупности составит 55,5%, т.-е. на счет ретрофлексии можно отнести только 3,5%; таким образом, перегиб матки кпереди имеет в пять раз большее значение для возникновения механической дисменорреи, чем перегиб матки кзади.

Степень перегиба потому имеет влияние на возникновение дисменорреи, что, чем острее угол, тем сильнее выражено в месте перегиба прижатие внутренней поверхности передней стенки матки к задней и, следовательно, тем более затруднен отток менструальной крови из полости матки.

Уяснив себе сущность изменений в матке и причину возникновения здесь дисменорреи, мы должны задать себе вопрос, когда, почему и как возникли эти анатомические изменения в матке.

Что касается первого вопроса, то ответить на него не трудно, так как с одной стороны мы видели, что врожденными такие изменения матки быть не могут, с другой стороны дисменоррея обнаружилась у нашей больной с первым же появлением месячных, т.-е. во время наступления половой зрелости, следовательно, образование патологической антефлексии здесь должно быть отнесено к детскому возрасту.

В детском возрасте рост матки не совершается вполне равномерно; так, например, к десяти годам матка только слегка превышает размеры матки новорожденной девочки, и отношение длины шейки к длине тела выражается, как 1 : 1,1, в то время, как у шестнадцатилетней девушки длина матки в два раза больше, чем у новорожденной, а отношение длины шейки к длине тела выражается, как 1 : 2,0; поэтому для простоты терминологии я и предложил различать два типа недоразвитой матки, именно uterus hypoplasticus, относящуюся своим возникновением к возрасту до 10 лет, и uterus infantilis, относящуюся к возрасту старше 10 лет. В виду того, что по своему характеру матка нашей больной относится к типу uterus infantilis, то мы имеем возможность еще более точно определить время возникновения неправильности развития матки в данном случае и приурочить его к возрасту от 10 до 16 лет.

На второй вопрос, именно, почему здесь образовалась неправильная форма матки, мы можем ответить так: если мы сравним нормальную матку, образующую тупой, открытый кпереди угол, с гиперантефлектированной маткой у нашей больной, где шейка и тело образуют острый угол, открытый кпереди, то мы можем представить себе происхождение такого резкого перегиба матки только или как результат какой то силы, не встречающейся при обычных условиях и заставляющей растущую матку приобрести неправильную форму, или как результат слишком большой податливости мышечной стенки матки.

Так как для признания первого предположения у нас нет никаких данных, то нам приходится остановиться на втором, и мы должны представить себе, что мышечная стенка матки оказалась здесь более податливой благодаря тому, что совершающаяся после рождения ребенка инволюция матки вызвала истончение ее стенки, которое было выражено слишком сильно или продолжалось ненормально долго.

В виду того, что инволюция матки новорожденной парализуется секреторной деятельностью яичников ребенка, от которой зависит также и дальнейший рост матки, то нам приходится признать у нашей больной недостаточную интенсивность таковой.

Понижение секреторной деятельности яичников может в свою очередь зависеть от недоразвития яичников, являющегося только одним из признаков общего недоразвития организма или дистрофии вследствие наследственного сифилиса, туберкулеза и т. под., или же зависит от изолированной недостаточности функции яичников. В первом случае имеется целый ряд признаков недоразвития, рассеянных во всем организме в любом из его органов; во втором случае дело ограничивается признаками недоразвития половых органов и наличием уклонений в том или другом из вторичных половых признаков.

У нашей больной, как это видно из данных объективного исследования, нет признаков общего недоразвития организма, а отмеченные нами неправильности дают картину, всего ближе соответствующую интерсексуальному типу, возникновение которого зависит от недостаточной дифференцировки половой железы, представляющей собою образование, приближающееся к железе смешанного пола или ovotestis.

Само собою понятно, что специфическое влияние продуктов деятельности такого яичника окажется относительно недостаточной для нормального развития половых органов и для достаточного выявления соответственных вторичных половых признаков; но ответить на вопрос, отчего зависит эта недостаточная дифференцировка, не представляется возможным, так как эта аномалия относится к первому периоду внутриутробной жизни плода и должна рассматриваться, как конституциональная особенность.

Итак, поставленный нами второй вопрос, именно, почему у нашей больной образовалась неправильная форма матки, мы должны разрешить следующим, кажущимся нам наиболее вероятным образом: вследствие недостаточной секреторной деятельности яичников стенка матки слишком продолжительное время оставалась истонченной и податливой, почему нормальные внешние условия, как внутрибрюшное давление, наполнение соседних органов и тяжесть кишечных петель получили возможность проявить свое действие в большей степени, чем обычно.

Нам остается ответить только на третий вопрос, именно, каким образом возникла данная неправильность матки.

Если мы вспомним, что брюшной пресс при всяком напряжении повышает внутрибрюшное давление, и представим себе матку ребенка с ее проводной осью, наклоненной верхним концом кпереди, и с помещающимися на ее задней поверхности петлями кишек, то нам станет ясным, что при всяком физическом напряжении, связанном с сокращением мышц передней брюшной стенки, повышение внутрибрюшного давления будет стремиться наклонить кпереди и книзу верхний отдел матки. Так как в области внутреннего зева соответственно месту прикрепления к матке *ligamenta cardinalia* она имеет неподвижную точку вращения, которая делит всю матку на два неравных по своей длине колена, одно верхнее большее, представляющее собою тело матки, и другое нижнее меньшее, представляющее собою ее шейку, то естественно, что при наклонении тела матки кпереди влагалищная часть матки должна переместиться кзади, и мы будем иметь нормальную антеверсию матки. При продолжительном действии упомянутых сил и при нормальной упругости мышечной стенки матки образуется перегиб

матки кпереди в области внутреннего зева, при чем угол, приблизительно, равняется ста градусам. Но если мышечная стенка матки будет ненормально податлива, то физиологическая антефлексия матки легко может перейти в патологическую, и между телом и шейкой матки образуется острый открытый кпереди угол или гиперантефлексия.

Следовательно, гиперантефлексия матки у нашей больной должна была образоваться под влиянием давления брюшного пресса в период роста детского организма при недостаточной упругости мышечной стенки матки.

Решив таким образом, когда, почему и как развилось данное патологическое состояние матки, уяснив себе его сущность и установив зависимость жалоб больной от имеющихся анатомических изменений матки, мы получаем возможность поставить правильное предсказание и наметить план лечения.

Если целью нашего лечения в данном случае мы поставим полное устранение всех патологических изменений в половом аппарате больной, то предсказание должно быть признано неблагоприятным, так как все найденные нами изменения в матке и половых органах вообще возникли в детском возрасте, в периоде развития организма, и являются результатом недоразвития полового аппарата. Правда, принято считать, что матка сохраняет еще некоторую способность к росту до 24 или 25 лет, а нашей больной только 19 лет, однако, после наступления половой зрелости дальнейшее развитие матки выражено весьма слабо, поэтому едва ли мы можем рассчитывать в данном случае на полное излечение.

Этот случай наглядно указывает нам, что при таких условиях мы должны ожидать гораздо лучшего результата не от лечебных приемов, а от профилактических мер, состоящих в своевременном устранении тех причин, которые неблагоприятно влияют на развитие матки в детском возрасте. Но так как симптомы болезни обнаруживаются только вместе с появлением первых месячных и только тогда заставляют больную обратиться к врачу, и так как мы не имеем прямых предвестников болезни, указывающих на происходящие в половом аппарате ребенка отклонения от правильного развития, то только очень внимательное отношение к общему состоянию детского организма может дать нам возможность подметить и оценить имеющиеся налицо косвенные признаки.

Таковыми мы в настоящее время должны признать:

- во-первых, то или иное проявление общего недоразвития организма или так называемой дистрофии,
- во-вторых, недостаточную выраженность определенного пола или так называемых вторичных половых признаков,
- в-третьих, данные анамнеза, указывающие на перенесенные острые инфекционные заболевания детского возраста.

В тех случаях, когда в детстве обнаруживаются приведенные косвенные указания на возможность неправильного развития половых органов, немедленно должны быть приняты соответственные меры, чтобы устранить их причины или парализовать их действие.

Если мы целью нашего лечения поставим более скромную задачу освободить больную только от беспокоящих ее проявлений или симптомов заболевания, то предсказание будет значительно лучше.

В первом случае мы можем назвать лечение радикальным, а во втором случае только симптоматическим.

Радикальное лечение будет состоять в том, чтобы в случае общего недоразвития ребенка направить лечение на причину его вызывающую, именно, если имеется дистрофия на почве наследственного сифилиса, то должно быть назначено специфическое противосифилитическое лечение; если дистрофия вызвана наследственным туберкулезом, то должно быть предпринято общее укрепляющее лечение посредством назначения внутрь мышьяка, железа и рыбьего жира.

У тех больных, где имеется изолированная недостаточность внутренней секреции яичников, должны быть применены меры, улучшающие кровоснабжение тазовых органов, например, солено-хвойные ванны, теплые солевые клизмы, осторожная гимнастика для мышц нижних конечностей и тазового дна без напряжения брюшного пресса; для последней цели можно рекомендовать езду на велосипеде в умеренном, однако, количестве. Из внутренних средств в этих случаях будут уместны препараты из ткани яичника в виде *ovarin'a*, *ovataiden'a*, *prorogov'a*, но не *luteovag'a*; в некоторых случаях, при одновременном гипотиреозидизме, будет целесообразно вместе с препаратами из яичника назначать небольшие дозы *thyreoidin'a*, так как это вещество, являясь продуктом щитовидной железы, которая служит антагонистом яичнику, должно в небольших дозах стимулировать деятельность яичника. В подходящих случаях следует поднять вопрос о пересадке яичника.

В тех случаях, когда больная обращается к врачебной помощи в возрасте после наступления половой зрелости, результаты врачебных приемов, направленные на улучшение и усиление деятельности яичников, будут менее надежны; тем не менее от них не следует отказываться; даже, напротив, если больная живет половой жизнью, то к упомянутым мероприятиям следует прибавить горячие влагалитические орошения с прибавлением морской, крейцнахской или поваренной соли; для спринцевания следует брать большие количества жидкости, стаканов 8 или 12, но жидкость должна вытекать под небольшим давлением, для чего кружку следует вешать не выше, чем на аршин над кроватью и не открывать полную струю; температура орошений, начиная с 32 градусов Реомюра, постепенно повышается, ежедневно по одному градусу, и доводится до 36 и даже 38 градусов. Уместно также грязевое лечение.

Надо иметь в виду, что иногда половая жизнь сама по себе дает хорошие результаты, благодаря связанной с нею гиперемии полового аппарата, при чем боли во время месячных могут совершенно исчезнуть; беременность же является здесь наиболее могучим лечебным средством; однако, как известно, наступление беременности вообще затруднено при всех видах недоразвития матки, а на основании моих наблюдений, кроме того, оказывается, что имеющаяся у нашей больной форма недоразвития матки в виде *hyperanteflexio uteri infantilis* стоит вместе с *retroversio-retroflexio uteri infantilis* на первом месте среди других форм недоразвития, давая всего 7% беременности, что, вероятно, зависит и от относительно большой величины влагалитической насти и от острого угла между шейкой и телом матки.

Симптоматическое лечение у больных, страдающих *hyperanteflexio uteri infantilis*, должно состоять в устранении главных жалоб, которыми являются дисменоррея и бесплодие.

Остановимся сначала на дисменоррее. Из лекарственных веществ, действующих только болеутоляющим образом, можно указать на *salipurinum*, *aspirinum*, *pyramidonum*, *apiolum*, *eumenolum* и некоторые

чисто наркотические вещества, как, например: морфий, опий и т. п. Лично я наиболее надежные результаты получаю от применения салипирина или аспирина, назначая тот или другой препарат три раза в день в количестве 0,5, начиная с того момента, как только больная замечает приближение болей. Чтобы усилить действие лекарства, следует одновременно применять резиновый пузырь с горячей водой на низ живота.

Более надежные и стойкие результаты к устранению болей дает оперативное вмешательство, которое состоит в уничтожении тем или иным путем сужения в области внутреннего зева, которое, как мы видели, зависит от слишком резкого перегиба матки кпереди.

С этой целью Александровым предложен способ, состоящий в том, что посредством передней кольпотомии делают себе доступной переднюю стенку матки и в области перегиба соответственно внутреннему зеву вырезают из толщи мышечной стенки матки четырехугольную пирамиду, обращенную своей вершиной в глубину стенки и имеющую основание в виде ромба; края ромба соединяются швами таким образом, что рубец получает направление по длиннику матки, благодаря чему передняя стенка матки удлиняется, и угол между телом и шейкой матки становится менее острым.

Хотя этот способ должен коренным образом устранить перегиб матки кпереди, но он довольно сложен и, вероятно, поэтому не нашел широкого распространения.

Гораздо охотнее пользуются приемами, направленными на непосредственное расширение внутреннего зева. Самым простым из них будет расширение при помощи дилататоров Гегара или же ламинарий; однако, эффект от такого расширения исчезает очень скоро, поэтому мы этим способом никогда не пользуемся как самостоятельным, а комбинируем его с кровавым расширением внутреннего зева по методу, предложенному Калиновским. Состоит он в следующем: сперва цервикальный канал расширяется дилататорами Гегара до пятого или шестого номера, затем узким тупоконечным ножом Потта делается крестообразно четыре надреза в области внутреннего зева, и расширение продолжается до восьмого или девятого номера, после этого острой кюреткой выскабливается область внутреннего зева, и цервикальный канал туго тампонируется марлевой полоской, которая удаляется через сутки.

Этот способ давал нам всегда хорошие результаты в тех случаях, где боли были вызваны сужением в области внутреннего зева, безразлично имелась ли *hyperanteflexio uteri hypoplastici* или *hyperanteflexio uteri infantilis*. Однако, при последней форме нередко оказывается чрезвычайно трудно пройти через внутренний зев, благодаря значительной длине шейки матки, не только расширителем, имеющим небольшую кривизну, но и сильно изогнутым маточным зондом; а так как форсированное зондирование в таких случаях легко может повести к прободению задней стенки матки в области ее перегиба, то для предупреждения этой опасности я с успехом пользовался предварительным разрезом задней губы влагалищной части по средней линии, что всегда очень облегчало проведение зонда через место сужения.

Что касается нашего лечения, направленного на устранение бесплодия, то, признавая зависимость его в равной мере, как от гиперантефлексии, так и от большей величины влагалищной части, мы должны стремиться устранить обе эти причины.

Уяснить себе влияние гиперантефлексии на возникновение бесплодия не трудно, так как связанное с нею сужение в области внутреннего зева может затруднять проникновение сперматозоидов в полость матки; несколько сложнее объяснить влияние ненормально большой длины влагалищной части; вероятно, это зависит от того, что при этих условиях наружный маточный зев отстоит сравнительно далеко от заднего свода влагалища, где скопляется сперма, и это обстоятельство затрудняет сперматозоидам возможность проникнуть в цервикальный канал; подтверждение такому предположению мы с особой наглядностью видим, сопоставляя одни и те же разновидности группы *uterus infantililis* и *uterus hypoplasticus*; так, например, при *retroversio-anteflexio uteri hypoplastici* среди наблюдавшихся мною больных имели в анамнезе беременность 34%, а при *retroversio-anteflexio uteri infantililis* только 18%, далее, при *retroversio-retroflexio uteri hypoplastici* беременность была отмечена в 25%, в то время, как при *retroversio-retroflexio uteri infantililis* она была отмечена только в 7%.

Итак, для устранения бесплодия мы должны, во-первых, облегчить сперматозоидам проходимость через отверстие внутреннего зева и, во-вторых, сделать влагалищную часть матки менее длинной.

Первого мы достигаем тем же приемом, которым мы пользовались для лечения механической дисменореи, т.е. кровавым расширением внутреннего зева по способу Калиновского.

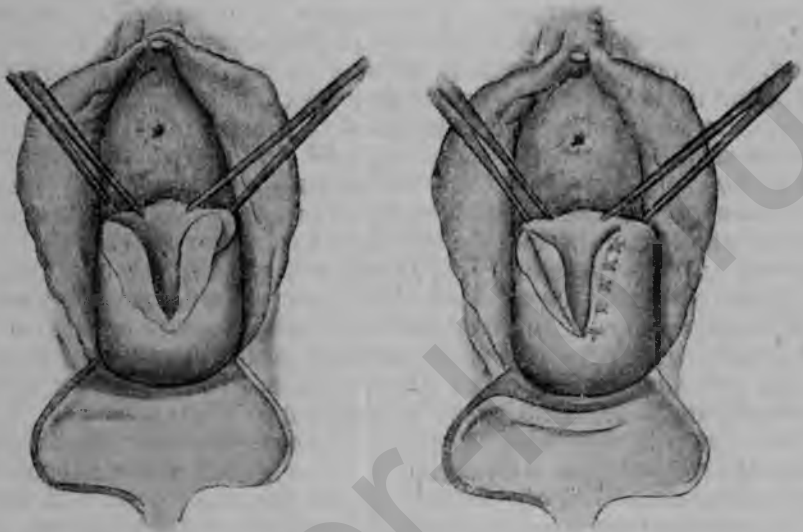
Для достижения второй задачи часто пользуются отсечением определенного участка влагалищной части матки при помощи термокаутера или ножа. Второй способ предпочтительнее, так как не оставляет после себя рубцовых изменений. Состоит он в следующем: сперва производятся два боковых разреза влагалищной части на желаемой высоте, затем от передней и от задней губы влагалищной части отсекаются куски определенной величины таким образом, что основания их имеют форму треугольника, вершиной обращенного кверху; затем края разрезов соединяются тонкими шелковыми или кэтгутowymi швами.

Прежде, при удлиненной конической влагалищной части матки не редко производили кровавое расширение цервикального канала, делая по предложению Simson'a боковые разрезы шейки; в настоящее время этот способ почти всеми оставлен, так как благодаря такому рассечению влагалищной части образуется выворот слизистой оболочки цервикального канала или *ectropion*, вызывающий катаральное состояние последней, тем более, что этим путем достаточно облегчается проникновение сперматозоидов в цервикальный канал.

В тех случаях, когда удлинение влагалищной части выражено не особенно сильно, можно ограничиться рассечением задней губы влагалищной части матки, благодаря чему наружный зев приобретает удлиненную в передне-заднем направлении форму, и верхний его край приближается к заднему своду влагалища.

Детали техники этого оперативного вмешательства состоят в том, что после рассечения задней губы влагалищной части по средней линии настолько, что верхний конец разреза немного не доходит до места прикрепления заднего свода к влагалищной части, из каждой половинки задней губы вырезается на месте, соответствующем срединному разрезу, по небольшому треугольному кусочку ткани, благодаря чему облегчается сближение края разреза слизистой оболочки цервикального канала с краем разреза слизистой оболочки, покрывающей влагалищную часть.

Многу этот способ был применен в 80 случаях бесплодия, стоящего в связи с той или иной формой неправильного развития матки, при чем он дал следующие результаты: при различных видах *uterus infantilis* беременность вообще наблюдается только в 10% случаев, а после применения названной операции число беременностей возросло до 17% или на 7% стало больше.



Рассечение задней губы
влагалищной части.

Иссечение треугольных
кусочков ткани и наложение швов.

Рис. 6. *Discisio labii posterioris portionis vaginalis.*

Переходя к лечению нашей больной, мы, для устранения механической дисменорреи и для облегчения наступления беременности, остановимся на кровавом расширении внутреннего зева и рассечении задней губы влагалищной части матки; кроме того, в виду сравнительно молодого возраста больной, имеется некоторое основание рассчитывать на то, что применение соответствующих мероприятий еще может благоприятно повлиять на дальнейшее развитие матки. Из таких мероприятий вполне показанными должны считаться горячие влагалищные спринцевания с прибавлением морской или крейцнахской соли (доводя температуру постепенно до 38 градусов Реомюра); как уже было упомянуто выше, такие горячие влагалищные орошения должны производиться лежа в постели, при чем кружка должна помещаться не высоко над кроватью, не выше $\frac{1}{2}$ —1 аршина, а жидкости следует брать не менее 6 или 8 стаканов.

Кроме того, следует назначить внутрь препараты яичника в виде *ovagin'a* или *proprova'a*. Эти препараты применяются нами в виде таблеток внутрь по 0,3 или 0,5 три раза в день или в виде капель, по 40 капель 2 раза в день, при чем это средство больная должна принимать в течение нескольких месяцев, делая время от времени небольшие перерывы.

Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici.

Перейдем теперь к истории болезни следующей больной.

Больная Н. К., 26 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Новгородской губернии, русская.

В клинику она поступила неделю тому назад, с жалобами на бесплодие и на бели.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В детстве, в возрасте от 6 до 8 лет, она перенесла корь и скарлатину в тяжелой форме.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году, установились сразу и приходят обычно через четыре недели, продолжаясь 3 или 4 дня, без болей, в умеренном количестве; последние месячные кончились только что.

3. *Начало половой жизни.* Половую жизнь больная начала с восемнадцати лет и каких-либо заболеваний половых органов в связи с этим она не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Года три тому назад больная начала замечать появление из влагалища выделений, которые оставляют пятна на белье.

6. *Болела ли чем нибудь раньше?* Кроме упомянутых заболеваний, перенесенных в детстве, она других не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Сколько больная себя помнит, всегда наблюдалась склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Мочеиспускание нормально.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная блондинка среднего роста (158 см), правильного телосложения и удовлетворительного питания (вес 56,8 кг.), жировой подкожный слой развит умеренно; кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют; пульс 74—78 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 16—18 в минуту правильного типа, температура держится в пределах 36,5—36,8. При осмотре и ощупывании брюшной области ничего ненормального не обнаружено; грудные железы развиты умеренно; кишечник не вздут, но наполнен каловыми массами.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на наружных половых частях развита правильно; большие и малые губы, а также влагалищный вход никаких уклонений от нормы не предста-

вляют. При раздвигании половой щели из влагалища выделяется небольшое количество желтоватых слизисто-гнойных выделений. Влагалище довольно узкое, слизистая оболочка его без особых изменений; передний влагалищный свод слабо выражен, плоский; задний свод глубокий, но узкий. Влагалищная часть матки имеет форму усеченного конуса; наружный зев круглый, смещен кпереди от проводной оси таза; тело матки средней величины, правильной формы; оно отклонено кзади настолько, что ось тела матки совпадает с проводной осью таза; между шейкой и телом матки имеется открытый кпереди угол, по величине, приблизительно, соответствующий нормальному; вывести тело матки кпереди удастся не легко. Придатки матки, брюшина и клетчатка таза без заметных изменений. При осмотре зеркалом вокруг наружного зева определяется эрозия в виде красноватого кольца шириною в половину сантиметра; из цервикального канала выступает слизисто-гнойная пробка, с трудом поддающаяся удалению. При измерении зондом длина полости всей матки равняется 5,6 см, при чем длина цервикального канала равна 2,2 см, а длина полости тела матки равна 3,4 см; таким образом, принимая толщину мышечной стенки в области дна матки, равной 1 см, мы получим отношение длины шейки матки к длине ее тела, равное 2,2 : 4,4 или 1 : 2.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи. Никаких отклонений от нормы нет; суточное количество 1.600—2.000 к. с., удельный вес 1015.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равно 4.600.000. количество гемоглобина 82%, показатель окраски 0,9, число лейкоцитов 7.600.

в. Бактериологическое исследование. Бактериологическое исследование выделений из влагалища и цервикального канала обнаружило присутствие представителей нормальной флоры влагалища, гонококка не обнаружено, степень чистоты влагалищного содержимого II; реакция кислая.

г. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

Постараемся теперь дать оценку всем данным, полученным нами, как из анамнеза, так и при исследовании больной, и начнем с первого.

Проследив внимательно анамнез в последовательном порядке, мы видим, что в детстве больная перенесла корь и тяжелую скарлатину, которые могли отразиться на состоянии ее половых органов; несмотря на это, половая зрелость наступила на шестнадцатом году и никакими расстройствами со стороны месячных не сопровождалась.

Начало половой жизни, с которым часто бывает связано возникновение гонорройной инфекции, здесь не дает нам никаких на нее указаний; наконец, беременности до сих пор у больной не было, несмотря на 8 лет замужества, так что вместе с этим отпадает возможность целого ряда инфекционных заболеваний полового аппарата, которые бывают связаны с родами или выкидышем.

Таким образом, мы видим, что анамнез, кроме перенесенных в детстве острых инфекционных заболеваний, не дает нам других указаний на причину возникновения тех жалоб, с которыми больная к нам обратилась, т. е. на бесплодие и бели.

Перейдем теперь к оценке полученных нами данных при исследовании больной. Результаты общего исследования больной не обнаружили никаких неправильностей в состоянии ее организма, кроме некоторого переполнения кишечника, зависящего от склонности к запо-

рам, которая наблюдалась всегда. При специально гинекологическом исследовании мы можем отметить следующие отклонения от нормы: влагалище несколько уже нормального; передний его свод слабо выражен, плоский; задний свод глубокий, но узкий; матка имеет неправильное положение, так как ее тело отклонено кзади, а влагалищная часть кпереди от проводной оси таза, при чем, однако, угол между шейкой и телом открыт кпереди; другими словами, матка находится в положении ретроверзии и антефлексии; подвижность матки не вполне свободна; при осмотре зеркалом на влагалищной части матки вокруг наружного зева имеется эрозия и, кроме того, из цервикального канала выделяется в небольшом количестве слизисто-гнойный, вязкий секрет.

Что касается лабораторных исследований, произведенных в настоящем случае, то моча и кровь не обнаружили никаких отклонений от нормального состояния, а при исследовании выделений из цервикального канала и влагалища в них найдены только представители нормальной флоры полового аппарата.

Из сказанного мы видим, что в данном случае имеется ряд признаков, указывающих на не вполне правильное и недостаточное развитие половых органов, именно, узость влагалища и форма его сводов; далее, здесь имеется неправильное положение матки, которое в виду явлений недоразвития, только что приведенных, и небольших размеров матки может с известным правом быть признано возникшим в детском возрасте; наконец, наличие эрозии и выделений из цервикального канала говорит за воспалительный процесс или эндоцервицит. Таким образом, анатомический диагноз в этом случае может быть нами сформулирован следующим образом:



Рис. 7. Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici.

Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici; endocervicitis.

Для того, чтобы установить зависимость между найденными нами анатомическими изменениями в половом аппарате нашей больной и ее жалобами, мы должны выяснить более подробно причину, способ и время возникновения этих изменений, т.-е. мы должны постараться ответить на вопросы: когда, почему и как они образовались.

При решении вопроса о времени возникновения неправильного положения матки мы должны, во-первых, признать, что оно возникло уже после рождения, так как мы уже видели, что врожденными такие отклонения матки быть не могут, во-вторых, мы имеем основание думать, что здесь ретроверзия матки образовалась до наступления срока половой зрелости, так как после этого периода отклонения матки кзади развиваются почти исключительно в связи с родами или выкидышем, как результат недостаточной обратной инволюции матки, у нашей же больной ни того, ни другого в анамнезе нет.

Объяснить себе причину ретроверзии матки у нашей больной мы должны тем, что она связана с известной степенью недоразвития полового аппарата вообще, а последнее, вероятно, зависит от недостаточной секреторной деятельности яичников, так как признаки недоразвития ограничиваются здесь только половым аппаратом.

Допустить здесь недостаточность секреторной деятельности яичников мы имеем известное основание, вспомнив анамнез, где больная нам указывала, что в раннем детстве, когда ей было около семи лет, она перенесла корь и тяжелую скарлатину.

Хотя вопрос о вредном влиянии острых инфекционных заболеваний детского возраста на состояние полового аппарата и в частности яичников изучен еще не достаточно, но, что это влияние существует, не подлежит никакому сомнению, при чем это влияние может проявляться двояким путем: или инфекционное заболевание вызывает общее тяжелое истощение всего организма, а вместе с тем и яичников, нарушая их правильную внутрисекреторную работу, или оно непосредственно дает очаги воспаления в том или ином отделе полового аппарата; так, например, при скарлатине описаны случаи воспаления паренхимы яичника.

Последний вопрос, именно: способ возникновения ретроверзии матки, в данном случае разрешается определенным образом, если мы примем в расчет имеющиеся здесь явления недоразвития в половом аппарате нашей больной вообще.

При исследовании больной мы отметили, что влагалище у нее узкое, что передний влагалищный свод плоский, и что передняя губа влагалищной части матки, благодаря этому, слабо выражена, в то время, как задний свод влагалища глубокий, но узкий. Так как при обращенной к лону влагалищной части матки расстояние между местом прикрепления нижнего края передней стенки влагалища в области влагалищного входа и местом прикрепления ее верхнего края в области переднего свода должно быть меньше, чем при обычных условиях, то при нормальной длине влагалищной стенки должен образоваться избыток ее, и она должна нависать, выпячиваясь несколько из влагалищного входа; однако, при исследовании нашей больной этого мы не нашли, и поэтому мы должны заключить, что длина передней влагалищной стенки здесь меньше обычного. Мы видим, следовательно, что недоразвитие полового аппарата нашей больной в значительной степени отразилось на состоянии влагалища и выразилось в его узости и короткости передней стенки.

Посмотрим, насколько эти отклонения от нормы могли повлиять на положение матки.

Если мы представим себе матку и влагалище девочки в возрасте семи или восьми лет, когда матка успела снова достигнуть той величины, которую она имела к моменту рождения ребенка, и допустим, что к этому времени она будет находиться в состоянии нормальной антеверзии и антефлексии, то, считаясь с особенно интенсивным ростом половых органов в возрасте, близком к периоду наступления половой зрелости, мы найдем, что при неравномерно быстром росте матки и влагалища это должно отразиться на их взаимном расположении. Отстающее в росте влагалище, оставаясь коротким и узким, будет удерживать влагалищную часть матки ближе к лону; благодаря этому, влагалищная часть окажется со временем, в зависимости от прогрессирующего увеличения объема таза, перемещенной из крестцовой

впадины кпереди от проводной оси таза, а тело матки должно будет переместиться кзади от последней; другими словами, получается ретроверзия матки.

Как одно из доказательств того, что ретроверзия матки у нашей больной образовалась в периоде, близком к наступлению половой зрелости, а не в первые годы жизни ребенка, можно привести то обстоятельство, что, несмотря на ретроверзию, матка сохранила свою нормальную антефлексию; это могло оказаться возможным только при том условии, что матка пришла в состояние ретроверзии уже после того, как она успела оправиться от атрофии, совершающейся в ней в первое время после рождения ребенка, и после того, как стенка ее достаточно окрепла; в противном случае, под тяжестью кишечных петель, помещающихся при ретроверзии матки на ее передней поверхности, и под влиянием внутрибрюшного давления должна бы была развиться также и ретрофлексия.

Таким образом, мы должны прийти к заключению, что недоразвитие матки у нашей больной в виде *uterus hypoplasticus* возникло раньше, а разновидность в виде *retroversio-anteflexio* развилась в более поздние годы детского периода.

Постараемся теперь выяснить время, причину и способ возникновения имеющих в половых органах нашей больной воспалительных изменений, проявившихся в виде эндоцервицита.

Сама больная указывает, что бели появились у нее около трех лет тому назад; следовательно, мы должны отнести начало воспалительного процесса в слизистой оболочке цервикального канала к этому времени.

Причина возникновения эндоцервицита, как известно, может зависеть или от инфекции, проникающей в цервикальный канал извне со стороны влагалища, или от неправильного кровообращения в области таза, вызывающего застойную гиперемию.

Говоря об инфекции, прежде всего имеют в виду гоноррею, но здесь ее не трудно исключить, как на основании отрицательного результата при исследовании выделений на присутствие в них гонококков, так и вследствие отсутствия каких либо объективных данных в половых органах, указывающих на перенесенную гоноррею, например, *macula gonorrhoeica*; наконец, и в анамнезе больной нет характерных для гонорреи жалоб на режущие боли при начале мочеиспускания, и появление белей не совпало с началом половой жизни.

Кроме гонококка, инфекционный эндоцервицит может быть вызван целым рядом других микроорганизмов, являющихся случайными обитателями влагалища; однако, для того, чтобы попадающие в цервикальный канал из влагалища микробы могли вызвать здесь воспалительный процесс в слизистой оболочке, необходимы предрасполагающие к этому обстоятельства, как, например, травма во время родов или застойная гиперемия с усиленной трансудацией и изменением кислой реакции влагалищного секрета в нейтральную или щелочную. Что касается клинической картины хронического эндоцервицита инфекционного происхождения, то она едва ли чем отличается от эндоцервицита, являющегося результатом застойной гиперемии. Как там, так и здесь, на первый план выступает появление характерных слизистых или слизисто-гнионых выделений, являющихся результатом гиперсекреции желез слизистой оболочки цервикального канала и содержащих примесь клеток эпителия влагалища, белых кровяных шариков и различных бактерий.

Как видно из анамнеза, мы не находим каких-либо прямых указаний на причину возникновения здесь эндоцервицита. Наличие ретроверзии матки в данном случае не может быть рассматриваема, как причина застойной гиперемии, так как неправильное положение матки образовалось еще в периоде роста организма и полового аппарата, и, таким образом, сосудистая система тазовых органов могла приспособиться к имеющимся условиям; поэтому, нельзя в этом отношении проводить аналогию между ретроверзией, развившейся в детском возрасте, и ретроверзией, образовавшейся в зрелом возрасте женщины, обычно в связи с родами или выкидышем, так как в последнем случае неправильное положение матки развивается быстро, вызывает перегиб широких маточных связок и затруднение оттока венозной крови из матки; при этих условиях застойная гиперемия распространяется на всю матку и проявляется не только гиперсекрецией желез слизистой оболочки тела и шейки матки, но, главным образом, явлениями меноррагии.

В настоящем случае развитие эндоцервицита скорее всего приходится поставить в связь с наклоном к запорам, которая по словам больной наблюдалась постоянно, начиная с детского возраста. Как известно, та или другая форма недоразвития половых органов часто сопровождается недостаточным развитием кишечника, которое проявляется относительно большей длиной кишечного канала и слабостью мускулатуры кишечных стенок. Совокупность этих условий затрудняет правильное передвижение кишечного содержимого, вызывает скопление каловых масс, а это, в свою очередь, нарушает правильное кровообращение, как в кишечнике, так и вообще в тазовой области. Таким образом, мы находим у нашей больной достаточные основания для возникновения застойной гиперемии, постепенно распространившейся и на матку вместе со слизистой оболочкой цервикального канала; набухшая слизистая оболочка теряет свою нормальную сопротивляемость вредному действию находящихся всегда во влагалище и нижних отделах цервикального канала бактерий, и изменения в слизистой оболочке приобретают смешанный характер застойно-инфекционного процесса.

Из сказанного мы видим, что эндоцервицит не стоит здесь в непосредственной связи с неправильностью в развитии и положении матки, но что имеется только косвенная зависимость постольку, поскольку наклонность к запорам объясняется имеющимися явлениями недоразвития.

Выяснив сущность найденных нами анатомических изменений в половых органах нашей больной и способ их возникновения, посмотрим, насколько они могут объяснить собою главную жалобу больной на бесплодие.

Вопрос может идти здесь о влиянии, во-первых, данной формы недоразвития матки в виде *uterus hypoplasticus*, во-вторых, неправильного положения матки в виде *retroversio-anteflexio* и в-третьих, воспалительных изменений в виде эндоцервицита.

Что касается значения недоразвития матки при бесплодии, независимо от формы и положения матки, то на основании моих наблюдений эта жалоба наблюдается в среднем в 84% всех случаев, при чем *uterus hypoplasticus* дает 78%, а *uterus infatilis* 89%. Таким образом, уже наличие недоразвития матки сама по себе в достаточной степени могла объяснить жалобу больной на бесплодие.

Посмотрим далее, насколько здесь играет роль неправильное положение матки. Сравнивая между собою различные разновидности *uterus hypoplasticus* оказывается, что по полученным мною данным *retroversio-anteflexio uteri hypoplastici*, имеющаяся у нашей больной, дает наименьшее количество случаев бесплодия, т. е. 66%, и, следовательно, приходится прийти к заключению, что данная неправильность положения матки большого значения не имеет.

Наконец, не может вызывать сомнения, что эндоцервицит в большей или меньшей степени затрудняет возможность зачатия, так как сперматозоиды должны преодолевать большие трудности, проникая в цервикальный канал при гиперсекреции желез его слизистой оболочки.

Теперь, зная зависимость бесплодия у нашей больной от той или иной неправильности в состоянии ее полового аппарата, мы получаем возможность установить предсказание и наметить план лечения.

Предсказание в данном случае не может считаться благоприятным, так как мы можем устранить только одну, менее серьезную причину, затрудняющую наступление зачатия, именно эндоцервицит, в то время, как главная причина, т. е. недоразвитие матки, в возрасте нашей больной устранено быть не может. Однако, надо иметь в виду, что, оценивая предсказание при бесплодии, мы всегда должны помнить значение в этом вопросе состояния мужа, поэтому обязательно должно быть произведено исследование его спермы на содержание сперматозоидов и их подвижности.

Переходя к лечению нашей больной, мы начнем с устранения эндоцервицита. Для этого нам, во-первых, необходимо привести в порядок кровообращение в тазовой области; а так как застойная гиперемия здесь зависела от хронических запоров, то нам прежде всего с ними и придется бороться. Для того, чтобы урегулировать работу кишечника, следует назначить соответственную диету, при чем здесь приходится считаться с индивидуальными особенностями каждого случая, а не придерживаться определенного шаблона, т. к. в одном случае удастся получить прекрасные результаты от назначения молока и молочных блюд, в другом случае, наоборот, хорошую услугу дает тяжелая пища в виде черного хлеба, гречневой каши, капусты и т. д.; нередко хорошее действие оказывает стакан прохладной кипяченой воды, выпиваемый ежедневно утром натощак. Если названных мероприятий недостаточно, то приходится прибегать к назначению легких слабительных, тонизирующих кишечник, в виде препаратов *cascastra sagrada* и подобных, или назначать систематически клизмы.

Чтобы устранить явления застойной гиперемии, можно рекомендовать тепловатые солено-хвойные ванны, температурою в 28—29 градусов, продолжительностью в 10—15 минут, раза два или три в неделю; кроме того, следует назначить легкую гимнастику для мышц передней брюшной стенки и области таза.

Воспалительные изменения в слизистой оболочке цервикального канала легче всего могут быть устранены посредством смазывания цервикального канала два или три раза в неделю 5% раствором *argenti nitrici* при помощи зонда Плейфера. Для устранения слизисто-гнойных выделений назначаются ежедневные влагалитические спринцевания в 28—30 градусов с прибавлением каких-либо легких дезинфицирующих средств или соды.

Перечисленными мероприятиями и ограничится лечение в данном случае, т. к. мы уже отметили, что недоразвитие матки в возрасте нашей больной не может быть устранено, а неправильное положение матки не влияет на возможность зачатия и потому не требует лечения.

Однако, касаясь вопроса о том, следует ли здесь исправлять положение матки, мы сталкиваемся с принципиальным вопросом, требует ли всякая ретроверзия матки исправления или нет. Хотя на этот счет сейчас еще нет полного единства взглядов, однако, мы присоединяемся к мнению, разделяемому большинством и сводящемуся к тому, что ретроверзии матки, развившиеся после того, как женщина достигла зрелого возраста, обязательно требуют исправления, в то время, как ретроверзии матки, образовавшиеся в детском возрасте, требуют исправления только в исключительных случаях, когда к тому есть специальные показания.

Эта точка зрения оправдывается тем, что в первом случае ретроверзия матки вызывает перегиб широких маточных связок, благодаря чему затрудняется свободный отток венозной крови из матки; во втором же случае положение широких связок принимает определенное положение одновременно с положением матки, вследствие чего и расположенные в связках сосуды постепенно приспособляются к данным условиям.

Retroversio-retroflexio uteri infantilis.

История болезни третьей больной, относящейся к этой же группе, такова:

Больная Р. Н., 32 л., девица, учительница, урож. Ленинграда, русская.

В клинику она поступила около недели тому назад с жалобами на боли в крестце, усиливающиеся перед месячными, на неправильные месячные и на бели.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В детстве больная перенесла дифтерит.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году и затем, после перерыва в полгода, стали приходить каждые четыре недели, продолжаясь по четыре дня не обильно и без болей; с двадцати трех лет тип месячных постепенно изменился, они стали приходить через три недели, а иногда и чаще, сделались обильнее и продолжительнее, затягиваясь на шесть и даже восемь дней, за последние пять лет появились боли перед месячными и во время них, отдающие главным образом в крестце; последние месячные кончились неделю тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная вовсе не жила.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Как уже было упомянуто, с двадцати-трехлетнего возраста больная отмечает изменения со стороны месячных в виде дисменорреи и меноррагии; одновременно появились также бели, усиливающиеся перед месячными.

6. *Болела ли чем-нибудь раньше?* Кроме перенесенных в детстве кори и дифтерита других заболеваний больная не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Наблюдается постоянная склонность к запорам, которые усиливаются перед месячными.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Уклонений от нормы нет.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная темная шатенка, выше среднего роста (162 см), умеренного питания (вес 58 кг); кожные покровы и слизистые оболочки бледны; подкожный жировой слой развит слабо; грудные железы небольшие, дряблые; грудная клетка длинная, узкая и плоская; эпигастральный угол острый; ребра легко можно пересчитать, десятое ребро свободное, шея длинная, плечи как бы свисают, лопатки расположены крыловидно; позвоночник в верхнем отделе слегка кифотически искривлен, в поясничном отделе лордоз выражен слабо; наклонение таза 52 гр.; конечности со слабо развитой мускулатурой; стопа плоская; брюшные органы имеют наклонность к опущению; пульс 76 ударов в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 16 в минуту, дыхание грудного типа; температура в пределах от 36,2 до 36,5.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на половых частях развита правильно; большие губы выражены слабо, малые губы выступают из за них; при раздвигании половой щели влагалищный вход узкий; окраска слизистой оболочки его бледна и слегка цианотична; девственная плева едва пропускает конец мизинца; из влагалища выделяются в умеренном количестве жидкие желтоватые бели. Внутреннее исследование приходится производить через прямую кишку, при чем удается определить несколько удлиненную плотную влагалищную часть матки с наружным зевом, направленным по проводной оси таза; тело матки резко отклонено кзади и образует с шейкой открытый кзади угол; оно несколько плотнее обычного и болезненно при давлении; величина его немного больше нормальной; вывести матку из ее неправильного положения не удастся. Придатки не определяются. В клетчатке и брюшине таза каких либо изменений нет.

3. *Лабораторные исследования.*

а. *Исследование мочи.* Суточное количество 1800—2200 к.см, удельный вес 1017; реакция слабо кислая; никаких патологических форменных или химических элементов не обнаружено.

б. *Исследование крови.* Число эритроцитов равно 4.200.000, количество гемоглобина равняется 64%; показатель окраски 0,74; число лейкоцитов 7800.

с. *Бактериологическое исследование.* Бактериологическое исследование выделений из влагалища обнаружило присутствие представителей обычной флоры влагалища, с преобладанием кокков; степень чистоты влагалищного содержимого III; реакция слабо кислая.

д. *Биологические реакции.* Таковых произведено не было.

Нам предстоит теперь дать оценку всем данным, полученным как из анамнеза, так и при исследовании больной.

Начнем с анамнеза и проследим его внимательно в последовательном порядке.

Остановившись на его первом этапе или периоде детского возраста, мы видим, что больная перенесла дифтерит, но, повидимому, это не отразилось на развитии и состоянии полового аппарата, так как половая зрелость наступила своевременно, и месячные в первые годы имели правильный тип и характер. Таким образом, мы можем признать, что к моменту наступления половой зрелости воспалительных изменений в половых органах не было. Что же касается вопроса о состоянии полового аппарата в смысле его развития, то мы можем исключить с известной вероятностью только те формы неправильного развития его, которые так или иначе отражаются на типе и характере месячных, вызывая появление дисменорреи и олиго- или аменорреи, — как, например, гиперантефлексия матки или резкое ее недоразвитие.

Отсутствие половой жизни, а, следовательно, и беременности, в значительной степени исключает вероятность инфекции, по крайней мере некоторыми видами микроорганизмов, именно гонококками и гноеродными микробами, так как заражение гонорреей обычно связано с половой жизнью, а стрептококковая или стафилококковая инфекция чаще всего бывает связана с родами или выкидышем.

Приведенные данные заставляют нас признать, что анамнез в этом случае не позволяет нам в достаточной степени выяснить причину болезненного состояния больной.

Посмотрим, насколько в этом отношении нам могут помочь те данные, которые нами получены при исследовании больной.

Результаты общего исследования сводятся к некоторым признакам малокровия, проявляющимся в бледности кожных покровов и слизистых оболочек; это подтверждается также при исследовании крови, обнаружившем довольно значительное уменьшение количества гемоглобина до 64% при показателе окраски, равном 0,74, в то время, как число эритроцитов уменьшено незначительно и равняется 4.200.000; таким образом, в данном случае мы можем признать наличие малокровия в виде „*oligochromaemia*“.

Кроме того, общий вид больной, форма грудной клетки и позвоночника, наличие плоской стопы и подвижного десятого ребра дают нам в данном случае яркую картину женщины астенического типа без резких признаков недоразвития в половом аппарате, при чем имеющиеся в нем неправильности сводятся к следующему: при гинекологическом исследовании мы, во-первых, должны отметить неправильную форму и положение матки; как нами было указано, тело матки образует с шейкой открытый кзади угол, и, следовательно, мы имеем здесь ретрофлексии матки; кроме того, тело матки оказывается резко отклоненным кзади, в то время, как влагалищная часть матки располагается так, что наружный зев направлен по проводной оси таза, другими словами, матка помимо ретрофлексии находится также в состоянии ретроверзии; наконец, влагалищная часть матки несколько удлинена; во-вторых, мы обратили внимание на то, что консистенция, как шейки, так и тела матки несколько плотнее нормы, при чем последнее кроме того болезненно при ощупывании и немало увеличено; в-третьих, при осмотре наружных половых частей и влагалищного входа определяется недостаточное развитие больших губ не прикрывающих собою малые губы, а также синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа; в-четвертых, наконец, при раздвижении половой щели из влагалища выделяются в умеренном количестве жидкие желтоватые бели, которые при бактериологическом исследовании обнаружили только присутствие представителей обычной флоры влагалища с преобладанием кокков.

Кроме упомянутых уже лабораторных исследований крови и влагалищных выделений было произведено исследование мочи, которое не обнаружило ничего ненормального.

Подводя итоги только что приведенным нами данным как общего, так и специально гинекологического исследования, мы прежде всего должны констатировать, что имеем в настоящем случае больную резко выраженного астенического типа, при чем найденные в половом аппарате неправильности могут быть распределены на две группы. К первой приходится отнести неправильности в форме и положении матки, которые скорее всего надо рассматривать, как проявление того же астенического состояния, выражающегося в недостаточном тоне свя-



Рис. 8. Retroversio-retroflexio uteri infantilis.

зочного аппарата матки и ее мышечной стенки, что и повело к возникновению ретроверзии-ретрофлексии матки; ко второй группе следует отнести ненормальную плотность тела и шейки матки, увеличение и болезненность тела матки и, наконец, выделения из влагалища, причем все эти признаки должны рассматриваться, как следствие хронического воспалительного процесса.

Таким образом, мы можем наш гинекологический диагноз в данном случае формулировать следующим образом:

Retroversio-retroflexio uteri infantilis; metro-endo-metritis chronica.

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы выяснить сущность найденных в половых органах больной изменений, определить время, причину и способ их возникновения и установить зависимость между найденными анатомическими изменениями и жалобами больной, которые заключаются в болях в крестце, неправильных месячных и белях.

Остановимся сперва на неправильной форме и положении матки. Что касается вопроса о том, когда здесь образовалась ретроверзия-ретрофлексия матки, то также, как и в двух предыдущих случаях, мы должны признать на основании тех же соображений, что неправильное положение и форма матки у этой больной образовались в промежуток времени от ее рождения до момента наступления половой зрелости. Причину и способ их образования можно рисовать себе следующим образом: учитывая физиологическую способность матки изменять свое положение по отношению к проводной оси таза в зависимости от наполнения мочевого пузыря и прямой кишки, которое заставляет тело матки отклоняться кзади, а шейку отклоняться кпереди, не трудно себе представить, что такое изменение положения матки не может остаться без последствий, если оно будет повторяться часто в продолжение долгого времени. Благодаря отклонению матки кзади, затрудняется свободный отток венозной крови по широким связкам, и мышечная стенка матки приходит в состояние застойной гиперемии, теряя свою упругость. Если же принять в соображение, что это происходит в детском возрасте, когда мышечная стенка матки вообще еще не успела достаточно окрепнуть, то даже небольшое повышение внутрибрюшного давления легко может вызвать образование перегиба матки кзади, и она из состояния ретроверзии легко перейдет в ретроверзию-ретрофлексию, особенно, если, как в нашем случае, имеется понижение тонуса связочного аппарата и мышечной стенки матки.

При этом естественно возникает вопрос, могут ли приведенные выше условия вызвать образование в детском возрасте ретроверзии-ретрофлексии матки при нормальном ходе развития матки, или здесь необходима наличность явлений недоразвития. Вероятно, уже одной застойной гиперемии будет достаточно, чтобы образовалась ретрофлексия матки так, как нам это приходится наблюдать при образовании ретрофлексии матки у взрослой женщины в послеродовом периоде; следовательно, явления недоразвития матки, понижающие упругость мышечной стенки матки, будут служить только обстоятельством, способствующим и предрасполагающим к возникновению ретрофлексии, а поэтому и у нашей больной мы должны рассматривать явления недоразвития полового аппарата тоже, как обстоятельство, благоприятствующее образованию ретрофлексии матки, но не безусловно необходимое.

Итак, если наши рассуждения о способе возникновения в данном случае ретроверзии-ретрофлексии правильны, то мы должны доказать, что в детском возрасте нашей больной действительно имелось

неправильное опорожнение кишечника и мочевого пузыря. Что касается первого, то мы имеем в анамнезе прямые указания на постоянную склонность к запорам; допустить же у нашей больной неправильное опорожнение мочевого пузыря нам позволяют следующие соображения: как видно из расспроса больной, она учительница, следовательно, в детском возрасте посещала сама школу и, конечно, как и всякий ребенок, не понимая вредного влияния задержки мочи, из ложной стыдливости или просто по небрежности не мочилась во время пребывания в школе, а опорожняла мочевой пузырь перед уходом в школу или по возвращении домой. Если к этому прибавить вредное влияние длительного неподвижного сидения в классе, то, мне кажется, причин для появления застойной гиперемии в области таза более чем достаточно, а эта последняя, понижая тонус мышечной стенки матки, является главной причиной образования ретрофлексии.

Мы выяснили себе время, причину и способ развития у нашей больной неправильного положения и формы матки, и нам остается доказать причинную связь между этими неправильностями и жалобами больной.

Как мы видели из анамнеза, больная обратилась в клинику с жалобами на боли в крестце, усиливающиеся перед месячными, на неправильности месячных, состоящие в том, что последние стали обильнее и продолжительнее, и промежутки между ними сократились, и, наконец, на бели, тоже усиливающиеся перед месячными. Все эти неправильности обнаружили около десяти лет тому назад, приблизительно на двадцать-третьем году, при чем они развивались постепенно.

В том случае, если бы приведенные жалобы зависели только от ретроверзии-ретрофлексии матки, они должны были бы обнаружиться в связи с наступлением половой зрелости вместе с первым появлением месячных, так как неправильное положение и форма матки в это время уже были налицо.

Однако, неправильности со стороны месячных появились только на двадцать-третьем году, а боли в крестце и бели появились еще позднее; поэтому, если мы хотим установить зависимость между жалобами больной и положением и формой матки, то мы должны найти то недостающее звено, которое связывало бы то и другое.

Найти его будет не так трудно, если мы припомним, что при исследовании больной мы определили ненормальную плотность тела и шейки матки, болезненность при ощупывании тела матки и некоторое его увеличение.

Как мы уже решили, эти данные скорее всего говорят за воспалительный процесс, который здесь, в виду полного отсутствия каких либо указаний на инфекцию, мы должны объяснить себе, как результат длительной застойной гиперемии. Началась эта гиперемия еще в детском возрасте под влиянием сидячего образа жизни сначала в классе в качестве ученицы, теперь же она поддерживается теми же условиями благодаря профессии больной в качестве учительницы. Постепенно, шаг за шагом это постоянное переполнение тазовых органов кровью должно было вызвать анатомические изменения в тканях матки и рано или поздно проявиться определенными симптомами.

Происходящие при этих условиях изменения в мышечной стенке матки сводятся к ее серозному пропитыванию и мелкоклеточной инфильтрации форменными элементами крови с образованием сперва молдой, а затем и более плотной рубцовой соединительной ткани, по

степенно вытесняющей и заменяющей собою мышечные волокна. Так как названные изменения в подобных случаях совершаются очень медленно в течение многих лет, то у нашей больной, конечно, не удалось бы подметить резких колебаний в консистенции и величине матки, которые наблюдаются при более быстром течении метрита и состоят в том, что сперва матка становится мягче и больше, затем, оставаясь увеличенной, она делается плотной и, наконец, плотность матки прогрессирует, а величина уменьшается. Мы при исследовании больной нашли, что матка плотнее и больше нормы; таким образом, метрит находится здесь во второй стадии развития.

Этими же изменениями в матке мы должны объяснить себе болезненность при ее ощупывании и тянущие, тупые боли в крестце, так как они являются результатом гиперэстезии в сети нервных волокон брюшины, покрывающей матку, а отсюда передаются на нервные сплетения таза.

На ряду с изменениями в мышечной стенке матки неизбежно должны идти и изменения в ее слизистой оболочке; заключаться они будут, с одной стороны, в нарушении состояния и секреторной деятельности желез, а, с другой стороны, в перерождении межжелезистой ткани.

В прежнее время при диагностике железистого эндометрита неправильно оценивались изменения в количестве, форме и величине желез и им придавалось слишком большое значение; сейчас, благодаря исследованиям Hirschmann'a и Adler'a, установившим циклическое изменение в железах слизистой оболочки матки в связи с колебаниями менструальной волны, к ним относятся с большей осторожностью, считаясь при оценке микроскопической картины с тем, в какой фазе менструального цикла получены объекты для исследования. Но нельзя отрицать, что под влиянием длительной застойной гиперемии и связанного с нею серозного пропитывания тканей увеличивается количество продуцируемого железами секрета, а вместе с тем развивается не только гипертрофия, но, вероятно, и гиперплазия желез.

В межжелезистой ткани слизистой оболочки матки застойные явления сказываются в мелкоклеточной инфильтрации плазматическими и круглоклеточными элементами с расширением и развитием капиллярной сети сосудов, что приводит к утолщению слизистой оболочки и отражается на месячных, делая их более частыми, продолжительными и обильными.

Таким образом, мы можем считать установленную связь между жалобами больной и анатомическими изменениями в ее половом аппарате, при чем она развивалась в следующем порядке: сперва под влиянием указанных выше причин образовалась ретроверзия-ретрофлексия матки, далее вследствие застойной гиперемии, вызванной негигиеничным образом жизни, развился воспалительный процесс в матке в виде метро-эндометрита, при чем последний имеет смешанный железисто-интерстициальный характер и клинически может быть определен, как катарально-геморрагический эндометрит.

Теперь нам остается только установить предсказание и наметить план лечения нашей больной.

Хотя мы здесь имеем возможность устранить неправильную верзию и флексию матки, а также удалить причины застойной гиперемии в половом аппарате, тем не менее предсказание будет неблагоприятно, так как причины, вызвавшие развитие метро-эндометрита, действовали слишком продолжительное время, и изменения в тканях настолько глубоки и стойки, что едва ли можно рассчитывать на полное их исчез-

новение. Таким образом нам придется довольствоваться только некоторым улучшением в состоянии здоровья больной.

Достигнуть последнего мы можем следующим образом: прежде всего надо начать с исправления положения и флексии матки; для этого у женщины, жившей половой жизнью, можно воспользоваться гинекологическим массажем, приподнимая матку пальцами, введенными во влагалище, и наклоняя тело матки кпереди рукой со стороны передней брюшной стенки; после того как матка выведена и поставлена в положение правильной антеверзии и антефлексии, ее стараются удерживать в таком состоянии при помощи кольца Годже, вставляемого во влагалище; однако, надо иметь в виду, что при ретроверзии-ретрофлексии, развившейся в детском возрасте, этот способ лечения не надежен, так как связочный аппарат матки развит неправильно, и матка легко снова принимает неправильное положение, а иногда ее трудно или даже невозможно вывести из неправильного положения.

Более верные результаты дает оперативное лечение, которое состоит в укорочении круглых маточных связок тем или иным путем. Для достижения этой цели предложено несколько способов; первый способ Alexander-Adams'a заключается в том, что с обеих сторон вскрываются паховые каналы в верхней трети соответственно внутренним отверстиям паховых каналов, после разреза брюшины внутрибрюшные отделы

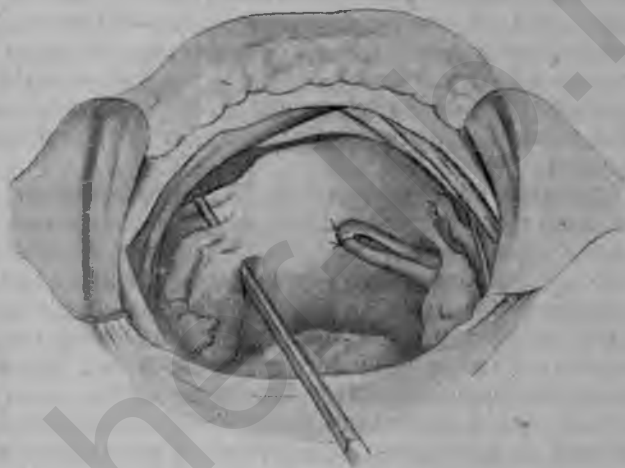


Рис. 9. Укорочение круглых связок по Dartigues-Webster'y.

круглых связок извлекаются наружу и в виде дубликатуры укрепляются внебрюшинно в паховых каналах, и над ними зашиваются разрезанные мышцы и кожа; второй способ Menge состоит в том, что после вскрытия брюшной полости через переднюю брюшную стенку или через передний свод влагалища круглые связки, в виде петель, прикрепляются к передней поверхности матки, и брюшная полость закрывается наглухо; третий способ Dartigues-Webster'a отличается от предыдущего тем, что круглые связки проводятся через сделанные в широких связках отверстия на заднюю поверхность матки и здесь укрепляются в области тела матки.

При выборе оперативного способа лечения у нашей больной предпочтение следует отдать приему Dartigues-Webster'a, так как при нем брюшная полость лучше доступна осмотру глазом, чем при способе Alexander-Adams'a, а это особенно ценно в данном случае при недостаточном детальном исследовании больной через прямую кишку; перед способом Menge выбранный нами прием тоже заслуживает предпочтения, так как он дает возможность придать матке более значительную степень антеверзии.

Придав матке нормальную антеверзию и антефлексию, мы должны устранить причины застойной гиперемии, другими словами,

исправить работу кишечника и посоветовать больной изменить ее образ жизни.

Что касается первого, то мы можем для этой цели воспользоваться соответствующей диетой и назначением легких слабительных в виде, например, препаратов *cascara sagrada*, ревеня и других средств, не вызывающих гиперемии кишек.

Изменение образа жизни больной должно состоять в оставлении продолжительного сидения и в назначении моциона на свежем воздухе; если же это, по условиям ее жизни, невозможно, то следует назначить гимнастику для мышц тазового дна и нижних конечностей без напряжения брюшного пресса.

Наконец, нам остается позаботиться об устранении явлений метроэндометрита. Так как сущность анатомических изменений при этом заболевании, главным образом, состоит в разрастании соединительной ткани, то мы, конечно, не можем рассчитывать на замену ее снова мышечными элементами под влиянием лечения; поэтому все, что мы можем здесь достигнуть, будет ограничиваться только прекращением дальнейшего разрастания соединительной ткани. Для этого мы прежде всего должны улучшить кровообращение в области таза и в частности в матке, что мы до известной степени можем достигнуть назначением теплых ванн, горячих влагалищных спринцеваний и вибрационного массажа.

Ванны температурю в 29 и 30 градусов Реомюра назначаются два или три раза в неделю продолжительностью в 10—20 минут, при чем к воде примешивается 4 или 5 фунтов морской соли и одна рюмка соснового экстракта. Горячие влагалищные спринцевания начинают с температуры в 32 градуса и, повышая ее ежедневно на градус, доводят до 38 градусов, более высокая температура воды плохо переносится, и тогда приходится пользоваться прибором Пинкуса, защищающим кожу наружных половых частей от соприкосновения с жидкостью; для достижения энергичного рефлекторного сокращения мышечной стенки матки следует брать небольшое количество воды, около трех или четырех стаканов, помещать кружку высоко и пускать сильную струю. Вибрационный массаж производится специальным инструментом, вводимым во влагалище и приводимым в движение посредством электрического тока.

Для сокращения сосудов и уменьшения кровонаполнения матки можно также пользоваться лекарственными препаратами, назначаемыми внутрь в виде *extract. fluid. secalis cornuti*, *extract. fluid. hydrastis canadensis*, *extract. fluid. viburni prunifolii*, *extract. fluid. ustilag. maidis* и др.

С целью специального воздействия на слизистую оболочку матки можно произвести выскабливание полости матки, хотя надо иметь в виду, что результат от этого вмешательства будет только временный, так как нельзя рассчитывать, чтобы при одновременном существовании метрита вновь образованная слизистая оболочка надолго могла сохранить нормальный характер; поэтому, в таких случаях предпочтения заслуживает систематическое впрыскивание в полость матки *t-rae jodi*, при чем для того, чтобы избежать неприятных осложнений, связанных с возможным попаданием иода в трубы, следует наконечник шприца Брауна обматывать тонким слоем ваты; такие впрыскивания производятся 2 или 3 раза в неделю в общей сложности в количестве от 10 до 20.

Uterus hypoplasticus simplex.

История болезни последней больной, которой мы позволим себе иллюстрировать данную группу заболеваний, такова:

Больная А. П., 20 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Тверской губернии, русская.

В клинику она поступила несколько дней тому назад с жалобами на боли при сношении и на отсутствие месячных в течение одиннадцати месяцев.

I. Анамнез.

1. *Детство.* Больная была хилым, болезненным ребенком, при чем, сколько она себя помнит и знает со слов родителей, ходить и говорить она начала сравнительно поздно; во время учения в школе неоднократно болела острыми инфекционными болезнями, характера которых она не знает; учение ей давалось очень трудно, и она не довела его до намеченного конца.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Месячные первый раз появились на восемнадцатом году, были очень скудны; затем они снова пришли через несколько месяцев и появлялись всего раза три или четыре с промежутками в несколько месяцев, при чем последний раз они были одиннадцать месяцев тому назад, приходили они всегда в очень скудном количестве и продолжались один или два дня, но были безболезненны.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась недель шесть тому назад, но за это время были всего три или четыре половых сношения, так как больная их избегает в виду сильной болезненности; ни рези при мочеиспускании, ни белей в связи с началом половой жизни она не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Считает себя больной с детства, так как всегда страдала склонностью к головным болям и легкой утомляемостью от всякой физической работы, но так как одною из главных жалоб больной является болезненность при сношении, то она связывает свое заболевание отчасти с началом половой жизни.

6. *Болела ли чем раньше?* Кроме уже упомянутых инфекционных заболеваний в детстве, других она не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Больная отмечает склонность к постоянным запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Мочеиспускание нормально.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная небольшого роста (152 см); по наружному виду она кажется моложе своих лет и производит впечатление девочки 15 или 16 лет; телосложение правильное, но слабое; питание удовлетворительное (вес 51 кг); кожа и доступные глазу слизистые оболочки бледны; жировой подкожный слой и мускулатура развиты слабо; со стороны строение головы и шеи особых отклонений от нормы нет, только твердое небо несколько глубже и уже.

чем обычно; грудная клетка воронкообразной формы; грудные железы выражены крайне слабо; таз обще-равномерно суженный; внутренние органы уклонений от нормы не представляют; пульс 76—80 ударов в минуту, ровный, но мягковатый; число дыханий 16—18 в минуту, правильного типа; температура держится в пределах 36,4—36,8; при осмотре и ощупывании брюшной области живот несколько вздут, но мягкий и безболезненный.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на наружных половых частях и в подмышковых впадинах развита очень слабо; большие губы бедны жиром и не замыкают половой щели, малые губы тоже развиты слабо и в области задней спайки переходят в резко выраженную *raphe medialis* промежности, которая ниже нормальной; окраска слизистой оболочки влагалищного входа бледна, ладьевидная ямка глубокая; на девственной плеве, которая выражена слабо, имеются следы надрывов. При внутреннем исследовании оказывается, что влагалище узкое и короткое; *plicae rugosae* выражены резко; влагалищная часть небольшая, имеет форму короткого, тупого конуса; влагалищные своды выражены слабо; матка меньше средней величины, находится в нормальной антеверзии и антефлексии, подвижность ее нормальна; придатки не определяются; клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают. При измерении полости матки зондом длина ее равна 5 $\frac{1}{2}$ см, при чем 2 см приходится на длину цервикального канала и 3 $\frac{1}{2}$ см на длину полости тела матки.

3. *Лабораторные исследования.*

а. Исследование мочи. Суточное количество 1400—1700 к. см; удельный вес 1017; никаких химических или морфологических патологических элементов моча не содержит.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равно 4.200.000; количество гемоглобина 62%; показатель окраски 7,5; число лейкоцитов равно 7.400; лейкоцитарная формула уклонений от нормы не представляет.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищного содержимого I, реакция кислая.

д. Биологические реакции. Реакция Wassermann'a дала отрицательный результат; реакция Pirquet получилась положительная.

Перейдем теперь к оценке тех данных, которые мы получили как из анамнеза, так и при объективном исследовании больной.

Просматривая анамнез в последовательном порядке, мы должны отметить следующее: в детстве наша больная была болезненным, хилым ребенком, развивалась медленно и неоднократно болела острыми инфекционными заболеваниями; период половой зрелости наступил поздно, на восемнадцатом году, при чем месячные появлялись с большими промежутками в несколько месяцев, были всегда очень скудны и в общей сложности за два года пришли всего три или четыре раза.

Эти указания больной позволяют нам сделать предположение, что параллельно с общим медленным развитием всего организма шло и недостаточное развитие полового аппарата.

Подтверждение этому предположению мы находим и в результате объективного исследования больной. Во первых, мы имеем целый ряд данных, доказывающих недоразвитие всего организма; именно, твердое небо узкое и глубокое; грудная клетка воронкообразной формы; грудные железы выражены крайне слабо; таз равномерно-общесуженный; волосистость на половых частях и в подмышковых впадинах плохо

развита; наконец, по наружному виду больная кажется моложе своих лет и производит впечатление девочки 15 или 16 лет.

Вся совокупность этих недочетов в развитии говорит за то, что мы имеем здесь дело с таким состоянием, которое представляет собою определенный конституциональный тип, называемый инфантилизмом, где признаки недоразвития организма проявляются безотносительно к полу данного субъекта.

Что касается нашей больной, то у нее кроме проявлений общего инфантилизма имеются также признаки недоразвития полового аппарата; именно, большие и малые губы развиты слабо, промежность низкая, на ней резко выражена *rhaphé medialis*, ладьевидная ямка глубокая, влагалище узкое и короткое с сильно выраженными *plicae rugarum*; матка меньше нормальной величины, но отношение длины шейки к длине тела, равное 1:2, отвечает таковому у нормально развитой матки, при чем последняя имеет правильную *anteflexio-anteversio*.

Таким образом, на основании приведенных данных, мы должны в этом случае наш диагноз формулировать так:

Infantilismus, hypoplasia genitalium, uterus hypoplasticus simplex.

Остановившись на этом диагнозе, мы прежде всего должны убедиться в том, насколько им исчерпываются жалобы больной и имеющиеся здесь вообще проявления болезни.

Больная обратилась к нам по поводу болей при сношении и отсутствия месячных в течение одиннадцати месяцев.

Первая ее жалоба, носящая специальное название *dyspareunia*, вполне поддается объяснению, так как может зависеть от ненормальной узости и короткости влагалища.

Что касается второй жалобы на отсутствие месячных, носящей название *amenorrhoea*, то, насколько нам известно, она встречается особенно часто, даже почти исключительно, при *uterus hypoplasticus*, т. е. при той форме недоразвития матки, какую мы имеем у нашей больной; по моим наблюдениям она встречается при этих условиях в 20%—21% случаев, в то время, как при *uterus infantilis* и ее разновидностях эта жалоба совсем не имела места.

Мы видим, таким образом, что наш диагноз вполне объясняет собою имеющиеся жалобы больной, и нам остается только перейти к выбору соответствующего лечения и установить предсказание.

Эта задача значительно труднее, и для того, чтобы с ней справиться, мы должны, во-первых, уяснить себе сущность имеющихся в половом аппарате нашей больной анатомических изменений, а во-вторых, уяснить себе время и способ их возникновения.

При исследовании нашей больной мы нашли у нее целый ряд признаков недоразвития половых органов, при чем наибольший прак-



Рис. 10. Uterus hypoplasticus simplex.

тический интерес представляют изменения со стороны матки, так как с ними связаны обычно, как нарушения со стороны месячных, так и неспособность к зачатию и деторождению.

Имеющуюся здесь форму недоразвития матки мы признали за *uterus hypoplasticus*, которая характеризуется тем, что при общем уменьшении величины всей матки отношение длины ее шейки к длине тела равно 1 : 2, т. е. такое же, как у вполне развитой матки.

Так как в основу нашего отношения ко всем формам недоразвития матки мы положили тот взгляд, что они являются не врожденными пороками, а возникают в детском возрасте, то мы должны признать, что причиною служит недостаточная секреторная деятельность яичников ребенка, независимо от того, имеется ли изолированная недостаточность работы яичников, или она является только одним из проявлений общего недоразвития всего организма.

Однако, в виду того, что в течение детского возраста, продолжающегося с первых дней жизни ребенка до наступления половой зрелости, т. е. около 15 или 16 лет, интенсивность секреторной деятельности яичников и при нормальных условиях далеко не одинакова в различные годы жизни ребенка, то естественно, что и протективное влияние яичников на развитие матки в различные периоды детства будет не одинаково. Так, мы знаем, что с возрастом ребенка внутренняя секреция яичников нарастает сперва медленно, а затем все быстрее и энергичнее в зависимости от тех процессов, которые совершаются в паренхиме яичников, в его фолликулах. Поэтому и изменения в матке ребенка, выражающиеся в ее увеличении или росте, не имеют равномерного характера; например, в течение первых двух лет секреторная деятельность яичников даже недостаточна для того, чтобы установить инволюцию матки, и только, начиная с четвертого года жизни, матка начинает медленно увеличиваться, едва достигая к десяти годам своей первоначальной величины, а затем уже рост ее идет сравнительно быстро.

На основании только что сказанного, мы должны думать, что различные неправильности в развитии детской матки возникают в разные периоды жизни ребенка. Возьмем для сравнения *uterus hypoplasticus* и *uterus infantilis*. Под первой формой, как уже было сказано, мы понимаем уменьшение всего размера матки, но при условии, что длина ее шейки к длине тела относится, как 1 : 2; под второй формой мы подразумеваем тоже уменьшение величины всей матки, при чем, однако, отношение длины ее шейки к длине тела будет другое, именно, оно равняется 1 : 1 или даже 2 : 1, т. е. приблизительно такое же, как у новорожденной девочки. (Рис. 11).

Это различие мы можем объяснить себе только тем, что остановка роста детской матки произошла в разные периоды жизни ребенка. Так как приблизительно до десятилетнего возраста отношение между длиной шейки и телом матки остается таким же, каким оно было у новорожденной девочки, и только с десяти лет длина тела матки начинает преобладать над длиной ее шейки, то мы должны считать, что *uterus infantilis* возникает вследствие нарушения правильного роста матки в возрасте после десяти лет, а *uterus hypoplasticus* возникает вследствие нарушения правильного роста матки в возрасте моложе десяти лет и, вероятно, зависит от чрезмерной инволюции матки в первые годы жизни ребенка.

Мы, следовательно, должны отнести форму неправильного развития матки у нашей больной по времени ее возникновения к возрасту моложе десяти лет и здесь искать причину.

Так как в нашем случае, кроме недоразвития матки, имеется целый ряд указанных выше признаков недоразвития, как со стороны половых органов, так и со стороны всего организма больной, и мы определили состояние нашей больной, как инфантилизм, то мы должны признать здесь существование какой то общей причины, которая вызвала все эти явления дистрофии.

Одною из этих причин, которая встречается, повидимому, особенно часто, в настоящее время признается наследственный сифилис; E. Fournier придает чрезвычайно важное значение умению дать правильную оценку найденным у ребенка явлениям недоразвития, так как часто только характер дистрофических изменений дает врачу возможность установить правильное распознавание и лечение, в то время, как анамнез нередко может быть сомнительным, и могут совершенно отсутствовать какие бы то ни было специфические проявления болезни, а между тем своевременное распознавание имеет очень большое значение, так как у такого ребенка впоследствии могут обнаружиться явления настоящего сифилиса.

Не меньшее значение представляет для нас также вопрос о том, насколько мы можем, благодаря своевременному назначению специфического лечения, предотвратить дальнейшее развитие дистрофических явлений. Ответить на этот вопрос мы можем словами E. Fournier: „Еще не решено, что специфическое лечение не может оказать благоприятного влияния на дистрофические проявления; я согласен, что эти последние парасифилитического порядка, но кто знает, где кончается сифилис и где начинается парасифилис; к тому же опыт учит нас, что специфическое лечение много раз задерживало, исправляло и даже сводило на нет некоторые наследственно-сифилитические дистрофии“.

Однако, чтобы иметь возможность установить в каждом отдельном случае правильное распознавание природы имеющих дистрофических изменений, мы должны иметь в виду, что для сифилиса некоторые из них особенно характерны; например, тот же автор считает таковыми наличие зубов Гутчинсона и ягодице-видную форму черепа.

Это тем более важно, так как, кроме сифилиса, имеется целый ряд других причин, которые тоже вызывают весьма разнообразную картину общего недоразвития.

В этом отношении второе место после сифилиса по праву принадлежит наследственному туберкулезу. Еще в 1836 году Hirtz дал картину инфантилизма, как результата наследственного туберкулеза. Landouzy допускает здесь передачу особого диатеза, проистекающего из того, что мужская или женская половая клетка пропитывается бацилярным токсином, благодаря чему получают определенные явления дистрофии. Со времени же описанного в 1891 году Schmorl'ем и Birch-



Uterus normalis.



Uterus hypoplasticus. Uterus infantilis.

Рис. 11.

Hirschfeld'ом случая врожденного туберкулеза, где была доказана возможность непосредственного перехода туберкулезных бацилл от матери в организм внутриутробного плода, наследственная передача туберкулеза получает новое объяснение.

И здесь проявления инфантилизма могут быть весьма разнообразны, но все же они имеют в себе и кое-что специфическое, как, например, общий тщедушный вид, быстрое развитие в детстве с остановкой в юношеском возрасте, хлороз, сужение артерий, малые размеры груди, благодаря сужению грудной клетки с изогнутой и выступающей вперед грудиной, длинные тонкие кости и утолщенные суставы и, наконец, нежную кожу с просвечивающими венами.

Так как скрофулез или золотуха тоже стоит в тесной связи с наследственным туберкулезом, то для нас представляют практический интерес признаваемые в настоящее время два различных типа скрофулеза; первая или торпидная его форма характеризуется одутловатым, бледным лицом, толстой верхней губой, белокурыми волосами, толстым, но дряблым подкожным жировым слоем и вялой мускулатурой; вторая или эретическая форма скрофулеза отличается тем, что представителями ее являются худенькие дети с шелковистыми темными волосами, с длинными ресницами, окаймляющими большие темнокарие глаза с синеватой склерой; подкожная клетчатка бедна жиром, а кожа тонка и во многих местах, особенно на висках, пронизана просвечивающими венами.

И при наследственном туберкулезе своевременное правильное распознавание причины неправильного развития ребенка имеет важное значение, так как позволяет нам при помощи соответствующего укрепляющего лечения и режима не только остановить дальнейшее развитие процесса, но и способствовать исчезновению уже образовавшихся дистрофических явлений.

• На следующем месте после туберкулеза, как причину инфантилизма, следует поставить влияние алкоголизма родителей. Алкоголизм также, как сифилис и туберкулез, не угасает вместе с больным субъектом, а передается потомству в виде чрезвычайно разнообразных явлений дистрофии, например, в задержке, несовершенстве и уклонении в физическом развитии и в предрасположении к различным нервным расстройствам.

Тоже самое можно сказать и о других хронических интоксикациях родителей, как морфинизм, отравление свинцом, никотином и др.

Приведя наиболее частые причины инфантилизма, мы должны выбрать из них ту, которая окажется наиболее вероятной по отношению к нашей больной. Установить ее только на основании имеющихся явлений дистрофии здесь не представляется возможным, так как они не носят в себе чего-нибудь специфического, поэтому нам приходится воспользоваться еще какими либо дополнительными данными. Таковыми могут послужить для нас, во-первых, сведения из более отдаленного анамнеза больной, касающиеся ее родителей и ближайших родственников, и, во-вторых, некоторые биологические реакции.

Обычно, при собирании анамнеза у наших гинекологических больных мы ограничиваемся только теми сведениями, которые имеют непосредственное отношение к самой больной, но в этом случае нам придется сделать отступление и поступить так, как это принято по отношению к больным с заболеваниями внутренних органов в терапевтических клиниках.

При расспросе нашей больной выяснилось, что отец ее, по профессии переплетчик, страдал запоем и умер от воспаления легких в возрасте около пятидесяти лет; мать жива до сих пор, ей сорок шесть лет и она здорова; всего в семье нашей больной было четверо детей, из которых двое старших умерло в раннем детстве, а младшая сестра двенадцати лет находится в приюте для эпилептиков.

Таким образом, эти сведения позволяют нам прежде всего видеть причину инфантилизма у нашей больной в алкоголизме отца, который отразился и на судьбе остальных детей.

Что касается возможности использовать здесь биологические реакции, то во-первых, некоторый свет могла бы пролить на дело реакция Wasserman'a, т.-е. реакция связывания комплемента с сифилитическим антигеном. Произведенное в этом направлении исследование крови у нашей больной дало отрицательный результат. Во-вторых, здесь могут быть использованы реакции для определения туберкулеза, например, основанные на анафилактической реакции Pirquet и Calmette'a; в нашем случае была произведена только первая, т.-е. кожная реакция, которая дала положительный результат, но так как надо считать общепризнанным, что только получение отрицательного результата дает нам право, с большой вероятностью, исключить наличие туберкулезного поражения, в то время, как положительный результат, получаемый у клинически здоровых лиц в 80%—90% случаев, не позволяет сделать обратного вывода, то мы не можем делать какие-нибудь выводы на основании полученного здесь результата.

Подводя итоги всему сказанному, мы должны сделать следующее заключение: инфантилизм у нашей больной, проявляющийся между прочим со стороны полового аппарата неправильным развитием матки в виде *uterus hypoplasticus*, возник вследствие алкоголизма отца.

Если мы далее зададим себе вопрос, что мы можем здесь ждать от того или другого способа лечения, то ответ нам придется дать весьма неутешительный. Мы признали, что имеющиеся у нашей больной, как общие, так и местные дистрофические явления развились в детском возрасте до наступления половой зрелости; поэтому, в настоящее время, когда больная достигла уже двадцатилетнего возраста, нам приходится считаться с фактом уже совершившимся, и не может быть речи о радикальном лечении, направленном на причину болезни, а в подобных случаях особенно большую ценность приобретают меры профилактические.

Желая в данном случае предупредить возникновение тех изменений, которые связаны с недоразвитием половых органов и в частности матки, мы сталкиваемся с одним весьма существенным затруднением.

Дело в том, что трудность использовать профилактические меры при данных условиях зависит от того, что мы не имеем в детском возрасте прямых указаний на ненормальное состояние матки, так как оно ничем не сказывается до появления первых месячных; поэтому, мы должны уметь предвидеть возможность возникновения изменений в матке, не имея часто прямых предвестников болезни.

Из этого однако не следует делать вывода, что мы совершенно лишены возможности предвидеть недоразвитие матки; при достаточно внимательном отношении к ребенку мы можем воспользоваться целым рядом, правда, косвенных указаний, которые мы можем разделить на четыре главные группы: к первой будут относиться все признаки, характеризующие собою общее недоразвитие организма; ко второй

должны быть отнесены признаки, связанные с недостаточно выраженной определенностью пола; к третьей будет относиться большинство инфекционных заболеваний детского возраста, которые прямо или косвенно влияют на состояние яичников; наконец, в четвертую должны быть выделены все нарушения гигиены детского возраста, которые могут отразиться на правильном развитии полового аппарата.

Что касается профилактических мер, которые могут быть использованы при наличии признаков, относящихся к первой группе, то, как было уже сказано, здесь прежде всего должна быть выяснена причина их возникновения и, в зависимости от нее, должно быть назначено противосифилитическое или другое соответствующее лечение.

При наличии признаков второй группы, где главная причина будет зависеть от пониженной или неправильной секреторной деятельности яичников, мы должны ждать хороших результатов от своевременного назначения препаратов яичника в виде *ovarin'a*, *biovar'a* или *progovar'a*.

Как было сказано, к третьей группе мы отнесли целый ряд острых инфекционных заболеваний детского возраста. Хотя мы должны признать, что влияние их еще недостаточно выяснено, но оно несомненно существует. Между прочим М. Stolz начинает свою статью, посвященную этому вопросу, следующими словами: „Заболевание женских половых органов во время острых инфекционных болезней в детском возрасте проявляется тем меньше, чем сильнее выражены общие явления, среди которых оно теряется; часто только при наступлении половой зрелости обнаруживаются нарушения в состоянии полового аппарата, которые указывают на серьезность понесенных повреждений“.

Повреждения эти могут быть или специфическими, вызванными непосредственным возбудителем инфекции, или вторичными, зависящими от истощения всего организма. Например, при брюшном тифе описаны случаи образования язвенного процесса во влагалище с последующей его атрезией, далее наблюдаются воспалительные изменения в слизистой оболочке и мышечной стенке матки; описаны также случаи гнойного воспаления в трубах, при чем в гное были обнаружены тифозные бактерии; наконец, при более тяжелых формах тифа дело доходит до заболевания яичников; здесь воспалительные изменения распространяются сперва на примордиальные фолликулы, а затем переходят и на созревающие Граафовы пузырьки и в конечном результате вызывают атрофию всего паренхиматозного слоя, которая сопровождается аменореей, бесплодием и атрофией матки.

Влияние других инфекционных заболеваний на состояние половых органов изучено гораздо меньше; так, например, относительно кори мы находим только указание, что месячные усиливаются и появляются раньше срока; при скарлатине описаны случаи, где яичники оказывались увеличенными вследствие паренхиматозного воспаления; при оспе описаны острые воспалительные изменения со стороны эндометрия; относительно влияния инфлуэнцы имеются указания, что часто в области придатков появляются боли, при чем приводятся отдельные случаи возникших на этой почве гнойников в трубах и яичниках.

Хотя приведенные данные весьма скудны, тем не менее они должны заставить нас отнестись с особым вниманием к ребенку, у которого в анамнезе имеются те или иные инфекционные заболевания.

Очень вероятно поэтому, что у нашей больной перенесенные в детстве неоднократно острые инфекционные заболевания, характера которых она не знает, могли оказать известное влияние на состоя-

ние половых органов даже независимо от имеющейся тяжелой наследственности.

Выделив в самостоятельную четвертую группу все нарушения гигиены детского возраста, которые могут отразиться на правильном развитии полового аппарата ребенка, мы не будем останавливаться на них подробно, скажем только, что здесь несомненное значение имеют социальные условия, в которых ребенок растет, так как от них в значительной мере зависит распределение физического и умственного труда, питание и т. д.

Итак, считаясь со всеми приведенными нами обстоятельствами, которые могут до известной степени предупредить о возможности возникновения тех или иных явлений недоразвития половых органов, мы довольно широко можем воспользоваться профилактическими мерами. Однако, возвращаясь к нашей больной, мы оказываемся в таком положении, что ни устранить причины, ни предупредить недоразвитие мы уже не в состоянии, так как время для того и другого упущено, и все, что мы можем сделать в данном случае, будет исчерпываться только тем или иным способом симптоматического лечения. Таким образом, задача врача оказывается здесь весьма скромной и сводится к устранению той или другой из свойственных этим заболеваниям жалоб.

При всех пороках развития матки, приобретенных в детском возрасте, приходится иметь дело со следующими жалобами: боли во время месячных, бесплодие, скудные месячные или их полное отсутствие или же, наоборот, обильные, продолжительные и частые месячные. По имеющимся у меня наблюдениям эти жалобы при *uterus hypoplasticus simplex* распределяются так:

1. Dysmenorrhoea	наблюдается в 22%	случаев.
2. Sterilitas	"	80% "
3. Oligomenorrhoea	"	29% "
4. Amenorrhoea	"	21% "
5. Menorrhagia	"	3% "

Остановимся сперва на дисменоррее. В то время как при всех разновидностях *uterus hypoplasticus* эта жалоба дает в среднем 49%, достигая при некоторых из них до 70%, здесь, при *uterus hypoplasticus simplex*, она встречается только в 22% случаев. Это, вероятно, надо объяснить тем, что при названной разновидности особенно часто приходится встречаться с полным отсутствием месячных, или же они приходят редко через большие промежутки.

Как известно, принято различать три вида дисменорреи. Первый вид, носящий название механической дисменорреи, зависит от сужения в области внутреннего маточного зева, благодаря чему в полости матки задерживается менструальная кровь, и выражается болезненными сокращениями и схваткообразными болями, которые начинаются обычно непосредственно перед появлением крови.

Вторая форма дисменорреи называется воспалительной и зависит от наличия воспалительного процесса в самой матке или в соседних с нею органах таза; боли здесь начинаются за некоторое время, иногда за несколько дней до наступления месячных, при чем появляются они тем раньше, чем интенсивнее выражен воспалительный процесс.

Третья форма дисменорреи называется нервной или психической, встречается особенно часто у лиц с явлениями более или менее выраженного общего инфантилизма и зависит, вероятно, от пониженной

сопротивляемости нервной системы по отношению к различным психическим травмам.

Так как у нашей больной нет жалоб на боли при месячных, то вопрос о лечении в этом отношении отпадает, но если бы дисменорея здесь имелась, то при *uterus hypoplasticus simplex* чаще приходится встречаться с третьей, т. е. нервной ее формой, поэтому лечение должно было бы состоять в общих укрепляющих мерах, например, в назначении препаратов мышьяка, железа или фосфора:

Rp. *Acidi arsenicosi* 0,06
Ferri lactici 4,0
Calcii glycerophosphorici 6,0
 Pulv. et succi liquirit. q. s. ut f. pil. № 60.

S. По 2 пилюли 2 раза в день во время еды.

Если мы имеем больную в таком возрасте, когда рост матки еще не закончился, а, как известно, он окончательно прекращается около 24 лет, то хорошие результаты еще можно получить от назначения препаратов яичника в виде *ovarin'a*, *biovar'a* или *progrovar'a*.

Перейдем теперь к следующей жалобе, встречающейся при *uterus hypoplasticus simplex*, именно, к жалобе на бесплодие или *sterilitas*.

Из бывших под моим наблюдением 86 женщин, страдающих этой формой недоразвития матки, 76 жили половой жизнью, при чем 80% из них остались бесплодными, а в 20% случаев хотя и наступила беременность, но она во время первых же месяцев заканчивалась выкидышем.

При сопоставлении *uterus hypoplasticus simplex* в этом отношении с другими формами неправильно развития матки оказывается, что при ней возможность зачатия больше, чем при некоторых других формах. Это объясняется, вероятно, тем, что здесь нет ни удлинения шейки, ни сужения в области внутреннего зева. Однако, то обстоятельство, что из 76 женщин, живших половой жизнью, в 20% случаев здесь наблюдалось преждевременное прекращение беременности, позволяет нам высказать предположение, что эта форма неправильно развития матки весьма неблагоприятно отражается на течении беременности.

Конечно, мы не имеем основания исключить здесь совершенно возможность благоприятного исхода беременности, так как степень гипоплазии матки может быть различна, да и причины выкидыша, кроме недоразвития матки, могут быть весьма разнообразны; тем не менее, желая в таких случаях сохранить беременность, мы должны своевременно принять надлежащие меры.

Из них на первом месте должно быть поставлено постельное содержание беременной, особенно в те дни, которые соответствуют менструальным периодам; а так как нарушение беременности в этих случаях происходит обыкновенно в первые месяцы, то это правило должно проводиться особенно строго во время первой половины беременности. Кроме того, хорошие результаты здесь нередко удается получить назначением *extract. fluid. viburni prunifolii*, по 25—30 капель 3 раза в день, начиная прием лекарства за несколько дней до начала периода, соответствующего месячным, и прекращая его одновременно с концом последнего; сущность действия этого препарата, вероятно, состоит в уменьшении менструальной гиперемии. Если эти профилактические меры и не достигнут цели, и выкидыш все же произойдет, то мы можем утешить больную, что при следующей бере-

менности шансов на благоприятный ее исход будет гораздо больше, так как никакие лечебные приемы не могут лучше способствовать развитию матки, чем беременность, даже не дошедшая до конца.

Как мы уже сказали, при *uterus hypoplasticus simplex* приходится встречаться с жалобой на *oligomenorrhoea*, которая наблюдается в 29% случаев, и на *amenorrhoea*—в 21%.

Под *oligomenorrhoea* мы понимаем такие изменения со стороны месячных, когда они появляются через ненормально большие промежутки, становятся скудными, и продолжительность их значительно сокращается; под *amenorrhoea* мы подразумеваем полное отсутствие месячных, при чем они или совсем не появляются или исчезают на более или менее значительное время.

Так как по существу своему обе жалобы стоят очень близко друг к другу, имея одну общую причину, то мы и остановимся на обоих одновременно. Как доказательство этому, можно привести следующие соображения: при *uterus hypoplasticus simplex* первая жалоба дает 29% и наблюдается чаще, чем при других формах неправильного развития матки, где она встречается всего не более, чем в 10% случаев; вторая жалоба наблюдается тоже главным образом при *uterus hypoplasticus simplex*, давая здесь 21%, в то время как при других формах она почти совсем не встречается.

Что касается причины как *oligomenorrhoea*, так и *amenorrhoea*, то она состоит в недостаточной секреторной деятельности яичников. Недостаточность эта может быть первичной, когда яичники недоразвиты, или паренхиматозная их ткань разрушена каким либо воспалительным процессом, но может быть также вторичной, т.-е. относительной, когда нарушена координация всей системы желез с внутренней секрецией.

В прямой зависимости от причины недостаточной секреторной деятельности яичников будут находиться и наши лечебные мероприятия, но разобраться в очень сложной системе взаимоотношения желез с внутренней секрецией часто очень не легко.

В тех случаях, где дело идет о первичной недостаточности яичников, там едва ли можно рассчитывать вообще на какие-нибудь результаты от лечения, и только некоторую пользу может оказать назначение препаратов яичника или пересадка яичников для пополнения недостающего количества продуцируемого яичниками вещества.

Там же, где имеется относительная недостаточность яичников, зависящая от нарушенной координации эндокринных желез, следует постараться выяснить сущность дела, так как применение органотерапии без критической оценки каждого случая и огульное назначение препаратов яичника не только остается бесполезным, но может даже принести вред.

Я не буду здесь останавливаться долго на этом сложном вопросе, а позволю себе только привести несколько примеров.

Нередко приходится наблюдать больных, где наряду с *oligomenorrhoea* и *amenorrhoea* имеется склонность к ожирению, которое Noorden считает эндогенным и ставит в зависимость от пониженной деятельности щитовидной железы или *hypothyroidismus*. Так как щитовидная железа и яичник являются антагонистами, то понижение интенсивности работы одной из названных желез нарушит существующее между ними равновесие; при гипотиреозидизме это нарушение сперва обнаружится тем, что получится избыточная секреция яичников, которая постепенно будет понижаться, пока снова не восстановится прежнее равновесие, при чем в конечном результате обе железы будут работать недостаточно.

Из сказанного ясно, что здесь больше пользы принесет назначение тиреоидина одного или совместно с оварином, чем просто овариин.

Возьмем другой пример, Базедову болезнь, где тоже нередко приходится наблюдать oligo- и amenorrhoea. Здесь сущность заболевания состоит в первичной гиперсекреции щитовидной железы, и яичники оказываются относительно недостаточными для того, чтобы восстановить равновесие. При данных условиях назначение препаратов яичника с целью устранить неправильности месячных будет мало целесообразно, так как оно может дать только временный результат, поэтому будет гораздо разумнее применить здесь лечение антитиреоидином.

Переходя к вопросу о лечении аменорреи у нашей больной, мы должны признать, что она зависит от первичной недостаточности работы яичников, недоразвитие которых возникло в связи с общим инфантилизмом, имея в основе одну общую причину.

Исходя из этих соображений, мы должны считать здесь предсказание относительно устранения аменорреи и излечения гипоплазии матки весьма неблагоприятным; однако, имея в виду, что нашей больной только 20 лет, и что рост матки еще не вполне закончен, мы можем оказать хотя некоторое благоприятное влияние на ее развитие назначением ovarin'a или prothovag'a, в таблетках по 0,3 три раза в день или в каплях по 40 кап. 2—3 раза в день.

Перечисляя те жалобы, с которыми нам приходится встречаться у больных с uterus hypoplasticus simplex, мы уже упомянули о menorrhagia. Под ней мы понимаем такие изменения со стороны месячных, когда они становятся более частыми, продолжительными и обильными.

На основании наших наблюдений эта жалоба при uterus hypoplasticus simplex встречается относительно редко, давая всего 3%. Так как гипоплазия матки сама по себе не включает каких-нибудь специальных причин для возникновения геморрагического или интерстициального эндометрита, то правильно будет признать, что меноррагия в таких случаях является случайным осложнением, вызываемым какой-либо побочной причиной; поэтому при наличии этой жалобы наше внимание должно быть обращено на выяснение и устранение этой причины.

Наконец, заканчивая обсуждение вопроса о лечении нашей больной, мы должны еще остановиться на болезненности при половом сношении.

Так как при осмотре больной мы не нашли никаких повреждений и воспалительных изменений, которые могли бы объяснить эту жалобу, то мы имеем право думать, что причина заключается в недоразвитии половых органов, именно в узости влагалищного входа и влагалища. Наша больная живет половой жизнью сравнительно недавно, всего шесть недель, поэтому мы можем рассчитывать, что со временем половые органы ее постепенно приспособятся, и в виду этого воздержание от половой жизни здесь не показано, напротив, она даже желательна, так как, вызывая гиперемия половых органов, она может оказать благоприятное влияние на состояние матки.

Однако, надо иметь в виду, что иногда на этой почве развивается вагинизм, и в таких случаях приходится прибегать к оперативному лечению, которое состоит в рассечении одной из ножек musculi constrictoris cunni.

II. Неправильности в форме и положении матки, возникающие в периоде жизни после наступления половой зрелости в связи с травмой, инфекцией и другими причинами, зависящими от половой жизни, выкидыша, родов и т. д.

Как уже было отмечено, неправильности в форме и положении матки оказываются не только приобретенными в раннем детстве, но нередко встречаются, как следствие таких условий, которые могут проявить себя только в зрелом возрасте женщины, живущей половой жизнью.

Причину их возникновения является обычно или инфекция или травма, которые связаны с половой жизнью, выкидышем или родами; гораздо реже они бывают вызваны опухолями, исходящими из половых органов, или какой-либо случайной причиной.

Что касается значения инфекции, то она может проявляться в двух направлениях: или воспалительный процесс поражает брюшину таза, и в результате его образуются сращения, смещающие матку в том или ином направлении, или инфекция вызывает воспалительные изменения в матке, которые задерживают ее правильное обратное развитие после выкидыша или родов, благодаря чему нарушается нормальный тонус мышечной стенки матки и создаются благоприятные условия для ее отклонения кзади или перегиба.

Травматические повреждения половых органов, способные отразиться на форме и положении матки, почти исключительно связаны с родовым актом и заключаются в нарушении целостности нижнего отдела родовых путей и мышц тазового дна.

Так как конечным результатом измененного положения матки, возникшего в зрелом возрасте, является ее выпадение, то, чтобы не возвращаться к этому вопросу при разборе отдельных случаев, остановимся здесь в кратких чертах на тех взглядах, которые сейчас приняты для объяснения механизма опущения матки.

Хотя еще в 1887 году Соhn на с'езде естествоиспытателей в Висбадене заявил, что „вопрос об оперативном лечении опущения влагалища и матки представляет собою вполне законченную главу в гинекологии“, мы, тем не менее, видим, что как относительно этиологии, так и способов лечения, споры далеко не кончены.

Самой древней из теорий, созданных для объяснения механизма опущения матки и влагалища, является теория Schultze, которая им коротко формулируется так: „этиология выпадения матки вместе с тем есть этиология ее ретрофлексии“.

Наиболее частой, почти исключительной причиной ретрофлексии матки Schultze считал ослабление ее связочного аппарата, именно слабость мышечных элементов крестцовоматочных и круглых связок. Коль скоро матка благодаря этой причине приходит в состояние ретроверзии или ретрофлексии, то уже физиологического повышения внутрибрюшного давления достаточно, чтобы заставить ее постепенно опускаться, так как гладкая мускулатура связочного аппарата матки может перемещать ее, но удержать ее от опущения не может.

Эта теория считалась общепризнанной до 1907 года, когда появилась обстоятельная работа Halban'a и Tandler'a: „Анатомия и физиология выпадения женских половых органов“.

Названные авторы придают исключительно важное значение мускулатуре тазового дна и говорят, что она, в лице главным образом *m. levatoris ani*, по своему анатомическому расположению и физиологическим особенностям является замыкающим аппаратом для тазового выхода. Таким образом она служит прибором, поддерживающим снизу внутренние тазовые органы или их „Stützapparat“.

До тех пор, пока акушерская промежность и мышцы тазового дна целы, они в состоянии удерживать на месте мочевого пузыря и переднюю стенку влагалища; если же целостность их нарушена, то обязательно образуется *cystocele vaginalis*, вызывающая отклонение матки кзади, что в свою очередь является непременно этапом для опущения и выпадения матки.

Чтобы в дальнейшем не повторяться, напомним здесь анатомическое строение тех отделов мягких родовых путей, с повреждением которых нам обычно приходится встречаться.

Прежде всего мы, следовательно, должны иметь в виду тот отдел тазового дна, который носит название акушерской промежности. В ее состав входят следующие мышцы:

1. *Musculus bulbo-cavernosus s. constrictor cunni*, охватывающий кольцом влагалищный вход.

2. *Musculus transversus perinei superficialis*, представляющий собою парную мышцу, прикрепляющуюся своими наружными концами к седалищным костям, а внутренними концами переходящую в сухожильное растяжение, носящее название *centrum tendineum perinei*.

3. *Musculus sphincter ani externus*, окружающий собою отверстие заднего прохода в виде кольца.

Под этим поверхностным мышечным слоем лежит второй более глубокий, который состоит из следующих мышц:

1) *Musculus transversus perinei profundus*: он представляет собою у женщин сравнительно слабо развитую мышечную пластинку в виде треугольника, расположенную в *angulus pubis*.

2) *Musculus levator ani*, передние ножки которого прикрепляются к внутренней поверхности лобковых костей с обеих сторон от влагалища и охватывают собою в виде петли нижний отдел влагалища и прямой кишки (рис. 12 и 13).

Как видно из сказанного, обе последние мышцы не входят непосредственно в состав акушерской промежности; поэтому, говоря о разрыве промежности, мы имеем обыкновенно в виду только первую группу названных мышц, при чем в зависимости от глубины разрыва принято различать следующие степени его:

Разрывом промежности первой степени мы называем нарушение целостности задней спайки влагалищного входа без повреждения мышц.

Разрывом второй степени называется такое повреждение, когда нарушена целость *m. constrictor sinii* и *centrum tendineum perinei*.

Разрывом третьей степени называется повреждение промежности, когда нарушается также целость *m. sphincter ani externus*, а вместе с тем и прямой кишки.

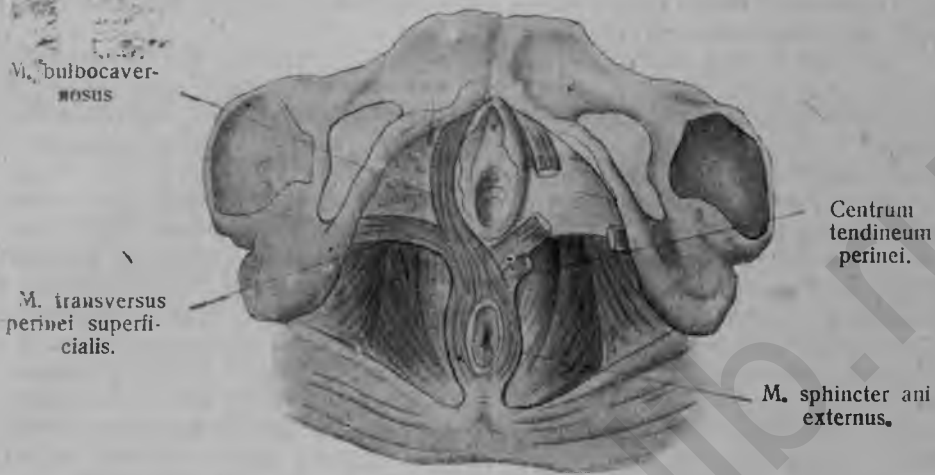


Рис. 12. Мышцы промежности. (Поверхностный слой).

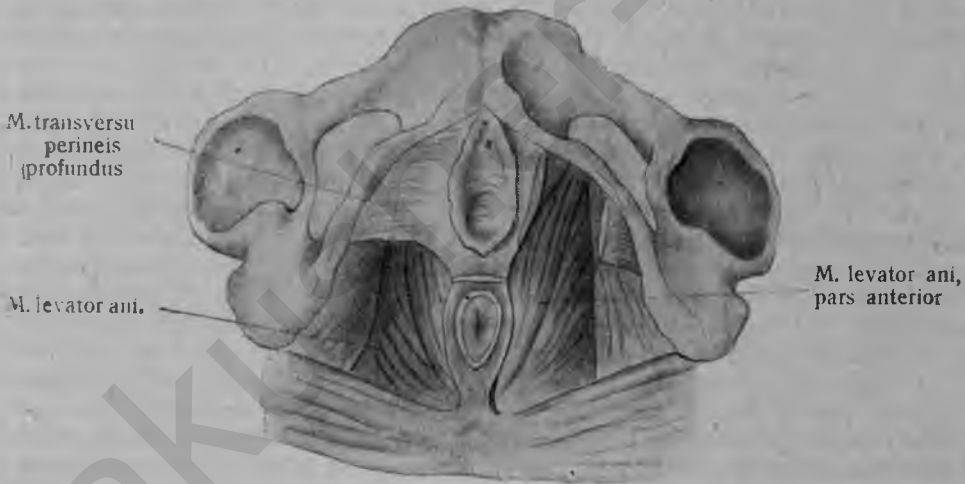


Рис. 13. Мышцы промежности. (Глубокий слой).

Самостоятельное место занимает нарушение целости тазового дна, состоящее в отрыве одной из ножек *m. levatoris ani* от места ее прикрепления; при этом акушерская промежность может оказаться не поврежденной.

Перейдем теперь к третьей и последней теории, предложенной для объяснения механизма выпадения матки. Автором ее явился в 1912 году *Eduard Martin*; он отводит очень скромную роль мышцам тазового дна в этиологии опущения влагалища и матки, так как, по его мнению, матка при нормальном ее положении висит свободно в тазу и не приходит в непосредственное соприкосновение с тазовым дном.

На основании своих исследований последний автор приходит к заключению, что матка удерживается в своем нормальном положении посредством специального аппарата, названного им „Haftapparat“, который связывает матку со стенками таза. Он представляет собою обширную сеть фиброзных пучков, заложенных в клетчатке таза, и дает несколько более компактных образований или „Verdichtungszone“, носящее общее название *retinaculum uteri*.

Все причины, вызывающие опущение матки, E. Martin распределяет на две группы; к первой он относит такие, которые объединяются названием „клиническая этиология“, а ко второй такие, которые составляют „анатомическую этиологию“ и согласно его взгляду сводятся к изменениям в *retinaculum uteri*.

Заканчивая этим краткий обзор предложенных теорий для объяснения механизма опущения влагалища и матки, я не буду здесь входить в критическую их оценку, замечу только, что каждая из них, вероятно, приложима для определенного ряда случаев. Но так как на основании наших наблюдений 85% случаев опущения матки и влагалища падает на женщин рожавших, у которых роды осложнились нарушением целостности тазового дна, 13,5% приходится на женщин рожавших, но без нарушения целостности тазового дна, и только 1,5% приходится на женщин не рожавших, то мы имеем основание думать, что среди названных причин первое место должно быть отведено мышцам тазового дна и в частности мышцам акушерской промежности.

Наконец, я не могу здесь не коснуться еще одного обстоятельства, которое обратило на себя наше внимание в связи с нарушением питания, другими словами, голодания, вызванного непомерным ростом цен на продукты питания у нас в течение 1918, 1919 и 1920 г.г.

Так как число случаев опущения влагалища и матки за это время значительно возросло, повысилось в 1,5—2 раза, а количество выпадений матки возросло с 2,5% до 10,5%, то естественно напрашивается связать эти два факта и объяснить увеличение числа случаев опущения матки и влагалища помимо прочих условий также исхуданием и атрофией жировой клетчатки таза. За это предположение говорит, между прочим, то обстоятельство, что за последние два года увеличилось число случаев опущения влагалища и матки, как у женщин рожавших, где роды не были осложнены разрывом промежности, именно с 13,5% до 21,5%, так и у не рожавших, именно с 1,5% до 3,5%.

Хотя некоторыми, например, A. Martin'ом, Mackenrodt'ом и Küstner'ом, уже делались указания на значение атрофии жировой клетчатки таза при опущении внутренних женских половых органов, но эта причина выставлялась только, как второстепенная, в то время, как на основании приведенных наблюдений роль ее, повидимому, должна быть признана более серьезной, и она должна быть поставлена на одинаковом ряду с прочими упомянутыми причинами.

Ruptura perinei inveterata grad. II; descensus vaginae partis anterioris.

Больная К. П., 24 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику больная поступила неделю тому назад с жалобами на бели и на учащенное и болезненное мочеиспускание.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Больная, по ее словам, в раннем детстве перенесла какое то острое инфекционное заболевание, но она не может точно указать какое.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить всегда через четыре недели по четыре или пять дней, необычно и без болей; последние месячные были недели две тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась два года тому назад, и в связи с этим больная каких-либо заболеваний в области полового аппарата не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Через два месяца после выхода замуж наступила беременность, которая протекала благополучно и закончилась срочными правильными родами живым ребенком; рожала она дома с бабкой; встала после родов на седьмой день и чувствовала себя здоровой; кровянистые выделения продолжались около двух недель; месячные после родов пришли первый раз через шесть недель, затем пропали и снова стали приходить через восемь месяцев, вскоре после того, как больная перестала кормить грудью.

5. *Начало настоящего заболевания.* Спустя немного времени после родов, следовательно, около года тому назад, больная заметила появление белей, оставляющих на белье желтоватые пятна, а месяца три тому назад больная стала жаловаться на учащенные позывы к мочеиспусканию и на ощущение после окончания мочеиспускания, будто мочевого пузырь не вполне опорожнен.

6. *Болела ли чем нибудь раньше?* Кроме отмеченного в детстве заболевания, больная ничем не страдала.

7. *Отправление кишечника.* Уклонений от нормы нет.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Мочеиспускание учащено, болезненно в конце.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста (160 см), правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 60 кг).

Сердце, легкие, почки и кишечник уклонений от нормы не представляют. Температура, пульс и дыхание нормальны. При осмотре и ощупывании живота никаких изменений не наблюдается. Грудные железы развиты правильно.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на половых частях развита правильно. При раздвинутых ногах половая щель несколько зияет; окраска слизистой оболочки влагалища и влагалищного входа застойна; передняя стенка влагалища несколько выпячивается наружу, при чем это усиливается при кашле и натуживании. На месте задней влагалищной спайки беловатый рубец неправильной формы, идущий кверху слева от columna vaginalis. Расстояние от заднего края влагалищного входа до отверстия заднего прохода укорочено и равняется только трем сантиметрам. При ощупывании пальцем обе ножки m. levatoris ani оказываются не поврежденными. При бимануальном исследовании влагалищная часть матки имеет цилиндрическую форму; наружный зев в виде поперечной щели, обращен кзади от проводной оси таза; тело матки находится в нормальной антеверзии-антефлексии; форма, величина и консистенция матки, а также и подвижность ее нормальны. В придатках матки, клетчатке и брюшине таза никаких изменений нет. При надавливании пальцем со стороны влагалища на место, соответствующее шейке мочевого пузыря, большая чувствительность и позыв на мочеиспускание, но из мочеиспускательного канала ничего не выдавливается. При осмотре зеркалом слизистая оболочка влагалища и влагалищной части имеет застойный, синеватый оттенок; во влагалище имеются в умеренном количестве жидкие желтоватые выделения.

3. *Лабораторные исследования.*

а. *Исследование мочи.* Суточное количество мочи 2200 к. см; цвет янтарно-желтый; имеется помутнение; реакция нейтральная; удельный вес 1018; белка, сахара и других химических патологических элементов нет; при исследовании осадка—цилиндров нет, белые кровяные шарики в количестве 15—20 в поле зрения, имеется довольно много клеток мостильного и веретенообразной формы эпителия и фосфорнокислых солей.

б. *Исследование крови.* При исследовании крови количество эритроцитов равняется 4.600.000; процентное содержание гемоглобина 84%; показатель окраски 0,9 и общее число белых кровяных шариков 7.200.

с. *Бактериологические исследования.* Бактериологическое исследование выделений из влагалища на присутствие в них гонококка дало отрицательный результат. Степень чистоты влагалищного содержимого II; реакция кислая.

д. *Биологические реакции.* Таковых произведено не было.

Подводя итог тем данным, которые мы получили из анамнеза и при объективном исследовании, и останавливаясь сперва на анамнезе, мы можем отметить следующее: относительно периода детства больная не дает нам никаких указаний, могущих представить интерес; половая зрелость наступила своевременно, при чем месячные всегда имели правильный четырехнедельный тип и не представляли никаких уклонений от нормы, что позволяет нам заключить, что половой аппарат нашей больной, вероятно, не представлял каких либо уклонений; что касается половой жизни, то при начале ее больная не отмечает ни белей, ни рези при мочеиспускании, что до известной степени исключает инфекцию

гонорреей; как мы видим далее из показаний больной, вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая закончилась правильными срочными родами; это обстоятельство тоже до известной степени служит доказательством, что в это время половые органы нашей больной были здоровы; хотя послеродовой период прошел без осложнений, и кровянистые выделения продолжались всего около двух недель, что говорит за правильное обратное развитие матки. Тем не менее больная указывает что вскоре после родов она стала замечать появление выделений из половых частей, которые оставляют на белье желтоватые пятна; это обстоятельство все-таки заставляет нас думать, что роды или послеродовой период, протекавшие без явных отклонений от нормы, вызвали какие то изменения в половых органах; наконец, отмечаемое больной учащение мочеиспускания, сопровождаемое позывами и чувством недостаточного опорожнения мочевого пузыря, тоже приходится поставить в какую то связь с бывшими родами, так как других каких либо объяснений мы в анамнезе для них не находим.

Перейдем теперь к оценке данных, полученных при объективном исследовании, и посмотрим, могут ли они объяснить собою перечисленные жалобы больной. Результаты общего исследования таковы, что они не обнаруживают никаких патологических изменений; при гинекологическом исследовании отмеченные нами отклонения от нормы сводятся к следующему: на месте задней спайки влагалищного входа имеется беловатый рубец неправильной формы, идущий кверху во влагалище слева от *colonna rugata*; расстояние от заднего края влагалищного входа до отверстия заднего прохода укорочено; передняя стенка влагалища несколько выпячивается наружу, особенно при натуживании или кашле; окраска слизистой оболочки влагалища имеет синеватый, застойный оттенок; при надавливании пальцем со стороны влагалища на место, соответствующее шейке мочевого пузыря, имеется болезненность; во влагалище в умеренном количестве скопляются жидкие желтоватые выделения.

Из сказанного мы, во-первых, видим, что здесь имелось нарушение целостности промежности, несомненно связанное с бывшими родами, хотя больная о нем не упоминает, так как, вероятно, и не была осведомлена; что касается глубины повреждения тканей промежности, то мы должны здесь признать нарушение целостности кожи, слизистой оболочки задней стенки влагалища и некоторых мышц промежности, именно *m. constrictor cunni* и *centrum tendineum perinei*, в котором сходятся оба внутренних конца *m. m. transversi perinei superficiales*; следовательно, мы здесь будем иметь разрыв промежности второй степени (рис 14).

Во-вторых, состояние передней влагалищной стенки, которая в своем нижнем отделе выступает за пределы влагалищного входа, называется ее опущением и зависит от того, что этот отдел передней стенки влагалища лишен благодаря разрыву промежности своей нормальной опоры (рис. 15).



Рис. 14. Разрыв промежности второй степени и опущение передней стенки влагалища.

Болезненность при надавливании в области шейки мочевого пузыря зависит от воспалительных изменений в слизистой оболочке пузыря, состоящих в ее отечности и застойной гиперемии, что подтверждается синеватым цветом соседних участков слизистой оболочки влагалища; как известно, все венозные сплетения тазовой области анастомозируют между собою и не имеют клапанов.



Рис. 15. Опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря при разрыве промежности.

Наконец, желтоватые выделения, имеющиеся во влагалище, являются результатом застойной гиперемии в стенках влагалища.

Таким образом, формулируя коротко наш анатомический диагноз, мы можем его выразить следующим образом:

Ruptura perinei inveterata gradus II. Descensus vaginae partis anterioris. Catarrhus colli vesicae urinariae. Colpitis.

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы, во-первых, выяснить взаимную связь найденных нами анатомических изменений и, во-вторых, определить их отношение к жалобам больной.

Что касается первого вопроса, то мы должны взаимную зависимость анатомических отношений представить себе так: в

хронологическом порядке прежде всего произошел разрыв промежности, который благодаря небрежности или невежественности бабки, наблюдавшей за родами, остался не зашитым; вследствие этого лишенная своей нормальной опоры передняя стенка влагалища начинает опускаться, при чем опущение сперва ограничивается только ее отделом, соответствующим нижней трети влагалища.

Так как передняя влагалищная стенка тесно связана с *ligamentum vesico-vaginale*, на которой лежит задняя стенка мочевого пузыря, его шейка и мочеиспускательный канал, то при опущении первой будут смещаться по направлению к влагалищному входу соответствующие отделы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала; только наружное отверстие уретры не смещается благодаря тому, что оно прочно удерживается на месте посредством *lig. praeurethrale*.

Опущение задней стенки мочевого пузыря, называемое *cystocele*, не может не отразиться на отпавлении пузыря, так как оно неизбежно связано с нарушением кровообращения в венозном сплетении — *plexus vesico-vaginalis*. Вследствие этого слизистая оболочка шейки мочевого пузыря и внутренний его сфинктер будут находиться в состоянии застойной гиперемии и отечности, и это будет проявляться ощущением учащенного позыва, некоторой болезненностью в конце мочеиспускания и ложным желанием мочиться после надлежащего опорожнения мочевого пузыря.

Той же застойной гиперемией объясняется и наличие выделений из влагалища, которые представляют собой не что иное, как трансудат

из кровеносных сосудов влагалищной стенки, так как застойные явления не ограничиваются только упомянутым венозным сплетением, а распространяются также на plexus utero-vaginalis и прочие венозные сплетения тазовой области.

Желтоватый, гнойный характер выделений объясняется примесью клеток слущивающегося влагалищного эпителия, белых кровяных шариков и различного вида бактерий, населяющих влагалище.

Таким образом мы имели возможность выяснить, что заболевание нашей больной, имеющее своей причиной разрыв промежности во время родов, состоит в опущении передней влагалищной стенки, а это последнее обстоятельство в свою очередь вызвало нарушение кровообращения в некоторых отделах полового аппарата, благодаря чему и возник катарр шейки мочевого пузыря и застойный кольпит или вагинит. Нам остается, следовательно, только установить предсказание и наметить план лечения при данной форме заболевания.

Что касается предсказания при разрыве промежности вообще, то мы должны безусловно признать, что нарушение целостности мышц тазового дна всегда со временем вызовет сперва опущение передней влагалищной стенки, а затем и более значительное смещение тазовых органов; поэтому при разрывах промежности первой степени наложение львов сейчас же после родов желательно во избежание проникновения инфекции, а при разрывах второй и третьей степени оно необходимо также для предупреждения смещения тазовых органов.

Следовательно, всякий разрыв промежности должен быть зашит непосредственно после родов; если же по небрежности или неопытности врача или бабки, наблюдавших роды, это не было сделано своевременно, и родильница не была осведомлена о разрыве промежности, то она сама может этого вовсе не подозревать, и разрыв обнаруживается гораздо позднее при гинекологическом исследовании, вызванном каким либо другим заболеванием, или вследствие того, что начинают один за другим появляться симптомы, зависящие от постепенно развивающегося опущения органов таза; первыми из них, как мы видим у нашей больной, являются жалобы на бели и некоторые неправильности при мочеиспускании.

Если больная относится к себе невнимательно и не обратит должного внимания на первые симптомы, то впоследствии опущение тазовых органов переходит в выпадение матки и влагалища, причиняющее значительные неудобства, а иногда и страдания, не угрожающие, впрочем, опасностью для жизни больной.

Само собою понятно, что результаты лечения будут тем надежнее, и все жалобы больной, зависящие от явлений застойной гиперемии, исчезнут тем скорее, чем раньше будет приступлено к надлежащему лечению, которое должно состоять прежде всего в восстановлении целостности промежности, а затем уже в различных мероприятиях, направленных к устранению застойных явлений.

Однако, если уже успело произойти опущение передней стенки влагалища и образовалась cystocele, то ограничиться только зашиванием разрыва промежности будет недостаточно, так как растянутая передняя влагалищная стенка и после восстановления промежности продолжает оставаться опущенной; поэтому в этих случаях вместе с зашиванием разрыва мышц промежности должно производиться удаление избытка передней влагалищной стенки.

Порядок операции такой: сперва из передней стенки влагалища вырезается лоскут слизистой оболочки в виде ромба или удлиненного в продольном размере овала, и края разреза соединяются швами по длине влагалища; мы для этой цели всегда пользуемся непрерывным швом из кэтгута (рис. 16).



Рис. 16. Способ освежения при опущении передней стенки влагалища.

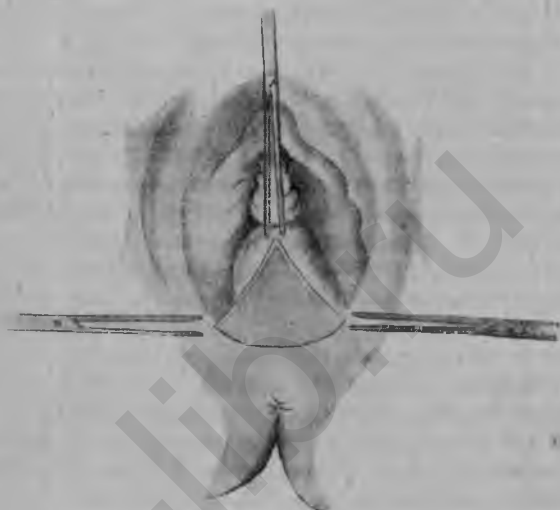


Рис. 17. Способ освежения при разрыве промежности второй степени.

Покончив с передней влагалищной стенкой, приступают к восстановлению целости промежности. Для этого прежде всего намечается и удаляется лоскут из задней стенки влагалища и кожи промежности.

Способов окровавления предложено много, но мы при неполных разрывах промежности пользуемся всегда способом Негар'а, намечая треугольный лоскут с вершиной, расположенной по средней линии на задней стенке влагалища, и с основанием, идущим в поперечном направлении по границе кожи промежности (рис. 17).

После удаления лоскута приступают к соединению мышц промежности по средней линии; и для этой цели предложено много различных способов, как в отношении применяемого материала для швов, так и их наложения; мы всегда в течение уже более десяти лет пользуемся исключительно с'емным непрерывным швом из бронзо-алюминиевой проволоки; таким путем мы избегаем оставления в тканях погружных швов, которые никогда не могут вполне исключить возможность нагноения, особенно, если для этого пользоваться шелком, который не рассасывается.

Техника применения с'емного проволочного шва весьма простая в значительной степени сокращает продолжительность операции и состоит в том, что первый выкол иглы с проволокой производится через слизистую оболочку влагалища у вершины названного треугольника; затем, идя сзади наперед, делают последовательно выкол и выкол поочередно то с той, то с другой стороны через дно окровавленного поля, отступя на сантиметр кнутри от края разреза; игла вкалывается настолько глубоко, чтобы в шов захватывались мышцы; последний выкол делается на кожу промежности; при натягивании концов проволоки площадь окровавления уменьшается, и боковые края треугольника

сближаются, удерживаясь в этом положении насчет упругости проволоки. Удаляется этот шов на восьмой или девятый день после операции таким образом, что задний конец проволоки отрезается ножницами у самого основания ее, и она вытягивается за передний конец (рис. 18, 19 и 20).

Края разреза слизистой оболочки влагалища соединяются непрерывным швом из кэтгута, а края кожного разреза соединяются узловыми с'емными шелковыми швами.

Как на передней влагалищной стенке, так и на промежности операция носит специальное название, именно: первая называется *colporrhagia anterior*, а вторая — *colporrhineorrhagia*.

В тех случаях, где *cystocele* выражено значительно, что обычно зависит от расхожде-

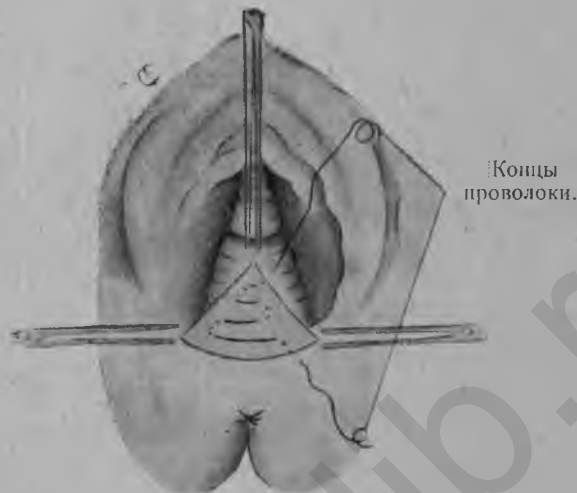


Рис. 18. Наложение с'емного проволочного шва.

ния по средней линии ножек *ligamenta vesicovaginalia*, там более надежные результаты дает способ, предложенный Винном; состоит он

в том, что после удаления лоскута влагалищной стенки обе пластинки *lig. vesicovaginale* освобождаются от лежащего на их верхней поверхности мочевого пузыря, и края их или просто соединяются по средней линии, или, для большей прочности, один край кладется на другой, так что получается дупликатура их (рис. 21 и 22).

После того как операция произведена, и послеопера-

ционный период закончен, нам остается устранить те явления, которые вызваны застойной гиперемией, именно, бели и неправильности при мочеиспускании.

Для достижения первого мы пользуемся тепловатыми (29°) влагалищными спринцеваниями с прибавлением вяжущих средств, из которых мы предпочтительно применяем 8% раствор формалина в разведении

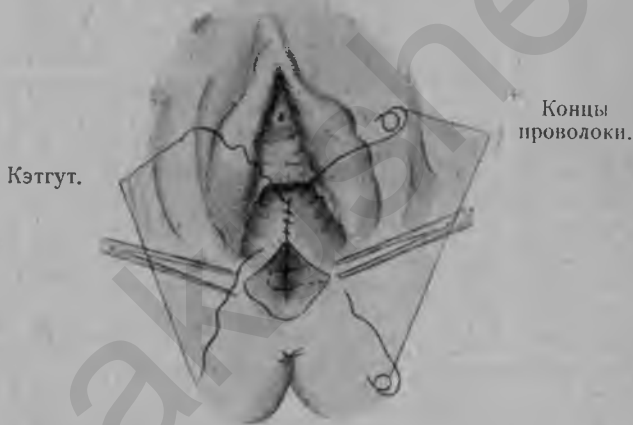


Рис. 19. Наложение непрерывного кэтгутового шва.

одной столовой ложки названного раствора на 4 стакана воды, назначая такие спринцевания по одному или по два раза в день.



Рис. 20. Наложение узловых с'емных шелковых швов.



Рис. 21. Освобождение краев lig. vesico-vaginale.

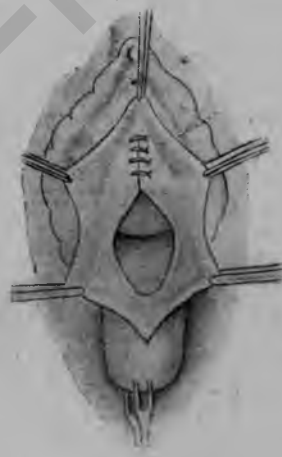


Рис. 22. Соединение краев lig. vesico-vaginale.

Передняя кольпорафия по способу *Bumm'a*.

Для лечения катарра шейки мочевого пузыря мы обычно применяем впрыскивания в мочеиспускательный канал посредством спринцовки Тарновского *argentum nitricum* в виде 1/2% раствора.

Descensus vaginae; abruptio pedunculi anterioris m. levatoris ani; retroversio-retroflexio uteri metro-endometritis corporis et colli uteri.

История болезни второй больной такая:

Больная А. С., 27 лет, замужняя, служит на табачной фабрике, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику она поступила несколько дней тому назад с жалобами на частые и обильные месячные, бели, боли в крестце и учащенные позывы к мочеиспусканию.

1. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла корь и скарлатину.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить через четыре недели по четыре дня не обильно и без болей; последние три года месячные приходят через три недели, стали обильнее и продолжаются по 6 или 7 дней; последние месячные только что кончились.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с восемнадцати лет; каких либо заболеваний или уклонений в состоянии половых органов в связи с этим больная не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая протекла без осложнений; роды наступили в срок и продолжались около 24 часов; по словам больной особенно долго тянулись потуги, и она настолько ослабела, что ребенка пришлось выжимать; ребенок родился живой; рожала больная в родильном приюте; сколько она помнит, разрыва промежности не было, так как швов ей не накладывали; после родов чувствовала она себя хорошо, температура была нормальна; выписалась она домой на восьмой день, при чем кровянистые выделения продолжались дома еще три или четыре дня. Кормила больная сама до девяти месяцев. Месячные пришли после родов первый раз через шесть недель; затем они пропали и возобновились вскоре после того, как она перестала кормить, сохранив прежний тип. Через четыре месяца после прекращения кормления наступила вторая беременность, протекавшая правильно, только больная чувствовала более сильное напирание вниз; роды наступили в срок, продолжались всего шесть часов, при чем тужиться пришлось очень мало; рожала больная в том же приюте; ребенок родился живой; после родов она

чувствовала себя хорошо и выписалась на восьмой день почти без кровянистых выделений; кормила грудью всего четыре месяца, так как ребенок умер; месячные пришли первый раз после родов только после прекращения кормления. Больше беременностей не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Спустя два года после последних родов больная стала замечать, что месячные, бывшие до тех пор правильными, начали становиться постепенно продолжительнее и обильнее; приблизительно с этого же времени появились бели и боли в крестце, а также чувство тяжести внизу живота, особенно перед месячными.

6. *Болела ли чем раньше?* Кроме упомянутых заболеваний, бывших в раннем детстве, больная других не отмечает.

7. *Отправление кишечника.* Последние два или три года больная стала замечать наклонность к запорам.

8. *Отправление мочевого пузыря.* За последний год появились учащенные позывы и иногда при кашле или смехе непроизвольное мочеиспускание.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная высокого роста (166 см), правильного телосложения и удовлетворительного питания (вес 64,5 кг), жировой подкожный слой развит достаточно; кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют; пульс 76 ударов в минуту; температура держится в пределах 36,4—36,9; число дыханий 18 в минуту, дыхание правильного типа. При осмотре живота заметны striae gravidarum; при ощупывании брюшной области никаких ненормальностей не обнаружено; размеры таза нормальны.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты правильно; при раздвинутых бедрах половая щель зияет, задняя спайка цела; кожа промежности и слизистая оболочка влагалищного входа без следов каких либо повреждений; окраска слизистой оболочки влагалищного входа и доступной глазу части влагалища синюшна; передняя стенка влагалища выпячивается во влагалищный вход; при натуживании и кашле это выпячивание увеличивается. Мышечное кольцо влагалищного входа легко растягивается пальцами; при ощупывании передних ножек m. levatoris ani слева прощупывается хорошо выраженный мышечный валик, справа же он совершенно отсутствует, и палец, введенный в нижний отдел влагалища, легко ощупывает нисходящую ветвь лобковой кости. Стенка влагалища слегка отечна, складки ее сглажены. При бимануальном исследовании влагалищная часть оказывается цилиндрической формы; она мягковата; наружный зев в виде поперечной щели и обращен несколько кпереди от проводной оси таза; тело матки прощупывается через задний свод и образует с шейкой тупой угол, открытый кзади; консистенция матки мягковата, величина ее несколько больше нормальной, ощупывание болезненно; подвижность матки нормальна, и ее легко удастся поставить в правильное положение. В придатках, клетчатке и брюшине таза изменений нет. При осмотре зеркалом слизистая оболочка влагалища и влагалищной части синюшна; на последней вокруг наружного зева имеется эрозия, выделяющаяся своим более ярким, красноватым цветом и бархатистой поверхностью; во влагалище довольно много жидких, серозно-слизистых выделений.

3. Лабораторные исследования:

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1.950 к. см, цвет янтарно-желтый; удельный вес 1016; белка, сахару и других химических патологических элементов нет; при центрифугировании получается небольшой осадок сероватого цвета, обнаруживающий под микроскопом единичные белые кровяные шарики и довольно много эпителия мочевого пузыря.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равняется 4.800.000; процентное содержание гемоглобина равно 86%; показатель окраски 0,9; общее число лейкоцитов 7.450.

с. Бактериологическое исследование. Бактериологическое исследование выделений из влагалища на присутствие в них гонококков дало отрицательный результат. Степень чистоты влагалищного содержимого III; реакция слабо кислая.

д. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

Постараемся теперь на основании полученных нами данных выяснить сущность заболевания. Для этого начнем с оценки тех результатов, которые мы получили из анамнеза. Здесь мы должны отметить следующее: в детстве больная перенесла корь и скарлатину, но это, повидимому, не отразилось на правильном развитии полового аппарата, так как период половой зрелости наступил своевременно на пятнадцатом году, и месячные установились сразу, имея правильный тип и характер; что касается начала половой жизни, то каких либо заболеваний или уклонений в состоянии половых органов в связи с этим больная не отмечает, и таким образом, мы имеем известное право исключить гонококковую инфекцию, которая, как известно, особенно часто бывает связана с началом половой жизни; вскоре после выхода замуж больная забеременела, что также говорит за правильное развитие и здоровое состояние полового аппарата в это время; беременность протекла правильно и закончилась в срок родами, которые продолжались дольше обычного; так как, по словам больной, особенно долго продолжались потуги, т.-е. затянулся период изгнания настолько, что ребенка пришлось выдавливать и так как, с другой стороны, размеры таза здесь нормальные, то мы имеем основание думать, что препятствие, мешавшее нормальному течению родов, зависело не от состояния костного таза, а лежало в мягких родовых путях; мягкие родовые пути могут оказывать ненормально большое затруднение для прохождения подлежащей части или благодаря их неподатливости или ригидности, что часто наблюдается у пожилых первородящих, или вследствие прохождения подлежащей части через этот отдел родовых путей в ненадлежащем размере; так как наша больная при первых родах находилась всего лишь в возрасте около двадцати лет, то первая из приведенных причин мало вероятна. Больная далее указывает, что ей швы после родов не накладывали; поэтому мы не имеем основания допускать здесь разрыв промежности, тем более, что рожала она в специальном учреждении при надлежащем уходе. Послеродовой период прошел без осложнений, и обратная инволюция половых органов совершалась правильно, так как кровянистые выделения после родов продолжались всего около десяти дней; доказательством тому, что роды не оставили после себя непосредственно никаких изменений в состоянии матки, служит сохранение и после родов прежнего правильного типа и характера месячных, а также сравнительно скорое наступление второй беременности, которая протекала правильно и

закончилась нормальными срочными родами. Относительно второй беременности и родов мы можем только отметить, что во время беременности больная чувствовала более сильное напирание вниз, а роды длились всего шесть часов, из чего мы можем заключить, что мягкие родовые пути не мешали быстрому прохождению подлежащей части; послеродовой период и на этот раз прошел без всяких осложнений, и больная чувствовала себя вполне здоровой, пока она не начала замечать последние три года, что месячные постепенно стали приходить чаще и сделались обильнее и продолжительнее; приблизительно в это же время появились бели и боли в крестце, а также чувство тяжести внизу живота перед месячными. Все эти изменения в состоянии больной появились не вдруг, а развивались медленно и постепенно, и мы не находим в анамнезе каких-либо прямых указаний, могущих объяснить причину и момент возникновения болезни; поэтому правильнее будет думать, что уже раньше, чем больная обратила внимание на упомянутые неправильности, в ее половом аппарате были изменения,



Рис. 23. Retroversio-retroflexio uteri, descensus vaginae, cystocele.

которые только не давали себя знать; а так как мы в анамнезе находим только одно обстоятельство, так или иначе нарушающее полное благополучие больной, именно ненормально длительный период изгнания во время первых родов, то мы и возьмем его пока под подозрение и проверим справедливость его анализом объективных данных, полученных при исследовании больной.

Подводя итоги наиболее существенным данным, полученным при исследовании, мы должны отметить следующее: во-первых, нарушение в состоянии *m. levatoris ani*, заключающееся в том, что правая ножка его отсутствует, и ее совершенно не удается ощупать; во-вторых, опущение передней влагалищной стенки; в-третьих, отклонение матки кзади с образованием тупого открытого кзади угла между ее телом и шейкой и, наконец, в-четвертых, увеличение и размягчение матки с образованием эрозии на ее влагалищной части.

На основании сказанного мы можем так формулировать анатомический диагноз в этом случае:

На основании сказанного мы можем так формулировать анатомический диагноз в этом случае:

Abruptio pedunculi anterioris dextri m. levatoris ani; descensus vaginae partis anterioris; retroversio-retroflexio uteri; metro-endometritis corporis et colli uteri.

Наша дальнейшая задача будет состоять в том, чтобы выяснить время, причину и способ происхождения этих изменений в половых органах нашей больной, привести их в определенную систему и установить взаимную связь между ними и жалобами больной.

На основании анамнеза мы приурочим начало заболевания больной или, правильнее говоря, время возникновения в ее половом аппара-

рате каких-то изменений к первым родам, при чем мы высказали подозрение, что причина их заключалась в ненормально большом препятствии со стороны мягких родовых путей в области тазового дна, которое зависело от прохождения головки через этот отдел родовых путей в ненадлежащем размере. Данные исследования подтверждают это предположение, так как отрыв правой ножки *m. levatoris ani* от места ее прикрепления к внутренней поверхности лонной кости легче всего мог произойти при условии, что головка проходила через выход таза в переднеголовном предлежании при заднем виде второй позиции, когда головка опускается на тазовое дно в правом косом раз- мере таза.

Не настаивая на безусловной правильности нашего предположе- ния, мы в конце концов должны считаться с фактом нарушения це- лости тазового дна именно во время первых родов, так как вторые роды протекли, напротив, чрезвычайно легко, и так как уже во время второй беременности большая отмечает более сильное чувство напирания вниз. Такое нарушение целостности тазового дна тоже относится к разрывам акушерской промежности, представляя одну из их разно- видностей, при чем существенное отличие заключается в том, что здесь часто может отсутствовать поранение кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа, вследствие чего непосредственно после родов разрыв может остаться нераспознанным, при чем это нельзя ставить в вину персоналу, наблюдавшему за ходом родов.

Уяснив себе время и способ возникновения нарушения целостности тазового дна в этом случае, посмотрим, насколько этот вид травмы мягких родовых путей может отразиться на состоянии полового а- парата.

По существу и здесь так же, как и в тех случаях, где имеется ти- пичный разрыв промежности второй степени, все сводится к тому, что прежде всего теряется опора для передней влагалищной стенки. Не имея достаточной поддержки, нижний отдел передней влагалищной стенки начинает опускаться по направлению к влагалищному входу, увлекая за собою постепенно вышележащие ее отделы. Этому до известной степени способствует то обстоятельство, что передняя вла- галищная стенка тесно связана с нижней стенкой мочевого пузыря, бла- годаря чему и эта последняя опускается вместе с влагалищем и обра- зует дивертикул пузыря, носящий специальное название *cystocele*; в нем скопляется моча, которая своею тяжестью еще больше выпячивает стенку влагалища; с другой стороны, такое изменение в положении мочевого пузыря не может не отразиться на его отправлениях; так как передней влагалищной стенке отвечает по своему положению не только нижняя стенка мочевого пузыря, но также его шейка и мочеиспускательный канал, то благодаря их смещению нарушается правильное кровообращение в их тканях, слизистая оболочка и мышца внутреннего сфинктера ста- новится отечной, и больная начинает жаловаться на учащенные позывы к мочеиспусканию; при конце мочеиспускания получается ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря или более или менее сильно выраженные тенезмы, и, наконец, появляется недержание мочи, ко- торое особенно легко обнаруживается при кашле, смехе и всяком на- туживании. Только нижний отдел мочеиспускательного канала и область его наружного отверстия остается на месте независимо от степени опущения влагалища, так как он удерживается посредством *ligamentum praearethrale*.

Так как верхний край передней влагалищной стенки прикрепляется к передней губе влагалищной части, то опущение влагалища, достигнув известной степени, в дальнейшем встречает на своем пути препятствие; оно будет заключаться в том, что смещению книзу влагалищной части матки по направлению проводной оси таза будет мешать крепкая парная связка, *ligamentum cardinale*, заложенная в основании широких маточных связок и прикрепляющаяся к матке с той и другой стороны на уровне внутреннего маточного зева. Но в виду того, что место прикрепления передней влагалищной стенки к *portio vaginalis* находится ниже прикрепления к матке *ligamenta cardinalia*, то потягивание опускающейся стенки влагалища за переднюю губу влагалищной части может легко заставить последнюю сместиться впереди от проводной оси таза; благодаря этому расстояние между передней и задней точками прикрепления названной влагалищной стенки станет короче и получится еще больший избыток ее длины и усиленное ее опущение, в то время как *portio vaginalis* приблизится к лону и будет более легко доступна при исследовании пальцем, при чем ее наружный зев будет обращен впереди. Такое перемещение влагалищной части матки впереди заставит тело матки по закону рычага и при неподвижной точке вращения в области внутреннего зева отклониться кзади, и мы получим ретроверсию матки. Только что представленный механизм образования ретроверсии матки вполне соответствует тому, что мы наблюдаем при наполнении мочевого пузыря или *ampulla recti*, и не выходит за пределы физиологической подвижности матки; различие будет состоять только в том, что при названных условиях ретроверсия становится постоянной, и поэтому такое положение матки должно вызвать нарушение в свободном оттоке крови из нее по *plexus uterovaginalis*. Происходит это потому, что названные венозные сплетения заложены в толще широких маточных связок, которые при отклонении матки кзади будут до известной степени перекручиваться, так как внутренние или медиальные края этих связок, прикрепленные к боковым ребрам матки, вместе с последней будут менять свое положение, в то время как наружные или латеральные края широких связок остаются неподвижно прикрепленными к боковым стенкам таза.

Заложенные в широких связках артерии обладают более упругими стенками, чем легко сдавливаемые вены; поэтому приток артериальной крови к матке будет страдать в значительно меньшей степени, чем отток венозной крови, и благодаря этому в матке будет развиваться застойная гиперемия; это в свою очередь понизит мышечный тонус маточной стенки и легко может привести к тому, что ретроверсия перейдет в ретрофлексию, т. е. образуется перегиб матки кзади в области внутреннего зева.

Вызванная неправильным положением матки застойная гиперемия должна отразиться на состоянии ее тканей, и в результате длительного переполнения кровью явится целый ряд изменений в стенках матки. Эти изменения и связанные с ними симптомы всегда вполне типичны и развиваются в определенной последовательности.

Сперва происходит пропитывание тканей матки серозным выпотом; отдельные мышечные волокна и прослойки из соединительной ткани набухают, и пространство между отдельными клеточными элементами становятся шире. Затем, начинаясь в непосредственной окружности сосудов, образуется мелкоклеточная инфильтрация тканей за счет форменных элементов крови в виде лейкоцитов и клеток раздражения

Тигк'а, которые проникают сюда через стенки сосудов, тоже измененных под влиянием отека; постепенно эта инфильтрация прогрессирует и пронизывает собою всю стенку матки. Наконец, из этих круглоклеточных элементов начинает развиваться молодая волокнистая соединительная ткань, которая со временем подвергается рубцеванию.

Соответственно этим изменениям в тканях маточной стенки мы получаем целый ряд объективных признаков, обнаруживаемых при исследовании, а также определенную группу клинических признаков, вызывающих вполне характерные жалобы больной.

Названные изменения в матке не ограничиваются только мышечной ее стенкой, а распространяются также и на слизистую оболочку полости и цервикального канала матки и в совокупности дают картину, носящую название метро-эндометрита.

Считаясь с давностью процесса, мы различаем несколько этапов метро-эндометрита, что, как мы увидим дальше, имеет большое практическое значение, так как определяет наше отношение к больной в смысле предсказания и лечения.

В этом отношении мы можем наметить следующие этапы или периоды болезни:

Первый период метро-эндометрита, отвечающий образованию отека и началу мелкоклеточной инфильтрации, объективно характеризуется тем, что матка в это время увеличена в объеме, мягка и несколько чувствительна при давлении; слизистая оболочка ее утолщена, при чем наблюдается, с одной стороны, гипертрофия и гиперплазия желез, а с другой стороны, набухание межжелезистой соединительной ткани с усиленной васкуляризацией ее за счет расширения и развития капиллярной сети сосудов. Эти изменения в мышечной стенке матки и особенно в ее слизистой оболочке проявляются в усилении секреции желез, благодаря чему увеличивается количество выделений из половых органов и появляются так называемые бели; кроме того, начинают проявляться изменения со стороны месячных, состоящие в том, что последние становятся обильнее и продолжительнее и приходят чаще. Таким образом, процесс в слизистой оболочке матки по своим анатомическим изменениям будет отвечать смешанной форме эндометрита, именно, как железистой, так и интерстициальной, а клинически он должен быть назван катарральным и геморрагическим. Последняя жалоба больной, состоящая в чувстве тяжести внизу живота и тянущих болях в крестце и пояснице, будет зависеть от застойной гиперемии, как в матке, так и вообще в области таза, так как затруднение свободного оттока крови по венам *plexus uterovaginalis* обязательно вызовет переполнение кровью и других сплетений таза, как *plexus vesicovaginalis* и *plexus haemorrhoidalis*, благодаря тому, что все названные венозные сплетения тесно анастомозируют между собою и, кроме того, вены таза не имеют клапанов. Застойная гиперемия в области *plexus vesicovaginalis*, во-первых, будет проявляться цианозом слизистой оболочки влагалища, а во-вторых, еще более усилит упомянутые уже нарушения функций мочевого пузыря. Переполнение кровью сосудов *plexus haemorrhoidalis* прежде всего обнаружится наклоном к запорам, которая будет зависеть не от механического давления отклоненной кзади матки на прямую кишку, а от того, что мышечная стенка кишки будет находиться в состоянии серозного пропитывания и теряет свой нормальный тонус.

Перейдем теперь ко второму периоду метро-эндометрита, когда на почве мелкоклеточной инфильтрации происходит усиленное разрастание молодой соединительной ткани. При исследовании больной получаемые при ощупывании матки данные сводятся к следующему: матка остается увеличенной или даже это увеличение прогрессирует настолько, что размеры матки становятся в полтора или два раза больше, чем при норме; консистенция матки изменяется в том отношении, что она становится постепенно плотнее; болезненность матки при ощупывании остается прежней. Что касается жалоб больной, то они в общих чертах остаются прежними, т. е. сводятся к белям, меноррагии и болям в крестце и пояснице; чувство тяжести внизу живота, нарушение работы мочевого пузыря и кишечника тоже продолжают оставаться в том же

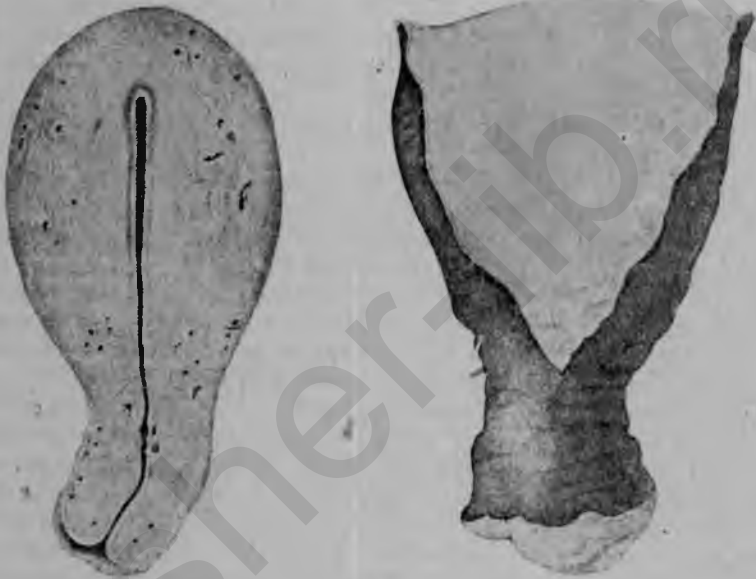


Рис. 24. Metritis chronica в стадии гипертрофии ($\frac{2}{3}$ натуральной величины).

виде; пожалуй, некоторое изменение наблюдается в том отношении, что потери крови во время месячных становятся еще более обильными благодаря тому, что в стенках сосудов матки начинает развиваться склероз и теряется их сократимость, да кроме того молодая соединительная ткань вытесняет собою и приводит к атрофии мышечные элементы маточной стенки и таким образом понижает способность к сокращению матки в ее целом (рис. 24).

Третий период метро-эндометрита в отношении анатомических изменений в тканях матки характеризуется тем, что вновь образованная соединительная ткань постепенно стареет, уплотняется, рубцуется и сморщивается. Благодаря этому мышечные элементы маточной стенки, сдавливаемые со всех сторон волокнами соединительной ткани, погибают и заменяются плотной рубцовой тканью; в стенках сосудов склероз прогрессирует, и они совершенно теряют способность спадаться. В слизистой оболочке тоже идет усиленное рубцевание в межжелезистой ткани, вследствие чего слизистая оболочка становится значительно тоньше, железы уменьшаются в количестве и в длине, количество про-

дуцируемого ими секрета становится меньше, и по характеру своему он становится более вязким.

Внутреннее исследование дает нам следующую картину: величина матки постепенно уменьшается, и нередко размеры ее становятся даже меньше нормы; консистенция матки делается плотнее и, наконец, достигает почти хрящевой плотности; болезненность при ощупывании матки уменьшается или даже совершенно исчезает, так как вместе с уменьшением величины матки прекращается перерастяжение ее брюшинного покрова (рис. 25).

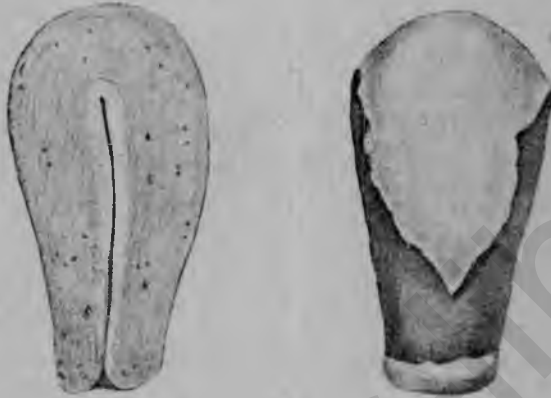


Рис. 25. Metritis chronica в стадии атрофии (2/3 натуральной величины).

Клинические симптомы, которыми проявляется данный период метро-эндометрита, состоят в том, что выделения из половых органов уменьшаются в количестве и становятся вязкими, тягучими, а бывшие до того изменения со стороны месячных, которые носили характер меноррагии, переходят сперва в метроррагию, а затем нередко заканчиваются наступлением аменорреи.

Названные перемены зависят главным образом от тех изменений которые происходят в слизистой оболочке матки и состоят в ее атрофии. Благодаря последней количество желез уменьшается: следовательно, уменьшается и количество продуцируемого ими секрета; с другой стороны, нарушается кровоснабжение эпителия желез, что отражается на характере секрета.

Как известно, кровоотделение, называемое метроррагией, отличается от меноррагии тем, что оно не обязательно совпадает с месячными, а может появляться в любое время; принимая это различие, мы можем объяснить происхождение метроррагий во время последнего периода метро-эндометрита, во-первых, склерозом сосудов маточной стенки, а во-вторых, тонкостью слизистой оболочки матки; при этих условиях для появления кровотоечения нет необходимости в менструальной гиперемии, а достаточно всякой случайной причины, вызывающей прилив крови к области таза. Однако, атрофия всех тканей матки может наконец достигнуть такой степени, что развивается полная облитерация сосудов матки и аменоррея.

Вот в общих чертах последовательный ход развития тех изменений, которые происходят в тканях матки на почве застойной гиперемии и дают картину болезни, носящей название метро-эндометрита.

Как видно из всего сказанного, мы кладем в основание всех названных изменений в матке хронический воспалительный процесс без обязательного наличия инфекции, который состоит в новообразовании соединительной ткани: однако, некоторые, например, *W. Fletcher Shaw*, на основании своих исследований приходят к заключению, что в громадном большинстве случаев, относимых к группе метро-эндометритов, анатомические изменения в мышечной стенке матки состоят



Нормальная послеродовая матка.



Хронический воспалительный метрит с обильным разращением соединительной ткани.



Хронический метрит на почве субинволюции с обильным разращением эластических волокон.



Хронический метрит на почве гипертрофии.

Рис. 26. Различные формы хронического метрита по *W. Fletcher Shaw*.

в резком увеличении количества эластических волокон (рис. 26). По наблюдениям названного автора из 100 случаев метро-эндометрита в 95 имелась гипертрофия эластических волокон, в 4 случаях имелась гипертрофия всех составных частей, т.-е. мускулатуры, соединительной ткани, эластических волокон и сосудов. и только в одном случае изменения состояли в разрастании соединительной ткани; таким образом только этот последний случай является настоящим представителем хронического метрита. Гипертрофию эластических волокон *Goodall* рассматривает, как результат недостаточного обратного развития матки

или ее субинволюции после родов или выкидыша; поэтому, почти во всех без исключения случаях, где при бимануальном исследовании обнаруживаются признаки хронического метрита, по мнению названного автора, в анамнезе должна оказаться беременность, закончившаяся так или иначе.

Если мы теперь вернемся к нашей больной, то развитие болезни у нее мы должны рисовать себе в такой последовательности: первопричиной болезни здесь является нарушение целостности тазового дна, происшедшее благодаря отрыву правой ножки *m. levatoris ani*; это обстоятельство повлекло за собою опущение передней стенки влагалища и образование *cystocele*, что в свою очередь вызвало возникновение ретроверзии-ретрофлексии матки; благодаря связанной с неправильным положением матки застойной гиперемии, у больной развился метро-эндометрит и произошло нарушение работы мочевого пузыря и прямой кишки и боли в крестце.

Что касается анатомических изменений в тканях матки у нашей больной, то мы должны признать, что здесь имеется метро-эндометрит в первом периоде, так как матка увеличена, мягка и болезненна; бели, обильные, продолжительные и частые месячные говорят за то, что изменения в слизистой оболочке матки представляют собою железисто-интерстициальный или катарально-геморрагический эндометрит; эрозия на влагалищной части матки объясняется тем, что воспалительный процесс в слизистой оболочке распространился также и на цервикальный канал и дал картину эндоцервицита.

Считаясь с временем появления жалоб у больной, срок возникновения метро-эндометрита мы должны отнести к периоду последних трех лет, т.-е. ко времени первых родов, осложнившихся нарушением целостности тазового дна, при чем до первых проявлений результатов ее или первых признаков метро-эндометрита прошло около четырех лет.

Теперь перейдем к предсказанию и лечению при метро-эндометрите вообще, включая сюда и вопрос об устранении, как вызвавших его причин, так и прочих сопутствующих ему осложнений, а затем уже остановимся на предсказании и лечении в данном случае.

Поднимая вопрос о предсказании, мы главным образом должны иметь в виду не причину болезни, которою здесь является нарушение целостности промежности, а те осложнения, которые успели развиться, как следствие застойной гиперемии; иначе говоря, все будет сводиться к тому, насколько далеко успели зайти изменения в мышечной стенке матки и ее слизистой оболочке.

Так как мы признали, что у нашей больной метро-эндометрит находится в первом периоде, то предсказание должно считаться сравнительно благоприятным.

Переходя к лечению нарушений целостности тазового дна и вызванных им осложнений вообще, мы прежде всего, конечно, должны остановиться на вопросе, как следует относиться к разрывам промежности и какими методами пользоваться для восстановления ее целостности.

Представляя себе ясно те серьезные последствия, которые влечет за собою разрыв промежности, лишая тазовые органы их опоры и допуская их смещение, мы должны без всяких оговорок признать, что во всех без исключения случаях, где нарушение целостности тазового дна не ограничивается только разрывами кожи или слизистой оболочки,

а распространяется на мышцы промежности, необходимо оперативным путем восстановить нормальное состояние тазового дна.

Как известно, различают несколько форм разрыва промежности, руководствуясь тем, какие мышцы будут повреждены: именно, может быть нарушена целостность *m. constrictor cunni*, *m.m. transversi perinei superficiales*, *m. sphincter ani externus* и, наконец, *m. levator ani*. Так как мы в данном случае имеем нарушение целостности последней из названных мышц, то мы на этой форме разрыва промежности только и остановимся.

Сущность травмы здесь сводится к тому, что правая передняя ножка *m. levatoris ani* оторвана от места ее прикрепления к внутренней поверхности правой лонной кости; поэтому оперативное лечение должно было бы состоять в прикреплении оторванной ножки на ее обычное место. Такой способ операции, правда, предлагался, но он настолько технически сложен и мало надежен, что не нашел широкого распространения. Отыскать оторванную ножку, успевшую сократиться и атрофироваться с течением времени, представляется далеко не легкой задачей, а с другой стороны, прикрепление ее к надкостнице лобковой кости вряд ли может быть достаточно прочным. Поэтому мы в таких случаях ограничиваемся только сужением просвета влагалища и его входа посредством обыкновенной кольпоперинеоррафии, как при разрывах промежности второй степени, при чем избыток передней влагалищной стенки удаляется при помощи передней кольпоррафии.

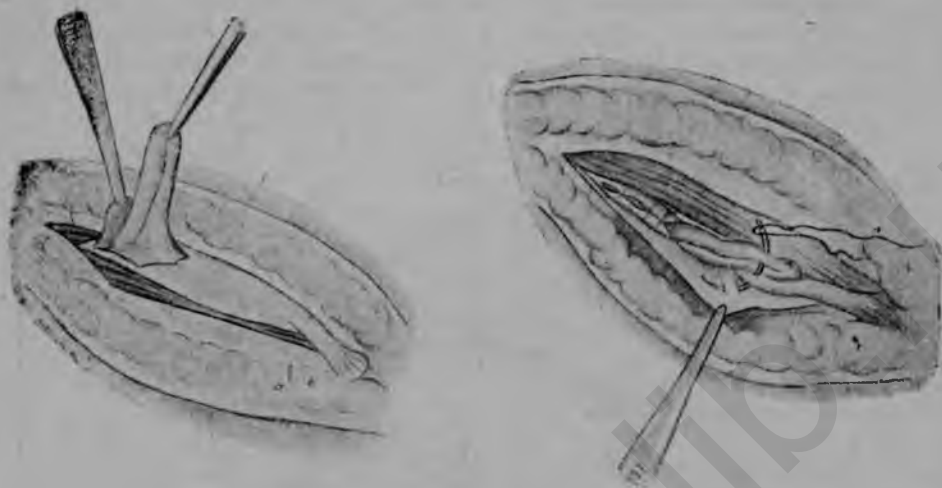
В последнее время *Fothergill*'ем предложен способ видоизмененной передней кольпоррафии, состоящий в том, что удаляемый лоскут стенки влагалища имеет форму не овала, а треугольника с основанием, лежащим в переднем влагалищном своде, благодаря чему достигается не только удаление избытка влагалищной стенки, но и исправление ретроверзии матки (рис. 27).



Рис. 27. Форма лоскута при передней кольпоррафии по способу *Fothergill*'а.

Более надежные результаты в смысле исправления ретроверзии-ретрофлексии матки дает укорочение круглых маточных связок тем или иным способом. Наиболее распространенными из них являются следующие: Во-первых, способ *Alexander-Adams*'а, состоящий в том, что посредством разрезов вдоль Пупартовых связок вскрываются поочередно оба паховых канала, отыскиваются внутренние их отверстия, вскрываются *processus vaginales* брюшины и через полученные отверстия извлекаются петли внутрибрюшинных отделов круглых связок, которые укрепляются швами в паховых каналах, после чего над ними сшиваются края разрезанных мышц и кожи (рис. 28); этот способ показан в тех случаях, когда нет ни сращений в брюшине таза, ни каких либо изменений со стороны придатков матки. Во-вторых, способ, предложенный недавно *Dartigues-Webster*'ом, который, как уже нами было описано выше, состоит в том, что по вскрытии брюшной полости петли круглых связок выводятся на заднюю поверхность матки через отверстия, сделанные тупым путем в широких маточных связках под *ligamentum ovarii proprium* с каждой стороны; здесь они фиксируются в области тела матки несколькими тонкими шелковыми швами; назван-

ная операция может быть произведена как брюшно-стеночным способом, так и влагалищным, при чем в последнем случае в брюшную полость проникают посредством передней кольпотомии, и для того, чтобы сделать себе доступную заднюю поверхность матки, последняя извлекается во влагалище через разрез в брюшине переднего



Извлечение петли круглой связки.

Укрепление петли круглой связки.

Рис. 28. Операция укорочения круглых связок по *Alexander Adams*'у.



Рис. 29. Укорочение круглых связок по способу *Dartigues-Webster*'а через влагалище. (Проведение петли круглой связки через толщу широкой связки).



Рис. 30. Укорочение круглых связок по способу *Dartigues-Webster*'а через влагалище. (Укрепление круглых связок на задн. поверхности матки).

Дугласова пространства (рис. 29 и 30). Наконец, в-третьих, круглые связки могут быть укорочены по способу *Menge*, который от предыдущего отличается тем, что петли круглых связок укрепляются на передней поверхности матки (рис. 31).

Кроме оперативного лечения при отклонении матки кзади может быть поднят вопрос о консервативном лечении при помощи пессариев. Для этой цели в настоящее время обыкновенно пользуются кольцом *Hodge* из твердого каучука. Перед тем как кольцо будет поставлено, должна быть восстановлена целостность промежности, и матка должна быть приведена в правильное положение; в дальнейшем кольцо требует систематического контроля и ухода, для чего больная должна по крайней мере каждые шесть месяцев являться к врачу, и кольцо должно быть удалено, тщательно очищено и введено вновь в случае

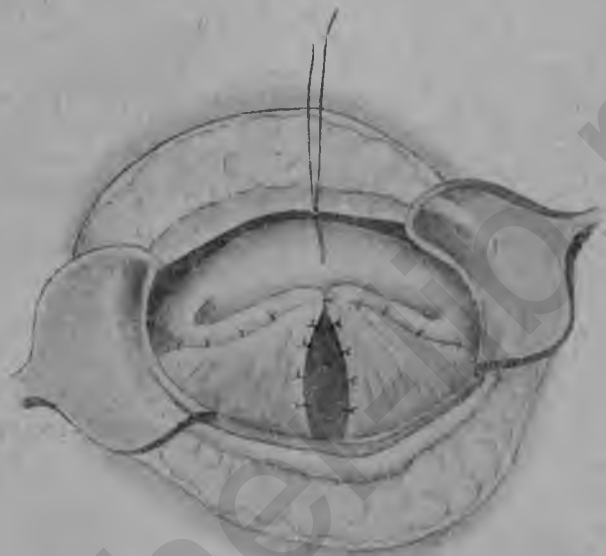


Рис. 31. Укорочение круглых связок по способу *Menge*.

отсутствия во влагалище признаков раздражения; иначе на некоторое время больная должна быть оставлена без кольца; при таком наблюдении за больной кольцо можно носить в течение многих лет; для того, чтобы предупредить запрокидывание матки в первое время после того, как поставлено кольцо, следует рекомендовать больной коленно-локтевое положение или положение „à la vache“ утром и вечером по 10—15 минут; такое положение создает в брюшной полости отрицательное давление, и тело матки благодаря собственной тяжести отклоняется кпереди. Однако, надо иметь в виду, что кольцо никогда не дает нам полной гарантии в том, что матка при всяких условиях сохранит свое правильное положение; поэтому у женщин, занимающихся физическим трудом, оперативное исправление ретроверзии-ретрофлексии матки заслуживает предпочтения (рис. 32).

После того как положение матки будет исправлено тем или иным способом, нам останется устранить те болезненные явления, которые связаны с застойной гиперемией в органах таза и проявляются в виде белей, обильных, частых и продолжительных месячных, болей в крестце, чувства тяжести внизу живота, нарушения работы мочевого пузыря и кишечника.

Именно здесь, поднимая вопрос о лечении метро-эндометрита, чрезвычайно важно точно установить, в каком периоде он находится, так как от этого будет зависеть выбор лечебного метода.

В тех случаях, когда воспалительный процесс в мышечной стенке и слизистой оболочке матки ограничивается только отеком тканей и мелкоклеточной инфильтрацией, т.е. когда мы будем иметь первый период болезни, там есть полное основание надеяться, что средства, сокращающие сосуды и мышцы маточной стенки, устранят явления гиперемии. Эти средства будут состоять в следующем: во-первых, внутрь следует назначать один из препаратов спорыньи, например, *extractum fluidum secalis cornuti* по 15—25 капель три раза в день; это средство можно давать в чистом виде или в комбинации с *extractum fluidum hydrastis canadensis* или *extractum fluid. viburni prunifolii* в той же дозировке; во-вторых, надо рекомендовать больной горячие влагалищные спринцевания или души; больная должна делать их лежа в постели утром и вечером, при чем кружку следует вешать повыше, жидкости брать немного, стакана 3 или 4, а температура, начиная с 32 градусов и прибавляя каждый день по одному градусу, должна быть доведена по крайней мере до 38 градусов; одним словом, спринцевания следует организовать так, чтобы термическое и механическое действие струи жидкости



Рис. 32. Кольцо *Hodge* in situ.



Кольцо *Hodge*'a.

Рис. 32.

было не продолжительно, но энергично; в-третьих, здесь можно применить вибрационный или ручной гинекологический массаж, чтобы таким путем вызвать рефлекторное сокращение мускулатуры матки.

Если бы эти меры не устранили вполне явлений эндометрита, то с успехом можно применить выскабливание слизистой оболочки полости матки.

Там, где воспалительный процесс уже достиг второго периода, и где имеется разрастание соединительной ткани еще без резко выраженной склонности к рубцеванию и сморщиванию, будет показанным, кроме применения всех вышеназванных мер, назначить систематические впрыскивания в полость матки иодной настойки по 1—2 к. см, два или три раза в неделю, посредством шприца *Брауна*; смысл этих впрыскиваний состоит в том, что помимо местного прижигающего влияния на слизистую оболочку матки иод всасывается и способствует рассасыванию вновь образованной соединительной ткани; с этой же целью в последнее время предлагается применение подкожных впрыскиваний фибролизина; выскабливание слизистой оболочки в таких случаях нерационально, так как процесс здесь не огра-

ничивается слизистой оболочкой, а успел уже распространиться на мышечную стенку.

Наконец, в третьем периоде метро-эндометрита, когда рубцевание соединительной ткани успело зайти далеко, иногда единственным средством, могущим избавить больную от кровотечений, является удаление матки.

Для того, чтобы улучшить вообще кровообращение в области таза, можно с успехом пользоваться теплыми солено-хвойными ваннами.

Если неправильности со стороны мочеиспускания не удастся устранить общими мерами, то приходится прибегнуть к местному лечению в виде впрыскивания в уретру $1/4\%$ — $1/2\%$ раствора *argentum nitricum*.

Для устранения запоров приходится пользоваться легкими слабительными, например, *cascara sagrada*.

Нам остается еще решить, какие принять меры для лечения эндометрита, проявляющегося образованием эрозии на влагалищной части. С этой целью мы обычно пользуемся смазываниями цервикального канала и влагалищной части 5% раствором *argentum nitricum* посредством зонда Плейфера, обмотанного ватой; кроме того, назначают влагалищные спринцевания из теплой воды с прибавлением на каждые три стакана воды одной столовой ложки следующей смеси: *aceti pyroliginosi* 40,0; *acidi tannici* 40,0; в более упорных случаях можно применять ту же смесь в виде влагалищных ванночек при помощи трубчатого зеркала.

Переходя к нашей больной, мы можем наметить следующий план лечения: сперва произведем выскабливание полости матки, затем укоротим круглые связки посредством передней кольпотомии с одновременным удалением лоскута из передней стенки влагалища, наконец, закончим операцию восстановлением тазового дна по типу зашивания промежности при разрыве второй степени; при таком распределении все оперативное вмешательство может быть произведено в один прием со стороны влагалища; после того как закончится послеоперационный период, можно перейти к лечению ваннами, горячими влагалищными спринцеваниями с древесным уксусом и таннином и к назначению внутрь *extract. fluid. secalis cornuti* по 15 капель три раза в день, за несколько дней до и во время месячных.

Ruptura perinei grad. III; descensus vaginae, retroversio-retroflexio uteri, metro-endometritis, laceratio colli uteri, ectropioni.

Перейдем теперь к следующей больной; ее история болезни такова:

Больная Н. К., 24 лет, замужняя, прислуга, уроженка Новгородской губернии, русская.

В клинику она поступила несколько дней тому назад с жалобами на неправильные и обильные месячные, бели, боли в крестце, недержание газов и жидкого стула.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Каких-либо заболеваний в детстве больная не помнит.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные пришли на шестнадцатом году, тип их установился сразу, и они стали приходиться через 4 недели по 5 дней, без болей, не обильно. Последние месячные только что кончились.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с двадцати лет, при чем никаких отклонений в состоянии половых органов больная в связи с ней не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Больная была беременна только один раз, при чем беременность наступила вскоре после выхода замуж, протекала нормально и закончилась срочными родами. Рожала больная в родильном приюте, роды продолжались 36 часов и были закончены при помощи щипцов; ребенок родился мертвый; при родах произошел разрыв промежности, который был зашит; но швы нагноились, и разрыв не сросся. После родов больная лихорадила несколько дней и выписалась в конце третьей недели, при чем в это время у нее еще были кровянистые выделения, которые продолжались до шести недель и перешли в обильные месячные.

5. *Начало настоящего заболевания.* Со времени родов больная не чувствует себя вполне здоровой; месячные стали приходиться чаще, иногда через три и даже через две недели; продолжительность их увеличилась до 8—10 дней, и они стали обильнее. Выделения не прекращались со времени родов, только изменили свой характер и из кровянистых перешли в гнойные. Вскоре после родов начались боли в крестце.

6. *Болела ли чем раньше?* Каких-либо общих или специально гинекологических заболеваний больная не указывает.

7. *Отправления кишечника.* Со стороны кишечника имеется наклонность к запорам, которая обнаружилась только после родов; с этого же времени больная лишилась способности удерживать газы и жидкие испражнения.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Перед месячными больная замечает учащенные позывы,

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста (160 см), правильного сложения, кроме небольшого искривления нижних конечностей; питание плохое (вес 49 кг); жировой подкожный слой развит слабо; слизистые оболочки бледны. Внутренние органы нормальны; пульс 80 ударов в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 18 в минуту, правильного типа; температура держится в пределах нормы от 36,5 до 36,8. При осмотре живота заметны *striae gravidarum*; при ощупывании брюшной области ничего ненормального обнаружено. Измерение таза дало следующие результаты: *dist. trochanterica* 32 см, *dist. cristarum* 29 см, *dist. spinarum* 28,5 см, *conjugata externa* 18 см, *conjugata diagonalis* 10 см; таким образом таз оказывается плоским рахитическим.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты правильно; при раздвинутых ногах половая щель зияет: в области кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа звездчатый рубец; мышечное тело акушерской промежности разрушено, и влагалищный вход отделяется от заднепроходного отверстия только узким рубцовым мостиком; окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища синюшная; передняя стенка влагалища опущена и выпячивается во влагалищный вход; при кашле и натуживании это выпячивание увеличивается. При внутреннем исследовании влагалищная часть матки оказывается цилиндрической формы, плотная, величина ее нормальна; наружный зев имеет вид поперечной щели с боковыми надрывами, при чем справа надрыв распространяется почти до свода; наружный зев обращен впереди от проводной оси таза. Тело матки прощупывается через задний свод и образует с шейкой угол, открытый кзади; консистенция матки плотная, величина ее больше нормальной; ощупывание болезненно, подвижность матки нормальна. В придатках, клетчатке и брюшине таза изменений нет. При осмотре зеркалом во влагалище оказываются слизисто-гнойные выделения в умеренном количестве; слизистая оболочка синюшна; передняя и задняя губы влагалищной части несколько развернуты, и глазу доступна часть слизистой оболочки цервикального канала, отличающаяся от окружающих тканей своим красноватым цветом. При измерении зондом длина всей полости матки равна 9 см.

3. Лабораторные исследования.

а. *Исследование мочи.* Суточное количество мочи 2100 куб. см; цвет янтарножелтый; удельный вес 1014; белка, сахара и других химических патологических элементов нет; при центрифугировании получен небольшой беловатый осадок, обнаруживающий под микроскопом единичные белые кровяные шарики и довольно много эпителия мочевых путей.

б. *Исследование крови.* Число эритроцитов равно 4.100.000; процентное содержание гемоглобина равняется 62%; показатель окраски 0,75; общее число лейкоцитов равняется 7600.

с. Бактериологическое исследование. Исследование выделений из влагалища на присутствие в них гонококков дало отрицательный результат. Степень чистоты влагалищного содержимого IV; реакция щелочная.

d. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

Для того, чтобы в данном случае выяснить сущность заболевания, проследим внимательно анамнез и объективное исследование.

Начиная с анамнеза, мы можем отметить, что ни в детском возрасте больной, ни при наступлении половой зрелости, ни при начале половой жизни никаких отклонений от нормального состояния здоровья не обнаружено, и таким образом мы имеем основание считать, что развитие полового аппарата совершалось правильно, и что инфекции гонококками при начале половой жизни не было. Дальнейшим подтверждением тому, что половые органы у нашей больной к началу ее замужества находились в здоровом состоянии, служит то обстоятельство, что первая беременность наступила вскоре после начала половой жизни и протекала правильно.

Первая ненормальность, на которую приходится обратить внимание, состояла в том, что роды продолжались 36 часов, т. е. значительно дольше обычного, что они были закончены щипцами и осложнились разрывом промежности, который был зашит, но швы нагноились, и сращение не было достигнуто.

Далее следует отметить, что больная после родов несколько дней лихорадила, и что кровянистые выделения после родов продолжались до шести недель и закончились обильными месячными.

Начиная с родов, больная уже не чувствовала себя вполне здоровой, так как месячные изменили свой прежний характер и стали обильнее и чаще; кроме того, появились гнойные бели и боли в крестце.

Из приведенных данных анамнеза мы можем сделать тот вывод, что роды оставили после себя изменения в половых органах больной, при чем характер жалоб больной говорит скорее всего за метрорендометрит, развившийся вследствие послеродовой инфекции.

Перейдем теперь к оценке данных, полученных нами при исследовании больной.

При общем исследовании мы могли отметить только явления истощения больной, сказывающиеся в бледности слизистых оболочек, в слабом развитии подкожного жирового слоя и в относительно низком весе больной по сравнению с ее ростом. Кроме того, измерение таза обнаружило его ненормальное строение, при чем полученные размеры заставляют признать его за плоский рахитический таз, что подтверждается также искривлением нижних конечностей.

При гинекологическом исследовании нами были обнаружены следующие отклонения от нормального состояния половых органов: половая щель зияет; в области кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа имеется звездчатый рубец; мышечное тело акушерской промежности разрушено, и влагалищный вход отделяется от заднепроходного отверстия только узким рубцовым мостиком; окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища синеватая; передняя стенка влагалища опущена и выпячивается наружу, при чем это выпячивание усиливается при кашле и натуживании; влагалищная часть матки плотнее нормального; на ней имеются боковые надрывы, из которых левый глубже и распространяется почти до бокового свода;

матка находится в ретроверзии-ретрофлексии; консистенция ее плотная, величина больше нормальной, ощупывание болезненно; длина всей полости матки равняется 9 см; из матки выделяются слизисто-гнойные зеленоватые бели (рис. 33 и 34).

На основании сказанного мы можем кратко формулировать полученные нами анатомические изменения в половых органах больной так:

Ruptura perinei grad. III. Descensus partis anterioris vaginae. Retroversio-retroflexio uteri. Metroendometritis. Laceratio colli uteri. Ectropion.



Рис. 33. Ruptura perinei completa inveterata.

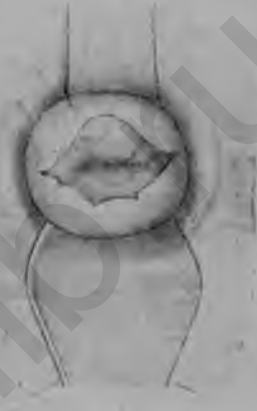


Рис. 34. Laceratio colli uteri; ectropion.

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы привести в определенную систему полученные данные, выяснить время, причину и способ происхождения найденных изменений и определить их отношение к жалобам больной.

Что касается времени возникновения некоторых из приведенных изменений, то разрыв промежности и надрывы на шейке, несомненно, относятся к родам и, по всей вероятности, являются непосредственным следствием извлечения плода щипцами, при чем predisposing обстоятельством могло послужить истощение и плохое питание больной, благодаря чему сопротивляемость тканей была понижена.

Остальные изменения в половом аппарате нашей больной должны были развиваться в такой последовательности: на почве разрыва промежности сперва образовалось опущение передней стенки влагалища, затем последнее повлекло за собою смещение влагалищной части кпереди по направлению к лону, благодаря чему тело матки должно было отклониться кзади, другими словами образовалась ретроверзия матки; вызванная ею застойная гиперемия в матке способствовала нарушению тонуса мышечной стенки матки, вследствие чего тело матки под действием внутрибрюшного давления отклонилось еще более кзади, и ретроверзия перешла в ретроверзию-ретрофлексию матки; такое положение матки должно было в еще большей мере нарушить кровообращение в ней, и таким образом создались условия, благоприятствующие развитию метро-эндометрита.

Разрывы на влагалищной части тоже не могли остаться без влияния; именно, они прежде всего вызвали расхождение передней и задней губ portio vaginalis или так называемый ectropion, благодаря чему впослед-

ствии должен быть развит метрит шейки матки и воспаление слизистой оболочки цервикального канала или эндоцервицит.

Вот в основных чертах те изменения, которые должны были развиться на почве повреждения мягких родовых путей во время родов. Однако, в настоящем случае имеется еще одно обстоятельство, которое тоже не могло остаться без влияния. Мы имеем в виду указания больной в анамнезе на то, что послеродовой период осложнился повышением температуры, т. е. что здесь имела место какая то инфекция.

Так как по словам больной разрыв промежности был зашит непосредственно после родов, но в швах произошло нагноение, и они не срослись, то можно было бы думать, что повышение температуры зависело от этого; однако мы, во-первых, обычно не наблюдаем повышения температуры при нагноении в швах, наложенных на разрыв промежности, так как рана поверхностная и открытая, благодаря чему всасывание токсинов незначительно; во-вторых, больная указывает нам на то, что кровянистые выделения после родов продолжались у нее в течение шести недель вместо обычных 10 дней, другими словами, обратная инволюция матки совершалась неправильно, что должно вызвать у нас подозрение на возможность здесь эндометрита, возникшего непосредственно после родов благодаря инфекции, проникшей в полость матки. Подозрение это становится тем более вероятным, что роды тянулись необычно долго и потребовали оперативного вмешательства, связанного с манипуляциями в родовых путях; кроме того, непосредственно после родов появились выделения, которые приняли гнойный характер и продолжают до сих пор, а со стороны месячных обнаружилось изменения, состоящие в том, что они стали приходить чаще и сделались продолжительнее и обильнее.

Принимая в соображение все вышесказанное, мы имеем основание думать, что в развитии метро-эндометрита здесь сыграла большую роль, помимо разрыва промежности и связанного с ним смещения тазовых органов, имевшая место послеродовая инфекция, которая вызвала недостаточную обратную инволюцию матки.

Таким образом в настоящем случае мы можем представить себе развитие хронического метрита приблизительно так, как это делает W. Fletcher Shaw, т. е. что анатомические изменения в мышечной стенке матки состоят в резком увеличении количества эластических волокон, хотя на ряду с этим весьма возможно допустить и усиленное развитие соединительной ткани, как результат воспалительного процесса.

Признав у нашей больной наличие метро-эндометрита, мы должны решить, какому периоду данной формы заболевания отвечают найденные нами изменения в матке. Так как матка по своей величине превышает нормальные размеры и так как консистенция матки плотнее нормальной, то мы должны признать, что имеем здесь метрит во втором периоде его развития, так как на первый план выступает уже не застойная гиперемия с отеком стенки матки, а гипертрофия соединительной ткани, которая еще не успела перейти в состояние сморщивания и рубцевания. В слизистой оболочке матки изменения сводятся к гипертрофии межжелезистой ткани и к усиленной васкуляризации ее, а с другой стороны имеется также гипертрофия и гиперплазия желез; таким образом по характеру анатомических изменений мы можем признать здесь эндометрит железисто-интерстициальный, а по клиническим симптомам, состоящим в меноррагии и гиперсекреции желез, эндометрит катарально-геморрагический.

Что касается анатомических изменений специально в шейке матки, то они отчасти являются результатом общего метро-эндометрита, отчасти же зависят от разрыва шейки и образовавшегося на этой почве зияния цервикального канала; благодаря последнему обстоятельству слизистая оболочка цервикального канала становится более доступной различным вредным влияниям, и в ней развивается воспалительный процесс, который главным образом отражается на состоянии желез, вызывая гиперсекрецию; эта последняя сказывается как в увеличении количества вязкого слизистого секрета, так и в растяжении и переполнении отдельных желез их содержимым, благодаря чему образуются так называемые *ovula Nabothi*.

Если наше предположение о недостаточном обратном развитии матки после родов в данном случае правильно, то мы можем здесь несколько иначе объяснить происхождение ретроверзии-ретрофлексии матки; именно, помимо влияния разрыва промежности и связанного с ним опущения тазовых органов, существенную роль в этом отношении могло сыграть зависящее от субинволюции матки состояние ее мышечной стенки; оно должно было заключаться в том, что матка дольше обычного оставалась увеличенной и относительно тяжелой, при чем мышечная стенка не имела своего нормального тонуса; вполне естественно ждать в подобных случаях, что такая матка под влиянием внутрибрюшного давления, особенно при длительном лежании лихорадящей родильницы на спине, легко может перейти в положение ретроверзии, а затем и ретрофлексии. Таким образом в подобном случае независимо от степени нарушения целостности промежности, независимо даже вообще от состояния тазового дна, мы в конечном результате должны ожидать образования ретроверзии-ретрофлексии матки, сопровождающейся всеми явлениями метро-эндометрита.

Установив время, причину и способ возникновения, а также сущность имеющихся, в данном случае, анатомических изменений в половых органах, посмотрим, насколько они могут служить причиной имеющихся жалоб больной.

Как мы видели из слов больной, они состоят в недержании газов и жидкого стула, в частых, длительных и обильных месячных, в белях и в болях в крестце.

Что касается первой жалобы на недержание газов и жидкого стула, то она без труда может быть объяснена характером нарушения целостности промежности, так как разрыв распространился здесь на всю акушерскую промежность вплоть до прямой кишки и, следовательно, кроме *m. constrictor cunni* и *centrum tendineum perinei* нарушена также целостность *m. sphincter ani externus*.

Остальные жалобы на меноррагии, бели и боли в крестце являются результатом имеющегося у больной метро-эндометрита.

Наконец, нам остается установить в настоящем случае предсказание и наметить план лечения.

Что касается первого, то в отношении восстановления целостности промежности предсказание должно быть признано безусловно благоприятным, так как зашивание промежности не представляет здесь каких либо специальных трудностей, а вместе с этим должны исчезнуть жалобы на недержание газов и жидкого стула.

Совершенно иным будет предсказание относительно возможности устранить остальные жалобы. Так как они зависят от метро-эндометрита, который уже успел зайти довольно далеко, а именно перешел во

второй период, то надеяться на полное излечение здесь, конечно, не может быть никакого основания, и все будет сводиться только к тому, насколько мы будем в состоянии воспользоваться лечением симптоматическим.



Рис. 35. Способ окровавления при полных разрывах промежности по *Freund*'у.

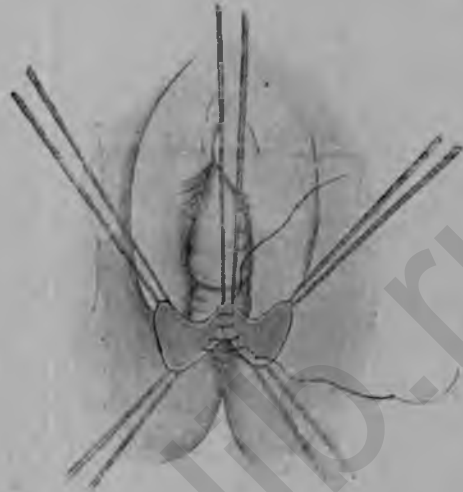


Рис. 36. Способ наложения с'емного волочного шва на стенку прямой кишки.

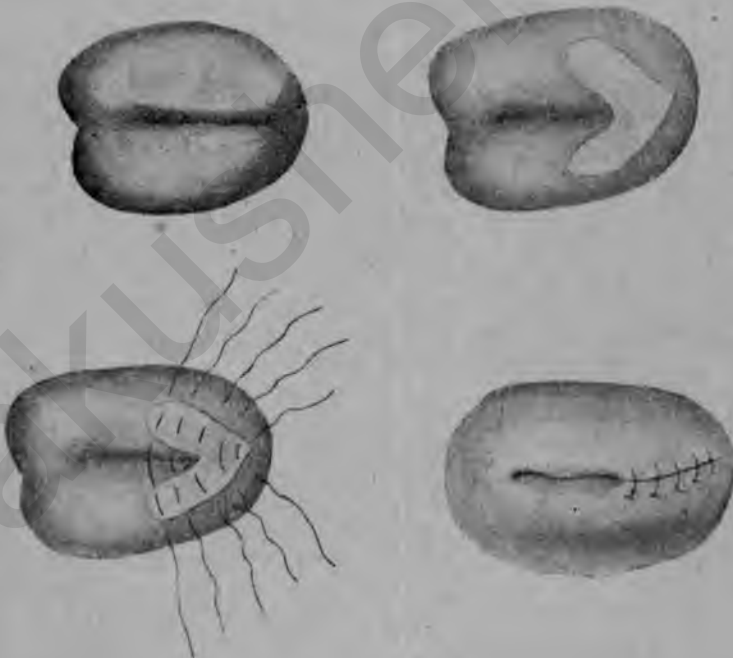


Рис. 37. Операция *Emmet*'а при *laceratio colli uteri*.

В подобных случаях, когда время для радикального лечения уже упущено, становится особенно очевидным то значение, которое имеет

профилактика таких заболеваний. Если бы здесь своевременно было распознано неправильное положение матки, и была бы дана верная оценка тем последствиям, которыми оно угрожает, то оказалось бы



Рис. 38. Laceratio colli и гипертрофия шейки.



Рис. 39. Клиновидное иссечение влагалищной части.

Excisio cuneiformis по Schröder'y.



Рис. 40. Наложение швов при клиновидной эксцизии.

чрезвычайно просто их предупредить; поэтому следует признать обязательным производить внутреннее исследование каждой роженицы прежде, чем ей будет разрешено встать или выписаться из родильного учреждения; второе внутреннее исследование должно быть произведено по истечении шести недель после родов, когда заканчивается обратное развитие матки.

Если при исследовании окажется, что матка отклонена кзади и что обратное развитие ее совершается недостаточно энергично, то применением кольца Hodge в комбинации с горячими влагалищными спринцеваниями и с назначением внутрь препаратов спорыньи мы легко можем достигнуть стойкого устранения названных изменений.

Что касается лечения подобных больных, то оно распадается на два момента. Во-первых, должна быть восстановлена целостность промежности и влагалищной части матки; во-вторых, должны быть устранены явления, зависящие от метро-эндометрита.

Зашивание промежности при разрывах третьей степени по своей технике несколько отличается от зашивания промежности при разрыве второй степени. Различие будет заключаться в том, что для восстано-



Рис. 41. Направление разреза.



Рис. 42. Удаление влагалищной части.
Круговая ампутация шейки.

вления сфинктера прямой кишки и создания тела промежности форма окровавления должна быть не в виде треугольного лоскута, а в виде бабочки по способу, предложенному *Freund*'ом. Кроме того, при зашивании полных разрывов промежности особенно хорошую услугу всегда нам оказывало применение с'емного непрерывного проволочного бронзо-алюминиевого шва, как при соединении краев слизистой оболочки прямой кишки, так и при соединении мышц промежности; названный шов накладывается в таких случаях в два этажа (рис. 35 и 36).

Восстановление целостности влагалищной части матки обычно производится по способу, предложенному *Emmet*'ом, который состоит в образовании небольших поверхностей окровавления на передней и задней губе соответственно месту разрыва (рис. 37).

Устранив нарушение в половых органах, причиненные травмой, переходим к лечению метро-эндометрита. Как нами уже было указано, оно в данном периоде болезни должно будет ограничиться главным образом лечением симптоматическим, именно, назначением внутрь средств, вызывающих сокращение мышц и сосудов матки, в виде: *extr. fluid. secalis cornuti*, *extr. fluid. viburni prunifolii* или *extr. fluid. hyd-*



Рис. 43. Наложение швов.

gastis canadensis, которые применяются во время месячных; кроме того, хорошие результаты может оказать систематическое впрыскивание в полость матки иодной настойки; наконец, некоторую пользу могут принести горячие влагалищные спринцевания под высоким давлением.

Для лечения эндоцервицита, кроме дезинфицирующих спринцеваний, приходится пользоваться систематическим смазыванием слизистой оболочки цервикального канала раствором серебра в виде *solutio argenti nitrici 5%* при помощи зонда *Плейфера*, обернутого тонким слоем ваты.

Наконец, в тех случаях, где метрит шейки выражен резко, приходится прибегать к оперативному вмешательству, которое будет состоять или в клиновидной эксцизии влагалищной части матки по способу, предложенному *Schröder*'ом (рис. 38—40), или в круговой ампутации шейки (рис. 41—43).

Эти оперативные приемы имеют целью удалить избыток ткани шейки и придать ей правильную форму.

Ruptura perinei inveterata grad. II; prolapsus uteri incompletus; prolapsus vaginae completus; elongatio colli uteri.

История болезни следующей больной такая:

Больная О. С., 52 лет, вдова, кухарка, уроженка Тверской губернии, русская.

В клинику она поступила шесть дней тому назад с жалобами на кровянистые выделения, тяжесть внизу живота и ощущение какого то постороннего тела в области наружных половых частей.

I. Анамнез.

1. *Детство.* Больная не помнит, болела ли она чем нибудь в детстве.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году и стали приходиться через четыре недели по 4 дня без болей и не обильно; последние пять лет месячные приходили чаще, обильнее и иногда продолжались около двух недель; прекратились месячные совершенно три года тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная начала жить половой жизнью на двадцать-втором году и в связи с этим никаких уклонений в состоянии половых органов не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Вскоре после выхода замуж наступила беременность, протекавшая правильно и закончившаяся нормальными срочными родами живым ребенком; рожала больная в приюте и выписалась домой на восьмой день вполне здоровая; она кормила грудью в течение года, причем месячных во время кормления не имела; после прекращения кормления месячные вскоре восстановились, сохранив прежний характер. Через два года после первых родов больная забеременела снова, и роды и послеродовой период прошли также благополучно, хотя она рожала дома с повивальной бабкой; месячные появились тоже через год после родов, когда больная прекратила кормление. Больше родов не было, но были еще две беременности, закончившиеся выкидышами на третьем и втором месяцах; причину выкидышей больная установить не может; оба раза больная лежала в больнице, где ей делали выскабливание, при чем она быстро поправлялась; последний выкидыш был двадцать лет тому назад.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная отмечает, что спустя три или четыре года после вторых родов месячные постепенно сделались более обильными и продолжительными, и одновременно с этим появились бели и тянущие боли в крестце; через два с половиною года после того, как месячные совершенно прекратились, т.е. около

шести месяцев тому назад, начались постоянные кровянистые выделения в небольшом количестве, и вместе с этим больная стала жаловаться на ощущение постороннего тела в области наружных половых частей.

6. *Болела ли чем раньше?* Каких либо общих или специально гинекологических заболеваний больная не указывает.

7. *Отправление кишечника.* Со стороны кишечника наблюдаются постоянные запоры.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Больная жалуется на появляющиеся в последнее время затруднения при мочеиспускании; как она говорит, „мочу закладывает“.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная небольшого роста (156 см), правильного сложения, неудовлетворительного питания (вес 48 кг); жировой слой развит недостаточно; видимые слизистые оболочки нормальной окраски; кожа на лице и теле дряблая, морщинистая, так что больная выглядит старше своих лет. Внутренние органы отклонений от нормы не представляют; пульс 84 удара в минуту, ровный, напряженный; поверхностные артерии плотные; число дыханий 20 в минуту, дыхание правильного типа; температура держится в пределах нормы от 36,4 до 36,9. При осмотре живота определяется расхождение прямых мышц; при ощупывании брюшной области оказываются несколько опущенными печень и правая почка; других ненормальностей нет.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые части дряблые, жировой слой отсутствует; при раздвинутых ногах половая щель зияет, и из влагалищного входа выпячивается влагалищная часть матки и нижняя треть передней влагалищной стенки. Окраска слизистой оболочки влагалища бледная, слегка синюшная; только вокруг наружного маточного зева, представляющего собою поперечную щель с боковыми надрывами, имеется ярко красное кольцо шириною от одного до двух сантиметров с неровными, резко очерченными краями. Это красное поле представляет собою язву с гладким дном, кровоточащим при дотрагивании. При натуживании выпячивающееся из влагалищного входа тело значительно увеличивается, и обнаруживаются вся передняя, задняя и боковые стенки влагалища, представляющие собою мешок, в котором можно ощупать плотный тяж толщиной в палец, идущий кверху и теряющийся в малом тазу; этот тяж является продолжением влагалищной части матки и соответствует ее шейке. Пальцем, введенным в прямую кишку, удается ощупать небольшое тело матки, которое служит непосредственным продолжением упомянутого тяжа; прошупать трубы и яичники не удастся; клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают. При введении зонда через наружный зев длина всей полости матки равняется 12 см, при чем из них 8 см приходится на длину шейки и только 4 см приходится на длину полости тела матки. Введенным в мочевой пузырь катетером удается установить, что часть мочевого пузыря в виде cystocele помещается в выпячивающемся наружу влагалищном мешке. Прямая кишка тоже дает выпячивание в задний отдел этого мешка, образуя rectocele. После того, как выпячивающееся наружу тело вправлено в малый таз, в области кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа обнаруживается старый рубец; промежность укорочена; расстояние от влагалищного входа до заднего прохода не больше двух сантиметров.

3. Лабораторные исследования:

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1900 к. см; цвет соломенно-желтый; удельный вес 1011; белка, сахара и других патологических химических элементов нет; при центрифугировании получен небольшой беловатый осадок, состоящий из фосфатов, белых кровяных шариков и порядочного количества эпителия мочевых путей.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равно 4.400.000; процентное содержание гемоглобина равно 72%; показатель окраски 0,84; общее число лейкоцитов равняется 7800.

с. Бактериологическое исследование. Таковое произведено не было.

д. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

И в данном случае для выяснения сущности заболевания мы сперва остановимся на тщательном разборе анамнеза.

Здесь мы должны отметить следующее: так как детский возраст нашей больной и период наступления половой зрелости не обнаружили никаких отклонений от нормы, то мы с известной вероятностью можем исключить у нее неправильности в развитии полового аппарата, тем более, что первая беременность наступила вскоре после выхода замуж, протекала правильно и закончилась нормальными родами; далее, так как при начале половой жизни больная не отмечает ни рези при мочеиспускании, ни белей, то мы можем исключить также возможность гонококковой инфекции, по крайней мере, в это время; наконец, так как больная впервые отмечает неправильности месячных, появление белей и тянущих болей в крестце спустя некоторое время после вторых родов, то мы можем допустить, что именно эти роды играют известную роль в возникновении всех названных жалоб, хотя они обнаружились только спустя три или четыре года после родов; то обстоятельство, что следовавшие за вторыми родами две беременности закончились выкидышами без определенной причины, только подтверждает наше предположение, что эти роды вызвали какие то изменения в половых органах нашей больной.

Покончив с анамнезом, перейдем к оценке тех данных, которые нами получены при объективном исследовании.

Главные изменения, которые мы можем отметить в половом аппарате, здесь сводятся к следующему: в области промежности имеется рубец, являющийся результатом разрыва второй степени, который произошел при одних из бывших родов; матка находится в состоянии неполного выпадения, понимая под этим смещение матки книзу по проводной оси таза, когда влагалищная часть матки уже выступает за пределы влагалищного входа, но в полости малого таза еще остается более или менее значительная часть матки; вышеприведенное определение мы применяем для отличия от опущения матки, „descensus uteri“, когда влагалищная часть матки еще не успела выступить за пределы introitus vaginae; полным же выпадением матки в отличие от неполного мы называем такое ее состояние, когда вся матка, т.-е. ее шейка и тело, уже находится вне полости малого таза; далее, здесь имеется полное выпадение влагалища, так как стенки влагалища всей своей поверхностью находятся снаружи вне малого таза; кроме того имеется истончение и удлинение шейки матки, при чем последняя вместо 2—3 см равняется здесь 8 см; влагалищная часть матки тоже обнаруживает некоторые изменения, состоящие в изъязвлении ее по окружности наружного зева; наконец, мочевого пузыря и прямая кишка

тоже принимают участие в смещении, и определенные участки их стенок располагаются в мешке, образованном влагалищем и выпячивающемся наружу (рис. 44 и 45).

Формулируя коротко приведенные анатомические изменения, мы приходим к следующему диагнозу:

Ruptura perinei inveterata grad. II; prolapsus uteri incompletus et prolapsus vaginae completus; elongatio colli uteri; exulceratio portionis vaginalis; cystocele et rectocele.

Теперь нам предстоит привести в систему все полученные нами данные, выяснить время, причину и способ происхождения найденных нами изменений и определить их отношения к жалобам больной.

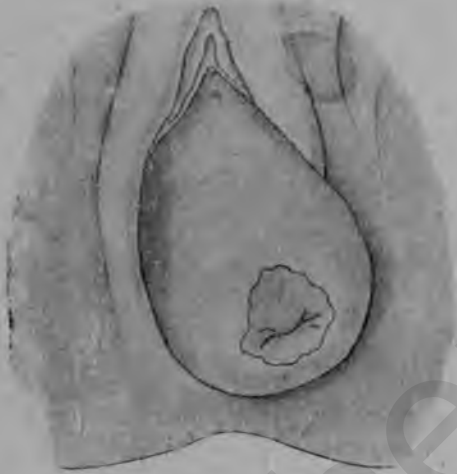


Рис. 44. Prolapsus uteri (наружный вид).



Рис. 45. Prolapsus uteri (на поперечном разрезе).

Возникновение данного состояния половых органов нашей больной мы можем представить себе следующим образом: вследствие разрыва промежности, происшедшего, вероятно, во время вторых родов, когда больная рожала дома, образовалось опущение передней влагалищной стенки, которое, постепенно увеличиваясь, повело за собою смещение влагалищной части матки кпереди, а тела матки кзади; другими словами, образовалась ретроверзия матки; была ли здесь также и ретрофлексия матки, нельзя сказать с уверенностью, так как при постепенном смещении матки книзу угол между телом и шейкой мог со временем выпрямиться; в дальнейшем на почве неправильного положения матки, под влиянием вызванной им застойной гиперемии, должны были возникнуть воспалительные изменения в тканях матки, т. е. метро-эндометрит, что находит себе подтверждение в том, что за последние пять лет до полного прекращения месячных они приходили чаще и сделались обильнее и продолжительнее; эти же изменения в матке, вероятно, послужили причиной для выкидышей; после того, как матка пришла в состояние ретроверзии, возник целый ряд условий, благоприятствующих поступательному движению матки книзу по направлению к тазовому выходу: во-первых, под влиянием застойной гиперемии, распространяющейся и на связочный аппарат матки, должна была в значительной степени пострадать эластичность и устойчивость послед-

него; во-вторых, вследствие отклонения матки кзади должен был образоваться избыток длины широких маточных связок, так как точки прикрепления их медиальных концов к углам матки должны были приблизиться вместе с телом матки к точкам прикрепления их латеральных концов на стенке таза соответственно крестцово-подвздошным сочленениям; таким образом, фиброзные тяжи, образующие верхние ребра широких связок в виде *ligamentum ovarii proprium* и *ligamentum infundibulopelvicum* теряют способность удерживать матку от смещения вниз по проводной оси таза.

Совокупность обоих приведенных причин лишала тазовые органы их нормальной устойчивости по отношению к действию внутрибрюшного давления.

К этим двум основным причинам присоединилась в данном случае еще физиологическая атрофия тканей, зависящая от возраста больной, а также скудная наличность жировой клетчатки, которая при нормальных условиях играет не последнюю роль в поддержании тазовых органов в их надлежащем положении; наконец, известное значение здесь имеет нарушение целостности тазового дна.

На первом месте, конечно, надо поставить две первые причины, так как при ретроверзиях матки, развившихся в детском возрасте, растущий одновременно с маткой связочный аппарат приспособляется к создавшимся условиям, и опущение матки наблюдается реже, чем в тех случаях, где ретроверзия развилась в зрелом возрасте, когда рост полового аппарата уже закончился.

Кроме того, опущение и выпадение матки наблюдается нередко у женщин, еще не достигших климактерического возраста, где, следовательно, еще нет физиологического увядания тканей, а также у женщин с вполне удовлетворительным питанием и целым тазовым дном.

Целость тазового дна, как механическое препятствие для выпадения матки, имеет только относительное значение, так как, во-первых, можно привести целый ряд случаев, где причиной выпадения матки служила ее ретроверзия, образовавшаяся вследствие послеродовой субинволюции половых органов, и где тазовое дно находилось в полной исправности; во-вторых, мы можем в этом убедиться, если при нарушенной целостности тазового дна и одновременном существовании ретроверзии матки мы ограничимся только зашиванием промежности; при этих условиях рано или поздно все-таки образуется опущение матки.

В этом и состоят основные черты того механизма, по которому совершается смещение матки книзу, при чем от невинного на первый взгляд разрыва промежности дело может дойти до полного выпадения матки и влагалища.

Столь значительное смещение матки и влагалища, конечно, должно отразиться и на положении соседних органов малого таза. Прежде всего это сказывается на положении мочевого пузыря и вызывает значительное опущение его задней стенки, образующей дивертикул, в котором моча легко задерживается, инфицируется и ведет к развитию цистита. Благодаря перегибу мочеиспускательного канала, происходящему вследствие опущения мочевого пузыря, опорожнение мочи становится иногда совершенно невозможным; мочевой пузырь растягивается до крайних пределов и, если это продолжается долго, то может развиться омертвление стенки пузыря, которое может вызвать тяжелые последствия, а иногда даже заражение крови и смерть больной.

Прямая кишка тоже нередко смещается вместе с задней стенкой влагалища, образуя *rectocele*; однако, надо иметь в виду, что для прямой кишки это смещение далеко не так обязательно, как для мочевого пузыря, так как анатомическая связь между кишкой и стенкой влагалища менее тесная. Значение *rectocele* тоже гораздо менее серьезно, так как оно не влечет за собою каких-либо опасных для больной осложнений, кроме запоров.

Иногда приходится наблюдать также и другие осложнения, стоящие в связи с опущением матки; так, например, у нашей больной при измерении матки зондом мы могли определить значительное удлинение шейки: из общей длины всей полости матки, которая равняется 12 см, только 4 см приходится на длину полости тела матки и 8 см на расстояние от наружного до внутреннего зева. Увеличение длины шейки зависело здесь не от гипертрофии влагалищной части матки, а от изменения ее надвлагалищной части, т. е. отдела шейки, простирающегося от места прикрепления сводов влагалища кверху до области внутреннего зева.

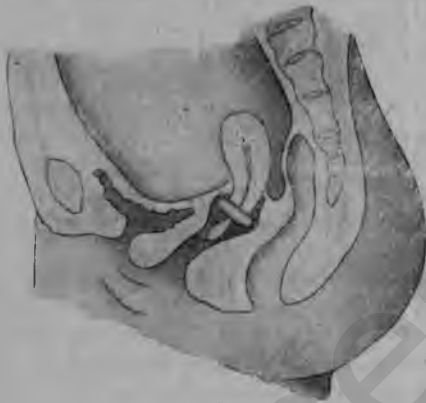


Рис. 46. Кольцо Menge in situ.



Рис. 47. Кольцо Menge в разобранном виде.

Как мы определили при исследовании, в выпячивающемся мешке влагалища можно было прощупать тяж толщиной в палец, который по своему положению соответствовал шейке матки, служил непосредственным продолжением влагалищной части, а кверху переходил в тело матки; следовательно, мы имели здесь не только удлиненную, но вместе с тем и утонченную шейку, и поэтому объяснить себе увеличение длины шейки в этом случае мы должны таким образом: опущение матки, достигнув известной степени, встретило в дальнейшем на своем пути препятствие со стороны связочного аппарата матки в лице *ligamentum cardinale* и, благодаря этому, тело матки, расположенное выше названной связки, должно было задержаться в своем поступательном движении книзу, в то время как атрофированная под влиянием возраста ткань шейки начала вытягиваться по длине под тяжестью влагалищных стенок, и это растяжение достигло такой степени, что дало возможность влагалищной части матки и сводам спуститься за пределы влагалищного входа.

Второе осложнение, которое мы могли отметить у нашей больной, состоит в изъязвлении влагалищной части. Оно представляет собою не что иное, как результат травмы от постоянного трения влагалищной части матки о кожу бедер, белье и т. д.; наличие изъязвления объясняет собою жалобу больной на постоянные кровянистые выделения.

Точное выяснение характера язвы, имеющейся у нашей больной, представляет серьезное значение, так как в этом возрасте, как известно, нередко приходится наблюдать раковое поражение влагалищной части матки, и несвоевременное его распознавание может иметь для больной непоправимые последствия.

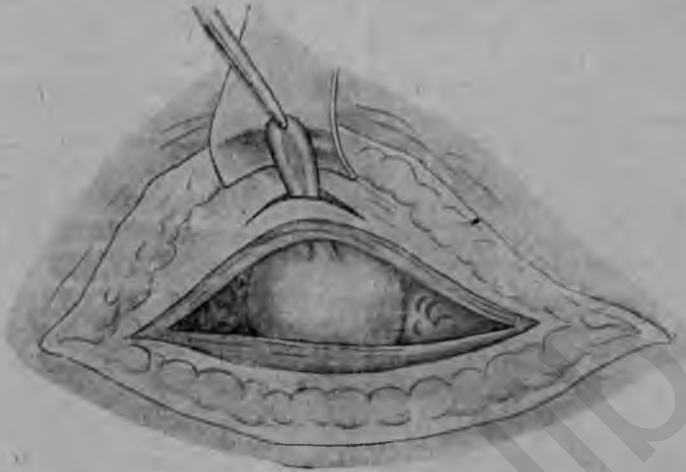


Рис. 48 Выведение круглой связки через разрез в передней брюшной стенке

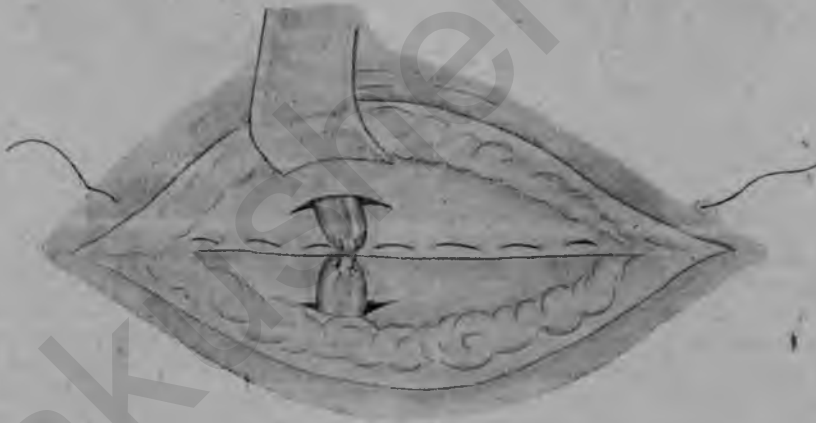


Рис. 49. Укрепление круглых связок поверх апоневрозов.

Вентрофиксация с укорочением круглых связок по способу Doléris-Gilliam'a.

В данном случае диагноз не представляет больших затруднений, так как, во-первых, здесь достаточно ясно определяется этиологический момент, вызвавший образование язвы, а во-вторых, поверхностное ее расположение, наличие резко очерченных краев и гладкого дна говорит против карциноматозной язвы, являющейся результатом распада ракового инфильтрата.

Закончив этим оценку полученных нами данных, перейдем к установке предсказания и выбора метода лечения в нашем случае.

Что касается первого, то оно должно быть признано здесь вполне благоприятным, так как мы имеем возможность устранить как выпадение матки и влагалища, так и все связанные с этим жалобы больной.

Для достижения этой цели можно воспользоваться двумя способами лечения: неоперативным или оперативным.

В первом случае лечение будет состоять в том, что матка и влагалище вправляются в малый таз и удерживаются на месте специальным pessarium. Прежде для этого пользовались обыкновенно круглыми толстыми кольцами *Майера* из мягкой резины или из твердого каучука; однако, они имеют тот недостаток, что мягкие кольца, хотя и вводятся легко, но зато быстро портятся во влагалище и меняют свою форму; кроме того, они способствуют образованию кольпита, так как их стенка пропитывается влагалищными выделениями, которые таким образом задерживаются и начинают разлагаться; твердые же кольца не обладают последним недостатком, но вводятся с трудом и при введении



Рис. 50. Colporhexia anterior по *Снегиреву*.



Рис. 51. Операция *P. Müller'a*.

причиняют боль. Поэтому мы сейчас пользуемся в подобных случаях кольцом, предложенным *Menge*; оно состоит из твердого каучукового толстого, круглого кольца с поперечной переключкой, снабженной отверстием по середине, в которое при помощи специального затвора укрепляется грушевидный каучуковый пелот. Преимущество этого кольца состоит в том, что можно пользоваться кольцами меньшего размера, так как пелот не позволяет кольцу изменять во влагалище свое положение и этим мешает ему выпасть (рис. 46 и 47).

Но какова бы ни была система кольца, мы пользуемся кольцами только в тех случаях, где есть противопоказание к оперативному лечению, так как кольцо требует постоянного наблюдения и его сравнительно часто приходится менять во избежание пролежней.

Для оперативного лечения выпадения матки предложен целый ряд способов. Наиболее старым из них является операция, состоящая в прикреплении матки тем или иным путем к передней брюшной стенке или *ventrofixatio uteri*. Сейчас мы сравнительно часто пользуемся этой операцией, так как она дает довольно надежные результаты, при условии, что мышцы передней брюшной стенки хорошо сохранены; производство этой операции мы считаем специально показанным, когда,

кроме выпадения матки, имеется опухоль придатков, грыжа белой линии или другие осложнения, требующие вскрытия брюшной полости через разрез передней брюшной стенки.

В таких случаях в настоящее время мы пользуемся способом, предложенным *Doleris* и видоизмененным *Gilliam*'ом; состоит он в том, что, несколько отступя от краев срединного разреза брюшной стенки, делают с каждой стороны небольшие отверстия через брюшину, прямые



Рис. 52. Вскрытие брюшины переднего Дугласова пространства.

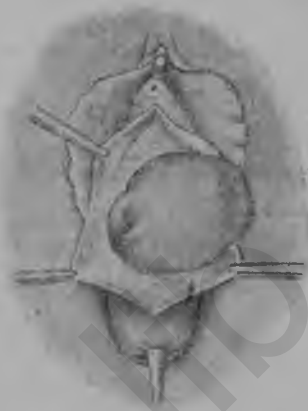


Рис. 53. Выведение тела матки во влагалище.



Рис. 54. Укрепление края брюшины к задней поверхности матки.



Рис. 55. Покрытие матки лоскутами передней влагалищной стенки.

Interpositio uteri vesico-vaginalis.

мышцы и апоневрозы косых мышц и через них выводят наружу петли круглых связок, которые после закрытия разреза брюшины и апоневроза соединяются между собой несколькими тонкими шелковыми швами, а затем соединяются края кожного разреза (рис. 48 и 49).

Кроме операции *ventrofixatio uteri* для той же цели можно воспользоваться способом, предложенным *Снегиревыми*, состоящим в том, что через разрез брюшной стенки над Пупартовой связкой с каждой стороны прикрепляют к названной связке выпяченные пальцем со стороны влагалища боковые его своды (рис. 50).

Далее, для той же цели можно применить операцию *P. Müller'a*, которая заключается в том, что удаляется все влагалище до уровня влагалищного входа вместе с влагалищной частью матки, и после вправления оставшейся части матки в малый таз полученная на месте удаленного влагалища полость наглухо закрывается в несколько ярусов; этот способ допустим только в тех случаях, когда после наступившего климактерического возраста полость матки успела облитерироваться, и слизистая оболочка ее не дает выделений (рис. 51).



Рис. 56. *Interpositio uteri vesico-vaginalis*.
(Отношение матки к мочевому пузырю после операции).

Наконец, тоже довольно часто применяемым нами способом при выпадении матки является предложенная *Schauta—Wertheim*'ом операция *interpositio uteri vesico-vaginalis*. Она состоит в том, что сперва делается продольный разрез по передней влагалищной стенке, и в обе стороны отсепааровываются ее края на 3—4 см; затем, мочевой пузырь отодвигается вверх, вскрывается брюшина переднего Дугласова пространства, и тело матки выводится во влагалище; после того, как передний край разреза брюшины фиксирован на задней поверхности матки у основания ее тела, матка покрывается отсепаарованными участками передней влагалищной стенки, и они соединяются в продольном направлении швами, захватывающими и переднюю стенку матки (рис. 52-56). Но надо иметь в виду, что эта операция, не исключая возможности наступления беременности, делает роды совершенно невозможными; поэтому там, где она производится прежде чем наступил климактерический период, ее обязательно следует комбинировать со стерилиза-

цией тем или другим путем, например, посредством резекции труб по предложению *Kirchhoff'a* (рис. 57).

Разнообразие лечебных приемов, предложенных при выпадении матки, уже должно вызвать сомнение в их надежности, и статистика и клинический опыт нас действительно учат, что все перечисленные способы не безупречны в смысле возможности рецидива или благодаря связанным с ними осложнениям.

Исходя из этих соображений, мы за последнее время стали применять новую модификацию оперативного лечения при выпадении матки.

Применяемая нами операция состоит в полном удалении матки и влагалища, и надо думать, что этот способ не представляет нового



Рис. 57. Стерилизация посредством резекции труб (по способу *Kirchhoff'a*).

оригинального оперативного вмешательства, хотя он, повидимому, еще никем не проводился систематически, а только рекомендовался *Martin'ом* и некоторыми другими.

Как и всякий оперативный метод, он, конечно, должен иметь свои точно установленные показания и противопоказания.

Главное противопоказание к его применению состоит в том, что он исключает возможность половой жизни; следовательно, он допустим только в преклонном возрасте.

При отсутствии этого условия, а также при отсутствии специальных показаний к применению вентрофиксации, мы считаем названный способ заслуживающим предпочтения по своей надежности.

Что касается техники этой операции, то она состоит в следующем: после того, как матка и влагалище по возможности вытянуты наружу, проводится циркулярный разрез через стенку влагалища у места его перехода во влагалищный вход; затем вся влагалищная стенка

отсепаровывается от подлежащих тканей до места ее прикрепления к влагалищной части матки; не удаляя отдельно влагалища, отодвигают кверху тупым путем мочевой пузырь, после чего вскрывается сперва брюшина переднего Дугласова пространства, а затем брюшина заднего Дугласова пространства, перерезаются на зажимах и перевязываются связки и маточные артерии, как при обычном удалении



Рис. 58. Вид тазового дна на поперечном разрезе после полного удаления матки и влагалища.

матки; после этого тело матки выводится наружу через передний или задний разрез брюшины, накладываются зажимы на круглые связки, трубы и ligamenta ovarii propria; матка удаляется; культя перевязывается; брюшная полость закрывается соединением переднего и заднего краев разреза тазовой брюшины в поперечном направлении; культя правой и левой стороны соединяются между собою для большей устойчивости тазового дна, а полость, образовавшаяся на месте удаленного влагалища, закрывается наглухо посредством кисетных швов, накладываемых в несколько этажей, идя сверху вниз, так что полость совершенно уничтожается; наконец, края слизистой оболочки влагалищного входа соединяются в продольном направлении несколькими

узловыми швами, для чего мы пользуемся тонким шелком, в то время как для всех остальных швов нами применяется исключительно кэтгут (рис. 58).



Рис. 59. Очертание лоскута при сочетании передней кольпоррафии и ампутации шейки.



Рис. 60. Вид после удаления влагалищного лоскута и ампутации шейки.

Основываясь на полученных нами результатах, которые нам удалось, правда, проследить, может быть, недостаточно долгое время и на недостаточно большом материале, мы тем не менее успели получить от этого способа вполне благоприятное впечатление.

Переходя к лечению нашей больной, мы можем здесь наметить следующий план: при выборе способа для фиксации матки или вообще для устранения выпадения мы скорее всего остановимся на операции *interpositio uteri vesico-vaginalis* по способу Schauta-Wertheim'a, так как возраст больной, хотя она и вдова, еще не исключает возможности половой жизни, и таким образом полное удаление матки и влагалища или удаление одного влагалища по способу P. Müller'a неуместно; для вентрофиксации в данном случае нет каких-либо специальных показаний тем более, что, как было указано, мышцы передней брюшной стенки атрофированы, а способ Снегирева технически довольно сложен и недостаточно надежен.

Однако, в нашем случае ограничиться только фиксацией матки нельзя, так как кроме ее выпадения имеется еще удлинение шейки и разрыв промежности; поэтому оперативное вмешательство здесь должно состоять в следующем: сперва выкраивается овальный лоскут из передней стенки влагалища, чтобы удалить ее избыток; в этот лоскут захватывается и влагалищная часть матки, для чего нижний край разреза проводится по заднему своду влагалища; отсепаровав намеченный лоскут и отделив несколько боковые края остающейся передней влагалищной стенки от подлежащих тканей, чтобы иметь чем впоследствии покрыть матку, освобождаем шейку матки на желаемую высоту и ампутируем ее круговым разрезом; затем, обшив культю шейки циркулярно краем влагалища, переходим к типичной операции *interpositio uteri vesico-vaginalis* и заканчиваем операцию задней кольпоррафией и перинеоррафией по способу Hegar'a (рис. 59 и 60).

Лечение нашей больной и будет состоять только в этом оперативном вмешательстве, так как оно должно избавить больную от всех ее жалоб.

Retroversio uteri fixata; metritis chronica; perimetritis adhaesiva.

История болезни последней из больных, относящихся к этой группе, такая:

Больная М. Н., 40 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Тверской губернии, русская.

В клинику поступила несколько дней тому назад с жалобами на неправильные и очень обильные месячные.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла скарлатину и корь.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные пришли на тринадцатом году, установились сразу и стали появляться через каждые три недели, продолжаясь по 6 дней, не обильно, но всегда сопровождалась болями, которые первое время совпадали с началом менструального периода, а впоследствии сделались более длительными и из схваткообразных превратились в тупые, тянущие. Последние 10 лет месячные постепенно сделались очень обильными, но продолжительность их осталась прежняя. Месячные в последний раз были неделю тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж на восемнадцатом году, при чем она не отмечает никаких уклонений в состоянии половых органов в связи с началом половой жизни.

4. *Беременности и их исходы.* Первая беременность наступила только на двадцать-пятом году, т.-е. через восемь лет после выхода замуж, несмотря на то, что больная никаких предохранительных от беременности средств не применяла. По словам больной беременность, роды и послеродовой период протекали совершенно правильно. Рожала она дома с акушеркой, встала с постели на восьмой день; кровавистые выделения после родов продолжались не более двух недель. Больная сама кормила, и месячные возобновились только через десять месяцев после родов вскоре после того, как она прекратила кормление. Характер месячных остался прежний, с тою только разницею, что боли перед месячными исчезли. Спустя пять лет, т.-е. на тридцатом году, больная забеременела снова, но на втором месяце беременности без всякой видимой причины начался выкидыш, который тянулся около недели, пока, наконец, не повысилась температура до 39; это

заставило больную обратиться в больницу, где ей было произведено выскабливание полости матки. Однако, несмотря на выскабливание, температура не опустилась, и больная перенесла тяжелое заболевание полового аппарата, заставившее ее провести в больнице около двух месяцев. Больше беременностей не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная относит начало своей болезни к упомянутому уже выкидышу, при чем, сколько она помнит, температура в больнице в течение первых трех недель держалась на высоких цифрах, были ознобы, рвота и сильные боли внизу живота. Сперва ее заставляли лежать неподвижно на спине и клали мешок со льдом на живот, а затем, когда температура пала, ей делали согревающие компрессы, теплые ванны, горячие влажальные спринцевания и назначали какие то свечи в прямую кишку. Хотя она выписалась из больницы в удовлетворительном состоянии, но с этого времени месячные стали обильнее и продолжительнее; кроме того, появились гноевидные бели, и боли во время месячных изменили свой прежний характер; именно, они стали тупыми и локализовались преимущественно в области крестца. С годами бели и боли исчезли, в то время как потери крови во время месячных сделались еще обильнее, в виду чего больной три месяца тому назад было снова произведено выскабливание полости матки, не давшее, однако, никаких результатов.

6. *Болела ли чем раньше?* Кроме указанных в детстве заболеваний больная других не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Со времени выкидыша больная страдает хроническими запорами.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Учащенные позывы к мочеиспусканию.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста (153 см); правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 63,5 кг); кожа и видимые слизистые оболочки бледны; жировой подкожный слой развит умеренно. Внутренние органы нормальны; пульс 82 удара в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 16 в минуту, правильного типа; температура держится в пределах от 36,4 до 36,9. При осмотре живота на коже заметны striae gravidarum; при ощупывании брюшной области повышенная чувствительность на месте promontorium соответственно местоположению plexus interiliacus s. uterinus communis.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты правильно; на промежности следов травмы нет. Передняя стенка влагалища слегка опущена; окраска слизистой оболочки влагалищного входа бледновата. При внутреннем исследовании: влагалищная часть матки оказывается цилиндрической формы, значительно плотнее нормального, величина ее небольшая; наружный зев имеет вид поперечной щели, он обращен кпереди от проводной оси таза; матка несколько меньше средней величины, очень плотная; тело матки отклонено кзади; угол между телом и шейкой матки изглажен и матка представляет собою почти прямую линию; ощупывание матки безболезненно; подвижность матки ограничена в значительной степени, и привести ее в правильное положение антеверзии-антефле-

ксии не удается; ощупать придатки матки не удается; клетчатка таза особых изменений не обнаруживает; в брюшине заднего Дугласова пространства, повидимому, имеются спайки, так как свести при исследовании пальцы наружной и внутренней руки позади матки не удается. При измерении зондом длина всей полости матки равняется 7 см.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1960 к. см; цвет янтарно-желтый; удельный вес 1021; белка, сахара и других химических патологических элементов нет; при центрифугировании получен небольшой беловатый осадок, состоящий из незначительного количества белых кровяных шариков, эпителия мочевых путей и солей.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равняется 4.200,000; процентное содержание гемоглобина равняется 61%; показатель окраски 0,73; общее число лейкоцитов равняется 8100.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищного содержимого II. Реакция кислая.

д. Биологические реакции. Таковые произведены не были.

Собрав анамнез и произведя исследование, подвергнем их внимательному анализу и отметим то, что представляет существенную ценность для выяснения характера настоящего заболевания.

Начиная с анамнеза, мы должны обратить наше внимание на следующее: в детстве наша больная перенесла корь и скарлатину, что, как известно, могло отразиться на ходе развития полового аппарата; период половой зрелости наступил своевременно, и месячные имели правильный тип, но по словам больной они всегда сопровождались болями, совпадавшими с началом месячных и носившими схваткообразный характер; это обстоятельство позволяет нам думать, что в матке во время детского возраста возникли какие то неправильности в развитии, вероятно, служившие механическим препятствием для свободного оттока крови из матки; скорее всего здесь может возникнуть подозрение на сужение в области внутреннего зева вследствие гиперантефлексии матки; что касается начала половой жизни, то больная в связи с этим никаких неправильностей не отмечает; поэтому нет основания предполагать наличие гонококковой инфекции, по крайней мере, в это время; как нами было отмечено, первая беременность наступила только через восемь лет после выхода замуж, несмотря на то, что больная не применяла никаких предохранительных средств; такое позднее наступление первой беременности до известной степени тоже служит подтверждением, что в половом аппарате нашей больной имелись какие-то неправильности в развитии, при чем по нашим наблюдениям оказывается, что бесплодие особенно часто наблюдается при всех разновидностях *uterus infantilis*, где шейка относительно большой длины, и при гиперантефлексии, как при *uterus infantilis*, так и при *uterus hypoplasticus*; первая беременность, роды и послеродовой период прошли без осложнений, и месячные сохранили свой прежний тип с той только разницею, что сопровождающие их боли исчезли; это обстоятельство еще раз доказывает, что причина болей зависела от какого то механического препятствия, мешавшего свободному выделению менструальной крови из полости матки; вторая беременность, наступившая через пять лет после первой, закончилась выкидышем без всякой видимой причины, и выкидыш осложнился тяжелым воспалительным забо-

леванием половых органов, заставившим больную провести два месяца в больнице.

Больная сама связывает начало своей болезни именно с упомянутым воспалением после выкидыша; насколько можно судить по ее словам, имелись признаки, которые говорили за локализацию процесса в брюшине, так как болезнь сопровождалась рвотой, ознобами, сильными болями внизу живота и высокой температурой. В результате этого заболевания произошло изменение со стороны месячных; они стали обильнее и продолжительнее, и, кроме того, снова появились боли во время месячных, которые отличались от прежних болей тем, что они имели тянущий характер и локализовались в крестце; наконец, с этого же времени больная стала замечать гнойвидные бели. Все эти признаки указывают на то, что заболевание отразилось на состоянии матки, вызвав метро-эндометрит.

Таким образом, на основании анамнеза мы можем сделать следующие более или менее вероятные заключения: во-первых, в половом аппарате нашей больной, повидимому, имелись изменения, зависящие от неправильного его развития в детском возрасте; состояли они скорее всего в гиперантефлексии матки, как проявлении частичного инфантилизма; во-вторых, перенесенное воспалительное заболевание после выкидыша в свою очередь вызвало ряд изменений, которые, вероятно, отразились на состоянии брюшины таза и на матке.

Теперь перейдем к оценке данных, полученных при объективном исследовании. Сводятся они в главных чертах к следующему: из данных общего исследования больной можно отметить только повышенную чувствительность на месте *pointorium*, соответственно расположению нервного симпатического сплетения, носящего название *plexus interiliacus s. uterinus communis*; некоторые придают этому признаку довольно большое диагностическое значение, считая наличие его обязательным при воспалительных заболеваниях половых органов; при гинекологическом исследовании передняя стенка влагалища оказывается несколько опущенной; матка несколько меньше средней величины, очень плотная; тело матки отклонено кзади, а наружный зев обращен кпереди от проводной оси таза; угол между телом и шейкой матки изглажен, и матка представляет собою почти прямую линию; подвижность матки ограничена в значительной степени, и привести ее в правильное положение антеверзии-антефлексии не удастся; в брюшине заднего Дугласова пространства, повидимому, имеются спайки, так как свести при исследовании пальцы наружной и внутренней руки не удастся; при исследовании зондом длина всей полости матки равняется 7 см (рис. 61).



Рис. 61. *Retroversio uteri fixata.*

Сущность анатомических изменений в половых органах нашей больной состоит, следовательно, в уплотнении и уменьшении матки,

что соответствует метриту третьей степени, в неправильном положении матки в виду отклонения ее кзади и в фиксации матки на счет сращений в брюшине заднего Дугласова пространства.

Коротко мы можем формулировать так анатомический диагноз в настоящем случае:

Metritis chronica, retroversio uteri fixata, perimetritis adhaesiva chronica.

Далее нам предстоит выяснить время, причину и способ происхождения найденных изменений и установить их отношение к жалобам больной.

Что касается первого вопроса, то решить его в данном случае не представляется особенно трудным, так как в анамнезе имеются достаточно ясные указания, что начало настоящего заболевания относится к выкидышу и связанной с ним инфекции. Несколько труднее решить, какое значение здесь имели предполагаемые нами явления недоразвития полового аппарата, и имели ли они на самом деле место, так как при исследовании в настоящее время гиперантефлексии нет, напротив, угол между телом и шейкой матки изглажен, и матка представляет собою почти прямую линию.

Однако, если представить себе, что недоразвитие матки здесь проявлялось в виде *hyperanteflexio uteri hypoplastici*, то дальнейшее развитие изменений в половых органах нашей больной мы можем представить себе так: под влиянием первых родов бывшее до тех пор сужение в области внутреннего зева исчезло, и боли во время месячных прекратились; так дело обстояло до второй беременности, которая закончилась выкидышем, осложнившимся каким то воспалительным заболеванием половых органов; под его влиянием обратное развитие матки совершилось, вероятно, недостаточно энергично, и, потеряв свой нормальный мышечный тонус, матка легко могла отклониться кзади, тем более, что этому способствовало длительное лежание больной на спине; таким образом возникла ретроверзия матки, при чем угол между шейкой и телом совершенно изгладился; доказательством тому, что в данном случае ретроверзия развилась не в детском возрасте, когда развитие половых органов еще не было закончено, а в зрелом возрасте, служит опущение передней влагалищной стенки; под влиянием образовавшихся склеек в брюшине заднего Дугласова пространства ретроверзия матки сделалась стойкой и сохранилась до настоящего времени. Как перенесенное воспалительное заболевание, так и ретроверзия сама по себе, а тем более их совокупность, должны были вызвать в тканях матки ряд изменений, которые дали картину метро-эндометрита; доказательство этому мы видим в том, что месячные снова стали болезненными и сделались обильными, что появились бели и боли в крестце. Эти признаки соответствовали явлениям метрита первой и второй степени, когда матка увеличена на счет застойной гиперемии или разрастания соединительной ткани; по мере рубцевания вновь образованной соединительной ткани величина матки уменьшается, исчезают боли во время месячных, вызванные перерастанием брюшинного покрова матки, и прекращаются бели благодаря атрофии слизистой оболочки, но количество теряемой во время месячных крови остается попрежнему увеличенным или становится еще больше вследствие развивающегося склероза кровеносных сосудов матки.

На основании сказанного, мы приходим к заключению, что здесь имеется хронический метро-эндометрит в стадии атрофии или в третьем периоде.

Нарисовав себе, таким образом, ход заболевания у нашей больной и развитие анатомических изменений в половых органах, перейдем теперь к установке предсказания и выбора плана лечения.

Что касается предсказания, то здесь, конечно, нельзя рассчитывать на *restitutio ad integrum*, несмотря ни на какие мероприятия с нашей стороны, так как восстановить утраченные мышечные элементы и удалить рубцовую соединительную ткань из матки нет возможности.

Правда, для жизни больной данное заболевание не представляет непосредственной опасности, но длительные обильные потери крови не могут не отразиться на ее общем состоянии, и мы действительно видим, что кожа и слизистые оболочки бледны и что при достаточном количестве эритроцитов, равняющемся 4.200.000, процентное содержание гемоглобина понижено до 61%, а показатель окраски до 0,73; другими словами здесь имеется *oligochromatemia*.

Приступая к обсуждению вопроса о лечении в подобных нашему случаях, вполне естественно, что нас должен интересовать главный симптом болезни, состоящий в кровотечении во время месячных.

Если мы обратимся к данным литературы, то мы увидим, что в этом отношении имеется несколько самостоятельных точек зрения в зависимости от того, каким образом различные авторы объясняют себе сущность анатомических изменений в матке и причину кровотечений.

Одни, как, например, *Ruge* и *Veit*, главное значение придают изменениям, происходящим в слизистой оболочке матки, другими словами объясняют кровотечения эндометритом.

Другие, как *Scanzoni*, *Fritsch* и в последнее время *Theilhaber*, *Meier*, *Lorenz* и *Hirsch*, объясняют происхождение кровотечений теми изменениями, которые происходят в мышечной стенке матки и состоят в разрастании соединительной ткани.

Наконец, *Pankow*, *Hitschmann* и *Adler* видят причину кровотечений не в состоянии матки, которая, как макроскопически, так и микроскопически может быть совершенно нормальна, а в функциональном расстройстве секреторной деятельности яичников.

Последняя точка зрения в настоящее время нашла особенно широкое распространение настолько, что некоторые (например, *Aschoff*) предлагают название „*Metritis chronica*“ заменить посредством „*Metropathia chronica*“ или „*Metropathia haemorrhagica*“, а *Döderlein* советует диагноз „хронический метрит“ сохранить только для очень ограниченного числа случаев, где имеются воспалительные изменения в придатках или сращения в окружности матки.

Не входя здесь в критическую оценку приведенных взглядов, мы остановимся только на тех лечебных приемах, которые уместны при хроническом метрите, понимая под этим хронический воспалительный процесс в матке, состоящий по преимуществу в гипертрофии соединительной ткани.

Исходя из высказанного соображения, мы тем самым признаем полную неосновательность всех лечебных приемов местного характера, направленных на слизистую оболочку матки, как смазывания, прижигания, выпаривание и даже выскабливание.

Что касается последнего способа, то бесцельность его легко понятна, так как, не имея возможности устранить основную причину кровотечения, зависящую от изменений в мышечной стенке матки, мы

можем, удалив большую слизистую оболочку, достигнуть некоторого улучшения самое большое на короткое время. Доказательство этого мы видим как из повседневного опыта, так и из внимательно просле-



Рис. 62. Перевязка атр. uterinae после перерезки на зажиме.



Рис. 63. Вскрытие брюшины переднего свода.



Рис. 64. Вскрытие брюшины заднего свода.

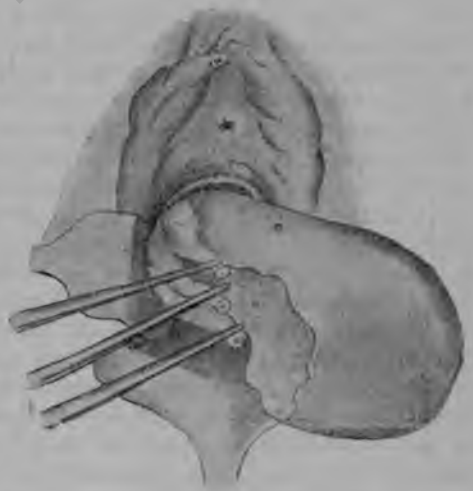


Рис. 65. Наложение зажимов на круглую связку, трубу и яичниковую связку.

Удаление матки через влагалище.

женных наблюдений *Russe*; наконец, и данный случай является вполне убедительным доказательством высказанного нами взгляда, так как произведенное три месяца тому назад выскабливание не дало никаких результатов.

Итак, наш выбор лечебного метода в подобных случаях может колебаться только между применением рентгеновских лучей или удалением матки.

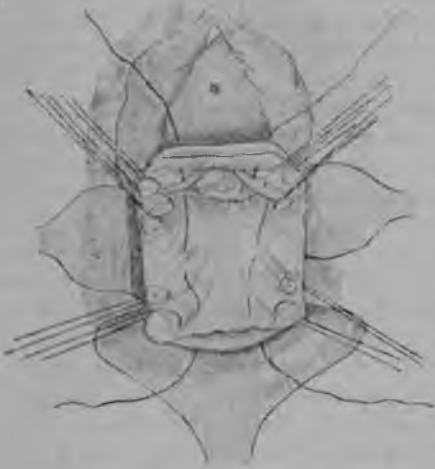


Рис. 66. Наложение швов, фиксирующих культи

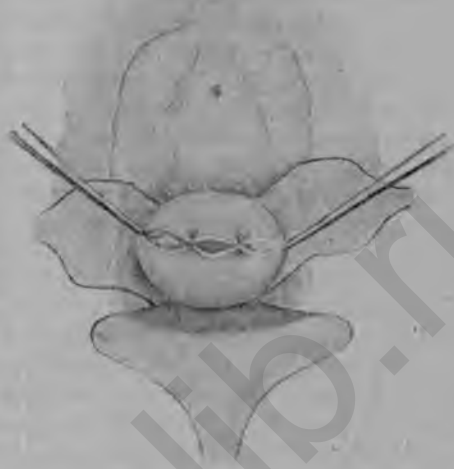


Рис. 67. Фиксация культи в боковых сводах.



Рис. 68. Закрытие влагалищного разреза.

Удаление матки через влагалище.

Первый из названных способов здесь должен считаться вполне уместным с точки зрения его радикальности, так как кровотечения носят характер меноррагии, и поэтому прекращение работы яичников должно вызвать наступление стойкой аменорреи.

Однако, он имеет и свои противопоказания; так как сущность лечебного эффекта при нем связана с разрушением железистой ткани

яичника, с прекращением его внутренней секреции, играющей важную роль в общей экономии организма, то рентгенизация яичников по возможности не должна применяться в молодом возрасте, и в настоящее время этим способом пользуются только тогда, когда больная находится в возрасте, близком к климактерическому, т.-е. успела достигнуть сорока, самое меньшее тридцати восьми лет.

Техника лечения рентгеновскими лучами состоит в том, что больной на область яичников дается определенное количество X лучей, причем средние количества колеблются в пределах от 150 до 300. Так как кожа передней брюшной стенки переносит без вреда количество X лучей не более 20, то освещения производятся не за один раз, а отдельными сериями с промежутками в две или три недели. Каждая серия в свою очередь состоит из нескольких отдельных освещений, производимых на определенные участки кожи, называемые полями освещения; на каждое поле дается около 20X, и таких полей, через которые лучи могут достигать яичников, устанавливаются четыре или пять, при чем все поля могут быть по очереди освещены в один сеанс, или же освещение производятся в течение нескольких следующих друг за другом дней. Результат лечения, т.-е. аменоррея, обычно наступает не сразу, иногда после второй серии, а чаще только после третьей, при чем в начале лечения кровопотери могут даже усиливаться.

Второй способ лечения, состоящий в удалении матки, имеет то преимущество перед рентгенизацией, что при нем удаляется только больной орган, который благодаря произошедшим в нем изменениям уже успел потерять способность к зачатию и вынашиванию беременности, и слабая сторона этого метода состоит только в том небольшом риске для больной, который связан вообще со всякой операцией.

Техника операции здесь может быть двоякая: можно избрать или брюшностеночный или влагалищный путь.

Так как в настоящее время оба названные способа оперирования представляют одинаково небольшую опасность для больной, то нет основания давать принципиальное предпочтение одному из них, и в каждом случае следует руководствоваться их особенностями, при чем на первое место приходится поставить величину матки.

В данном случае матка имеет небольшие размеры, и удалить ее через влагалище не представит труда; имеющиеся в брюшине малого таза сращения тоже не могут играть роли.

Особенности оперативной техники применяемого нами влагалищного удаления матки состоят в следующем: сделав круговой разрез влагалища на уровне перехода его на влагалищную часть матки, его отодвигают тупым путем кверху настолько, чтобы сделать себе доступным основания широких связок и расположенные над ними маточные артерии; наложив зажим на одну из *ligamentum cardinale* и проведя над зажимом катетерную лигатуру, связку перерезают ножницами между зажимом и маткой и лигатуру затягивают; также поступают со связкой другой стороны, затем захватывают в зажим маточную артерию одной стороны, перевязывают ее в таком же порядке и таким же образом поступают с маточной артерией другой стороны; перевязке сосудов после предварительного наложения зажимов и перерезке сосуда мы придаем значение потому, что благодаря этому лигатуры затягиваются гораздо надежнее; далее тупым путем при помощи пальца отодвигают кверху мочевой пузырь и ножницами вскрывают брюшину переднего

Дугласова пространства; таким же образом вскрывается брюшина заднего Дугласова пространства, и тело матки выводится во влагалище через передний или задний разрез брюшины, смотря потому, куда это легче сделать; наложив зажимы на круглую связку, трубу и яичниковую связку с каждой стороны, матку удаляют, а культя перевязывают отдельными катгутовыми лигатурами; все культя фиксируются с каждой стороны в углах разреза влагалища при помощи крепких катгутовых швов, проходящих через передний край влагалищного разреза, через передний край разреза брюшины, через задний край разреза брюшины и через задний край разреза влагалища; наконец, края влагалищного разреза соединяются над культями в поперечном направлении посредством непрерывного катгутового шва, и таким образом брюшная полость оказывается закрытой наглухо (рис. 62--68).

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА.

ЧАСТЬ III.

ВВЕДЕНИЕ.

Приступая к изложению клиники внематочной беременности, мы в самых кратких чертах остановимся на общих сведениях о ее сущности, чтобы не повторяться при разборе отдельных случаев.

Под названием „внематочная или эктопическая беременность“ мы понимаем имплантацию оплодотворенного яйца не на обычном месте, каковым должна служить слизистая оболочка полости матки.

В зависимости от места прикрепления яйца вне матки мы различаем несколько отдельных форм эктопической беременности, именно:

1. трубную беременность;
2. яичниковую беременность;
3. брюшинную беременность и
4. беременность в рудиментарном добавочном роге матки.

При трубной беременности оплодотворенное яйцо прикрепляется на внутренней поверхности трубы в том или другом ее отделе; при яичниковой беременности яйцевая клетка вступает в соединение со сперматозоидом не в ампулярном конце трубы, как при нормальных условиях, а раньше, когда она еще не успела покинуть лопнувшего фолликула; при брюшной беременности имплантация яйца происходит на брюшине малого таза по близости от брюшного отверстия трубы или от яичника, при чем прикрепление яйца может быть здесь первичным, или же яйцо сперва проникает в ампулярный конец трубы, начинает здесь развиваться и только позднее под влиянием сокращений стенок трубы перемещается на прилегающую брюшину; при беременности в рудиментарном добавочном роге матки можно тоже допустить две возможности: или сперматозоиды проникают в брюшную полость через трубу, соответствующую нормально развитому рогу матки, отсюда распространяются на противоположную сторону и производят оплодотворение яйцевой клетки, происходящей из яичника, соответствующего рудиментарному рогу, или же оплодотворяется яйцевая клетка, про-

исходящая из того же яичника, который соответствует нормальному рогу матки, и уже оплодотворенная яйцевая клетка попадает в противоположную трубу и отсюда в рудиментарный рог матки.

Практический интерес представляет, главным образом, трубная беременность, так как остальные формы внематочной беременности встречаются очень редко, а если их и приходится наблюдать, то установить точное распознавание не всегда удается не только при исследовании больной, но даже на полученном при операции препарате.

Трубная же беременность, напротив, представляет собою заболевание, далеко не редкое; даже в небольшой клинике всегда между

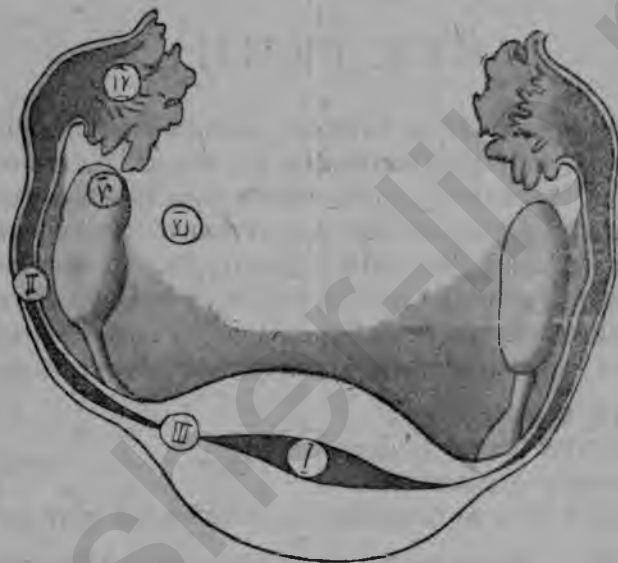


Рис. 1. Различные возможности имплантации яйца.

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| I. Graviditas normalis. | IV. Graviditas tubaria ampularis. |
| II. „ tubaria isthmica. | V. „ ovariaca. |
| III. „ interstitialis. | VI. „ abdominalis. |

больными окажется такая, где имеется трубная беременность в том или ином периоде; и *Werth* на основании своего материала допускает, что она составляет не менее 3% всех гинекологических заболеваний.

Трубную беременность, в свою очередь, приходится тоже подразделять на несколько отдельных форм в зависимости от того, в каком отделе трубы произошла имплантация яйца, и мы различаем: *graviditas tubaria fimbrica*, *ampularis*, *isthmica* и *interstitialis*, при чем чаще других наблюдается *graviditas tubaria isthmica*, затем, *graviditas tubaria ampularis* и только в исключительных случаях остальные формы.

Главными причинами трубной беременности в настоящее время считаются следующие:

1. Согласно теории *Freund'a*, недоразвитие внутренних половых органов, проявляющееся, между прочим, ненормально большой длиной и извилистостью труб и узостью их просвета, может вызвать возникновение трубной беременности, так как оплодотворенной в ампулярном конце трубы яйцевой клетке приходится, пройти более длинный и трудный путь; с момента оплодотворения яйцевая клетка начинает сегментироваться, поэтому при замедленном передвижении яйцо достигает более узких отделов трубы, успев значительно увеличиться в объеме, и дальнейшее передвижение его становится невозможным.

2. Второй причиной трубной беременности являются воспалительные изменения в слизистой оболочке, в мышечной стенке или в брюшинном покрове труб. Первое место здесь занимают изменения в слизистой оболочке, состоящие в сращивании мерцательного эпителия и утолщении складок, благодаря чему образуется сужение или полное заращение просвета трубы. Но так как передвижение яйца в трубе совершается не только на счет колебания ресничек эпителия, но и благодаря перистальтическим сокращениям ее стенок, то воспалительные изменения их в виде соединительно-тканной инфильтрации в значительной степени затрудняют передвижение яйца. Наконец, воспалительные изменения в области брюшинного покрова трубы с образованием спаек и сращений тоже нарушают правильную ее перистальтику или ведут к смещениям и перегибам трубы.

3. Третьей причиной является слишком большая абсолютная величина яйца, которая может зависеть или от патологического состояния самой яйцевой клетки, например, от отека, или от ненормального роста яйца благодаря слишком быстрому делению яйцевой клетки, или, наконец, от чрезмерной длины того пути, по которому яйцу приходится следовать, например, в случае перехода яйца из яичника одной стороны в трубу противоположной стороны.

В последнее время начинают раздаваться голоса, которые приписывают причину возникновения внематочной беременности тоже свойствам яйцевой клетки, но они объясняют значение последней здесь не чрезмерной ее величиною, а *G. Poorten*, например, находит, что причина внематочной беременности в большинстве случаев зависит от повышенной жизненной энергии яйца, дающей ему возможность имплантироваться на неприспособленной для этого слизистой оболочке трубы.

После того, как оплодотворенная яйцевая клетка задержалась в том или другом участке трубы, она вступает в такие же отношения к тканям стенки трубы, как и при имплантации в полости матки к слизистой оболочке последней, т.-е. она проникает в толщу слизистой оболочки. Различие будет зависеть только от тех особенностей, которые отличают слизистую оболочку трубы от слизистой оболочки полости матки.

Оплодотворенная яйцевая клетка относится к тканям материнского организма, как чужеродное, и стремится проникнуть в их толщу, чтобы добыть себе питательный материал, но ткани материнского организма обладают определенными защитительными приспособлениями, которые прежде всего состоят в том, что слизистая оболочка полости матки утолщается и вместо 1 — 2 мм достигает толщины в 7 мм и больше, образуя так называемую децидуальную или отпадающую оболочку, благодаря чему плодное яйцо, имплантировавшееся в полости матки, остается в толще ее слизистой оболочки и не приходит в непосредственное соприкосновение с мышечной стенкой матки. В трубе же соединительно-тканый слой слизистой оболочки выражен очень слабо, поэтому настоящей децидуальной оболочки не образуется и яйцо проникает до мышечного слоя трубы, так что ворсинки хориона непосредственно в нее врастают.

Это обстоятельство в связи с пространственным несоответствием трубы, как плодместилища, и решает дальнейшую судьбу трубной беременности, которая в громадном большинстве случаев не доходит до нормального конца.

Ограничиваясь этими краткими общими замечаниями, перейдем к разбору отдельных случаев внематочной беременности.

Внематочная трубная беременность первых месяцев, не нарушенная.

История болезни первой больной следующая:

Больная Т. К., 25 лет, замужняя, прислуга, родилась в Тверской губернии, русская.

Она обратилась в амбулаторию клиники, желая узнать причину запоздания месячных, и отсюда была направлена в стационарное отделение клиники.

I. Анамнез.

1. *Детство.* Больная может только указать, что в детстве она перенесла скарлатину.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году, при чем в течение первого года они приходили с перерывом в два и три месяца; затем, они стали приходиться через 4 недели, иногда с запозданием на несколько дней; продолжают месячные по 3 дня в небольшом количестве и сопровождаются всегда болью внизу живота, которая появляется перед самым началом отделения крови и затем быстро исчезает; последние месячные были шесть недель тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная начала жить с двадцати лет, при чем каких-либо заболеваний половых органов она в это время не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Ни выкидышей, ни родов не было.

5. *Начало настоящего заболевания.*

6. *Болела ли раньше?* Ни общими заболеваниями, кроме скарлатины, перенесенной в детстве, ни специально гинекологическими, прежде не болела.

7. *Отправления кишечника.* Кишечник всегда работает правильно.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Со стороны мочеиспускания отклонений от нормы нет.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.*

Больная среднего роста—162 см и удовлетворительного питания; вес 63 кг. Температура и пульс нормальны. При осмотре грудей они небольшой величины, кожа, покрывающая соски и околососковые кружки, ясно пигментирована, и Монтгомеровы железы выступают довольно резко; получить каплю молозива не удастся. Язык чистый и влажный.

В строении костной системы отмечаются некоторые особенности, именно, ноги относительно длинные, верхний край симфиза на 3 см выше середины тела; угол лонной дуги приближается к прямому, наконец, в стоячем положении внутренние поверхности бедер не соприкасаются между собой.

Аппетит хороший. При осмотре и ощупывании живота ничего патологического не отмечается.

2. Данные гинекологического исследования.

Волосистость на наружных половых органах достаточная, но верхняя ее граница не совпадает с надлобковой складкой, а по средней линии достигает пупка. Наружные половые органы развиты правильно; при раздвигании больших губ ладьевидная ямка оказывается довольно глубокой; слизистая оболочка влагалищного входа слегка цианотична; выделений из влагалища нет.

При бимануальном исследовании влагалище узкое; влагалищная часть матки имеет форму острого конуса, несколько сплюсненного в передне-заднем размере; консистенция ее немного мягче нормальной; наружный зев имеет форму поперечной щели и обращен кзади от проводной оси таза; тело матки находится в нормальной антеверзии и образует с шейкой острый угол, открытый кпереди, величина матки немного больше нормальной; консистенция ее мягковата, подвижность нормальна. Левые придатки без изменений, а правые несколько опущены, безболезненны, но увеличены до размера голубиного яйца, при чем, однако, ощупать яичник отдельно от трубы не удается. Клетчатка и брюшина таза без изменений.

При осмотре зеркалом слизистая оболочка влагалища и влагалищной части матки слегка цианотична; из наружного зева выделяется немного вязкой прозрачной слизи.

3. Лабораторные исследования:

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1.600 куб. см; удельный вес 1.018; реакция слабо кислая; белка, сахара и других патологических элементов не обнаружено; при микроскопическом исследовании найдены отдельные клетки пузырного эпителия и единичные лейкоциты.

б. Исследование крови. Количество эритроцитов 4.980.000; количество гемоглобина 88%; показатель окраски 0,88; количество лейкоцитов 7.200; лейкоцитарная формула нормальна. Скорость оседания эритроцитов один час сорок пять минут.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищного содержимого I. Реакция кислая.

д. Биологические реакции. Реакция с флоридзином положительная.

Переходя к разбору истории болезни данной больной, мы должны исходить из того, что она обратилась к нам, чтобы выяснить причину, вызвавшую запоздание месячных, поэтому нашей ближайшей задачей и будет ответить на этот вопрос, воспользовавшись данными, полученными, как из анамнеза, так и при исследовании.

Так как наиболее часто причиной задержки месячных служит беременность, то мы должны начать с того, чтобы последнюю подтвердить или отвергнуть.

Если мы признаем здесь беременность, то мы должны определить, не имеется ли с ее стороны каких-либо неправильностей; если же

беременность будет отвергнута, то нам придется искать другие причины, могущие вызвать аменоррею.

В данном случае может идти речь только о беременности первых месяцев, поэтому остановимся на тех признаках, которые соответствуют этому ее сроку.

Признаки, которыми мы пользуемся при распознавании беременности, принято делить на две группы; к первой относятся так называемые субъективные признаки, получаемые из распроса больной, ко второй относятся объективные признаки, добываемые посредством исследования.

Из субъективных признаков на первом месте стоит появление аменорреи; т.е. отсутствие своевременного появления месячных. Хотя аменоррея имеет здесь большую ценность и прежде всего заставляет подумать о беременности, но значение ее все же только относительное, так как, с одной стороны, она может иногда зависеть от других при-

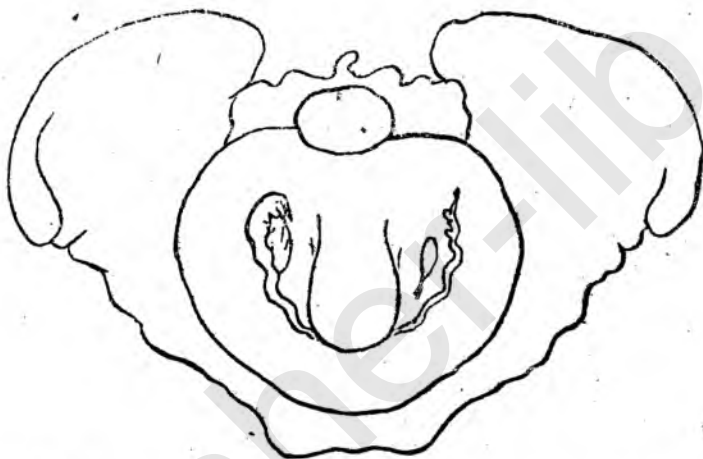


Рис. 2. Данные, полученные при внутреннем исследовании.

чин, а с другой стороны, и при беременности в первые месяцы могут еще появляться месячные. Поэтому, отсутствие месячных приобретает значение только в совокупности с другими признаками, и мы в данном случае будем считаться с тем обстоятельством, что последние месячные были у нашей больной шесть недель тому назад, но делать пока каких-либо окончательных выводов не будем.

Вторым субъективным признаком беременности является тошнота и рвота. Они наблюдаются при беременности в более или менее резкой форме в 60% случаев в течение первых трех месяцев.

В настоящее время большинство рассматривает тошноту и рвоту при беременности, как результат отравления организма матери веществами, вырабатываемыми плодным яйцом; но, так как эти симптомы появляются не у всех беременных, то надо признать существование каких-то предрасполагающих обстоятельств, и Kaltенbach считает, что здесь большое значение имеет повышенная возбудимость нервной системы; известное значение, вероятно, имеет также состояние половых органов так, например, рвоту в первые месяцы беременности чаще приходится наблюдать при различных формах недоразвития матки, где

к интоксикации присоединяется еще и механический момент в виде несоответствия между величиной растущего плодного яйца и вместимостью матки. Иногда тошнота и рвота наблюдаются очень рано, почти одновременно с аменорреей, чаще же они обнаруживаются только на втором месяце беременности.

Как мы видели из распроса нашей больной, у нее жалоб на тошноту и рвоту нет, несмотря на то, что здесь их можно было бы ожидать скорее, так как исследование обнаружило некоторые признаки недоразвития матки, именно, влагалищная часть матки имеет форму острого конуса, несколько сплюсненного в переднезаднем размере, наружный зев имеет вид поперечной щели, тело матки образует острый, открытый впереди угол, влагалище узкое, ладьевидная ямка глубокая; кроме того, месячные имели наклонность к запаздыванию и всегда сопровождалась болями.

Нередко одним из первых субъективных признаков беременности является также учащенное мочеиспускание, которое зависит от гиперемии в области шейки мочевого пузыря, вызванной беременностью. В данном случае этот признак тоже отсутствует.

Ко второй группе признаков беременности, которые определяются посредством исследования и называются объективными признаками, относится синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища, увеличение матки, изменение ее консистенции* в виде размягчения, как тела, так и влагалищной части и, наконец, изменение формы тела матки, сюда же относится пигментация околососковых кружков, более резкое выступание Монтгомеровых железок, выдавливание из груди капли молозива и пигментация белой линии живота.

Синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища зависит от венозной гиперемии, вызванной беременностью; но так как такие же застойные явления могут быть вызваны целым рядом других причин, как местного, так и общего характера, то этот признак имеет только относительное значение; поэтому, хотя он и имеется у нашей больной, мы можем им воспользоваться только в совокупности с другими признаками.

Увеличение матки приобретает как диагностический признак большую ценность в том случае, если оно соответствует сроку беременности и может быть проверено повторными исследованиями, при чем окажется, что рост матки идет параллельно с развитием беременности. Однократное же исследование, как в нашем случае, где матка оказалась несколько увеличенной, может иметь только относительное значение, так как увеличение матки может зависеть от наличия в ней опухоли, метрита и тому под., поэтому и этим признаком мы должны пользоваться с осторожностью и только в совокупности с другими данными.

Консистенция влагалищной части матки и ее тела становится при беременности мягче, но то же самое приходится наблюдать при застойных явлениях в матке, вызванных другими причинами, поэтому размягчение влагалищной части и тела матки у нашей больной тоже еще не может считаться безусловным признаком беременности.

Изменение формы матки при беременности состоит в том, что ее тело из сплюсненного в передне-заднем размере становится шаровидным; однако, это изменение наблюдается только с третьего месяца, когда плодное яйцо достигает такой величины, что выполняет собою всю полость матки. В нашем случае такого изменения матки не отмечается,

и мы не могли его ожидать, так как здесь по времени последних месячных может идти речь только о втором месяце беременности.

Что касается изменений со стороны грудей, свойственных беременности, то у нашей больной мы могли определить усиленную пигментацию околососковых кружков и довольно резкое выступание Монтгомеровых железок; получить каплю молозива не удалось, но обычно оно появляется позднее, не ранее третьего месяца.

Что касается лабораторных исследований, то мы должны, во-первых, обратить внимание на ускорение оседания эритроцитов, достигшее здесь 1 часа 45 минут вместо средней скорости у женщин от 3 до 5 часов; такое ускорение считается характерным для беременности. Во-вторых, проба, предложенная *Камнитцером* с флоридзином, дающая у беременных гликозурию, в данном случае тоже оказалась положительной.

Пигментации белой линии живота не отмечалось.

И так, если мы подведем итоги полученным данным, то мы будем иметь здесь следующие признаки, говорящие за наличие беременности: отсутствие месячных в течение шести недель, синюшную окраску влагалища и влагалищного входа, некоторое увеличение матки, мягковатую консистенцию тела и влагалищной части матки и усиленную пигментацию околососковых кружков и более резкое выступление Монтгомеровых железок; наконец, ускоренное оседание эритроцитов и положительная реакция с флоридзином тоже говорят за беременность.

Перечисленных признаков в их совокупности достаточно, чтобы с большой долей вероятности допустить у нашей больной наличие беременности; однако, решить этот вопрос окончательно мы можем только при повторном исследовании через две или три недели.

Допустив беременность, мы становимся перед вторым вопросом, именно, имеем ли мы здесь правильную беременность, или же в данном случае имеются какие-либо отклонения от нормы.

При исследовании больной мы констатировали одну неправильность в состоянии половых органов, которая заключалась в том, что правые придатки матки оказались увеличенными до размеров голубиного яйца и несколько опущенными, при чем, однако, ощупать яичник отдельно от трубы не удалось.

Такое незначительное изменение придатков матки может зависеть от застойной гиперемии, вызванной их опущением; далее, оно может быть результатом воспалительных изменений в них и, наконец, оно может быть вызвано тем, что плодное яйцо задержалось в правой трубе, и мы, следовательно, имеем внематочную беременность.

Если исследование больной дает нам хотя бы весьма неопределенные указания на возможность внематочной беременности, то мы обязаны к такому случаю отнестись очень внимательно и подвергнуть все имеющиеся данные тщательной критической оценке, так как нераспознанная своевременно внематочная беременность может угрожать больной очень серьезными последствиями.

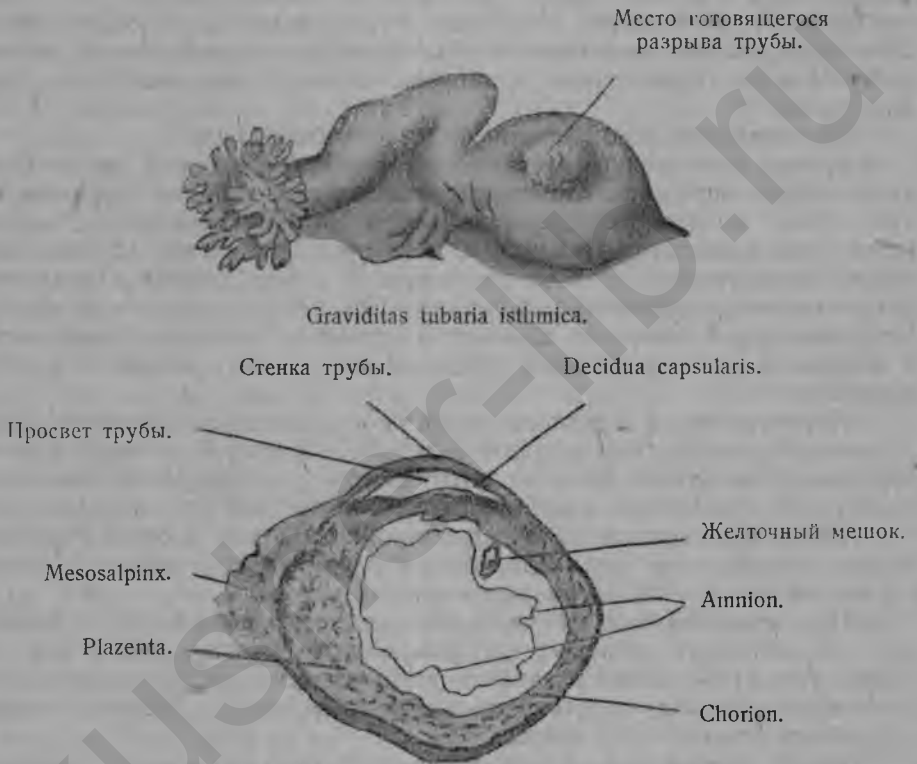
Так как у нашей больной может идти речь только о внематочной беременности первых месяцев, то мы будем считаться с теми диагностическими признаками, которые относятся к этому периоду.

С другой стороны, так как громадное большинство внематочных беременностей оказывается трубной беременностью, то мы и будем иметь ее в виду, тем более, что с точки зрения интересов больной

форма внематочной беременности не играет большой роли, так как всякая из них одинаково опасна.

Из признаков, характерных для трубной беременности, на первом месте стоят те изменения в форме и величине трубы, которые зависят от присутствия в ней плодного яйца.

Под влиянием растущего плодного яйца соответственный отдел трубы растягивается и здесь образуется утолщение овальной формы, которое, постепенно увеличиваясь, достигает к концу четвертой недели величины голубиного яйца, к концу восьмой недели величины куриного



Поперечный разрез через трубу при ненарушенной трубной беременности.

Рис. 3.

яйца и к концу двенадцатой недели величины гусиного яйца. Консистенция этого образования при ощупывании мягко-эластическая, что зависит от небольшой толщины трубной стенки и содержащейся в плодном яйце жидкости.

Однако, надо иметь в виду, что далеко не всегда удается с уверенностью установить, что найденное при исследовании образование относится к трубе, а не к прилежающему к ней яичнику, так как на точность исследования влияет и податливость брюшной стенки и толщина подкожного жира и целый ряд других случайных причин.

При исследовании нашей больной, найдя увеличение правых придатков до величины голубиного яйца, мы не могли с точностью сказать, представляет ли найденное нами тело яичник или утолщенную

трубу; в пользу трубы здесь до известной степени говорит то обстоятельство, что ощупывание этого тела безболезненно, в то время, как ощупывание даже вполне здорового яичника вызывает обычно легкое ощущение боли.

Вторым важным диагностическим признаком для дифференцирования маточной беременности от внематочной являются те изменения, которые происходят в матке. Как при маточной, так и при внематочной беременности, консистенция тела и шейки матки изменяется в одинаковой степени, становясь мягче. Что касается величины матки, то она и в том и в другом случае тоже изменяется, но не в одинаковой степени в различные сроки беременности. Приблизительно до конца второго месяца беременности увеличения матки происходит главным образом за счет утолщения мышечной стенки матки независимо от того, в каком отделе полового аппарата произошла имплантация плодного яйца, и только с третьего месяца при маточной беременности матка начинает увеличиваться благодаря растяжению ее полости растущим плодным яйцом; поэтому мы можем воспользоваться названным признаком только с третьего месяца беременности и для нашего случая он ценности не имеет. Наконец, при маточной беременности наблюдается изменение формы тела матки, которое из уплощенного в переднезаднем размере становится шаровидным; таким образом этим признаком можно воспользоваться для дифференциальной диагностики, но так как он обнаруживается тоже только с третьего месяца, когда плодное яйцо успеет выполнить собою всю полость матки, то здесь он значения иметь не может.

Остальные признаки, как синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа, изменения со стороны грудных желез, отсутствие месячных и тошнота, поскольку она зависит от интоксикации продуктами жизнедеятельности плодного яйца, более или менее одинаковы, как при маточной, так и при внематочной беременности.

Некоторыми указывается еще на один признак, будто бы характерный для внематочной беременности, именно на более ясно выраженную пульсацию маточной артерии, определяемую со стороны того влагалищного свода, который соответствует беременной трубе. Однако, если представить себе, насколько разнообразно расположение маточных артерий и их отношение к окружающим тканям, то этот признак едва ли может считаться надежным.

Ускорение оседания эритроцитов и гликозурия при впрыскивании флоридина дают нам право с известной вероятностью допустить наличие беременности вообще, но как способ дифференциальной диагностики между маточной и внематочной беременностью обе эти реакции совершенно не пригодны.

Итак, у нашей больной имеется единственное объективное данное, которое наводит нас на мысль о возможности внематочной беременности, именно, увеличение правых придатков матки. Правда, эти изменения не находят себе другого объяснения, так как в анамнезе нет указаний на бывший раньше воспалительный процесс в области половых органов и при ощупывании придатков они совершенно безболезненны, но все же казалось бы, что ставить даже предположительный диагноз на основании приведенных данных едва ли возможно.

Однако, если мы попробуем подойти к решению данного вопроса с другой стороны, если мы вспомним этиологию внематочной беремен-

ности вообще и спросим себя, не имеется ли здесь такого этиологического момента, который мог бы способствовать возникновению трубной беременности, то мы увидим, что вероятность таковой будет у нашей больной гораздо более приемлема.

Из анамнеза нашей больной мы видим, что первые месячные появились у нее на шестнадцатом году, т. е. своевременно, но в течение первого года они приходили с перерывами в два и три месяца, а затем сохранили наклонность к запаздыванию на несколько дней. Месячные сопровождаются всегда болью внизу живота, которая появляется перед самым началом отделения крови и носит характер механической дисменореи. Половую жизнь больная начала с двадцати лет и в течение пяти лет замужества ни разу не была беременна, так что здесь приходится признать наклонность к бесплодию.

Эти данные заставляют нас предположить наличие каких-то ненормальностей в половом аппарате, которые ведут свое начало с детства и являются результатом недоразвития полового аппарата.

Подтверждение этому мы находим при исследовании больной, именно, она носит на себе некоторые признаки интерсексуального типа как, например, относительно большая длина ног, форма угла лонной дуги приближающаяся к прямому углу, отсутствие соприкосновения между внутренними поверхностями бедер в стоячем положении; далее, хотя волосистость на наружных половых органах достаточная, верхняя ее граница не совпадает с надлобковой складкой, а по средней линии достигает пупка; ладьевидная ямка глубокая, влагалище узкое, влагалищная часть матки имеет форму острого конуса, несколько сплющенного в передне-заднем размере; наружный зев представляет собою поперечную щель и тело матки образует с шейкой острый, открытый спереди угол; все эти данные говорят за то, что здесь имеется недоразвитие полового аппарата, а матка представляет собою *hyperanteflexio uteri hypoplastici*. Так как такое недоразвитие не ограничивается только теми изменениями, которые доступны нашим обычным способам исследования, а часто распространяются и на трубы, то мы с полным правом можем их здесь допустить.

Как известно, при недоразвитии полового аппарата изменения в трубах выражаются в их чрезмерной длине и извилистости и являются одной из наиболее частых причин возникновения трубной беременности.

Таким образом, если мы не имеем достаточных данных, чтобы доказать у нашей больной наличие трубной беременности, то у нас все же имеются основания допустить ее с большой вероятностью.

Чтобы исчерпать в полной мере все доступные нам способы распознавания, как беременности вообще, так и внематочной беременности в частности, нам остается еще остановиться на тех данных, которые могут быть получены путем лабораторных исследований.

Если мы теперь перейдем от теоретических рассуждений к практическим выводам, оценивая их с точки зрения интересов больной, то мы увидим, что для нее во всех отношениях будет выгоднее, если мы к ней отнесемся, как к больной с внематочной беременностью.

Опасность, связанная с внематочной беременностью, заключается в том, что уже в первые месяцы беременности в громадном большинстве случаев происходит преждевременное нарушение ее или в виде разрыва трубы, или в виде трубного выкидыша. Как в том, так и в другом случае, это сопровождается кровотечением в брюшную

полость: оно нередко может представить для больной смертельную опасность, устранимую только немедленным оперативным вмешательством. Поэтому при подозрении на внематочную беременность мы должны поставить больную в такие условия, чтобы оперативная помощь могла быть оказана без промедления.

Для этого надо настоять на том, чтобы больная до выяснения окончательного диагноза была помещена в лечебное заведение. Конечно, не исключается возможность, что у больной окажется нормальная беременность, и она будет помещена в лечебное заведение напрасно, но это неудобство для нее искупается тем большим риском, которому она подвергается в том случае, если нарушение внематочной беременности произойдет в домашней обстановке и больную при явлениях тяжелой анемии придется транспортировать в больницу.

Обыкновенно, для выяснения диагноза требуется период времени от двух до четырех недель, при чем весьма желательно, чтобы больная провела в лечебном заведении время, соответствующее периоду ближайших месячных, так как нарушение внематочной беременности часто совпадает с предменструальной гиперемией полового аппарата.

Лично мне пришлось наблюдать три случая, где нарушение внематочной беременности произошло в то время, когда больные находились в лечебном заведении под наблюдением, при чем оно сопровождалось настолько обильным кровотечением в полость брюшины, что потребовалось безотлагательно оперативное вмешательство; поэтому я окончательно укрепился в том взгляде, что в каждом случае, подозрительном относительно внематочной беременности, больная заблаговременно должна быть помещена в лечебное заведение.

При повторном исследовании через две или три недели в большинстве случаев удастся выяснить истинное положение дела, так как за это время изменения в придатках должны прогрессировать, если они действительно зависели от развивающегося в трубе плодного яйца. Здесь имеет также диагностическое значение, говорящее в пользу трубной беременности, то обстоятельство, что нарастающее увеличение придатков не сопровождается повышением температуры и прочими воспалительными явлениями и наблюдается только с одной стороны.

При повторном исследовании мы можем также получить весьма ценные данные и со стороны матки, так как в случае нормальной беременности матка за этот период времени должна увеличиться и изменить свою форму соответственным образом, в то время, как при внематочной беременности этого не произойдет.

Если через указанное время мы укрепимся в том убеждении, что у больной имеется внематочная беременность, то перед нами встает новый вопрос: ждать ли дальше и держать больную под наблюдением, или, не откладывая, приступить к операции.

Вопрос этот не решается так просто, как могло бы казаться, и на этот счет существуют различные точки зрения.

Одни держатся такого крайне консервативного взгляда, что даже при несомненной внематочной беременности оперативное вмешательство уместно только после того, как беременность сама собою так или иначе будет нарушена; если же этого не произойдет, то следует ждать того времени, когда плод станет жизнеспособным и только тогда произвести чревосечение, чтобы получить живого ребенка. Как бы заманчива ни казалась эта точка зрения, повседневный опыт учит нас, что внематочная беременность исключительно редко достигает того срока, когда

плод становится жизнеспособным, поэтому в угоду этих призрачных расчетов едва ли мы имеем право подвергать больную той опасности, которая связана с самопроизвольным нарушением внематочной беременности.

Другие, тоже сторонники консервативного отношения к внематочной беременности, придерживаются выжидательного метода потому, что самопроизвольное нарушение ее, происходящее преимущественно в раннем периоде беременности, иногда заканчивается для больной благополучно и без операции и сопровождается небольшим кровотечением в брюшную полость, которое может бесследно рассосаться или образовать ограниченную кровяную опухоль.

Эта точка зрения опирается несомненно на довольно большой клинический материал и, надо думать, не мало случаев нарушения внематочной беременности остается нераспознанными или совсем не попадает под наблюдение врача, но, мне кажется, для правильного решения вопроса мы должны определить, что для больной безопаснее: тот риск для ее жизни и здоровья, который связан с самопроизвольным нарушением внематочной беременности, или же риск, связанный с операцией чревоотечения.

При выжидательном методе исход трубной беременности может быть троякий: или нарушение ее произойдет без тяжелых для больной явлений, и кровоизлияние в брюшную полость рассосется, не оставляя никаких последствий, или дело заканчивается образованием кровяной опухоли в брюшной полости, обычно в малом тазу позади матки или в трубе, при чем может потребоваться длительное рассасывающее лечение, а иногда вскрытие haematocеле или удаление haematosalpinx'a; или, наконец, нарушение трубной беременности сопровождается настолько значительным кровотечением в брюшную полость, что для спасения жизни больной требуются немедленное оперативное вмешательство.

Насколько часто встречается тот или иной исход, нельзя сказать с уверенностью, так как установить диагноз внематочной беременности, закончившейся в первые месяцы, мы можем только определением наличия крови в брюшной полости или при вскрытии последней или посредством пробной пункции, поэтому я позволю себе основывать мои заключения только на цифровых данных моего личного операционного материала.

Из 1148 оперированных мною, путем вскрытия брюшной полости, больных, в 136 случаях имелась внематочная беременность в том или ином виде, что составляет 11,5%, из них погибло 9 больных, что составляет 6,7%.

При наличии ненарушенной трубной беременности была оперирована только одна больная, при чем исход операции был хороший.

При явлениях острой тяжелой анемии операция была произведена в 86 случаях, при чем все больные поправились, все же погибшие больные относятся к затянувшимся случаям, нередко осложненным инфекцией.

Кроме того, в 34 случаях оперативное вмешательство ограничивалось вскрытием заднего Дугласова пространства через задний свод влагалища по поводу haematocеле retrouterinа; из этих больных погибла одна, что составит 3%; она была оперирована при тяжелых явлениях инфекции.

Из приведенных цифр с достаточною ясностью видно: во-первых, какой опасности подвергается больная, страдающая внематочной бере-

менностью, и во-вторых, насколько эта опасность уменьшается при своевременном, т. е. возможно раннем производстве операции; и, если оказывается, что ранняя операция, произведенная непосредственно после нарушения внематочной беременности, не дала ни одного случая смерти, то мы тем более должны этого ждать, если больная подвергнется операции еще до нарушения беременности при отсутствии явлений анемии.

Мне кажется, сказанного вполне достаточно, чтобы мы могли прийти к определенному выводу, что при установленной точно внематочной беременности следует безусловно отдать предпочтение активному, а не выжидательному методу. Однако, трудность проведения в жизнь этого метода заключается в том, что распознать внематочную беременность до ее нарушения далеко не легко и, как было мною указано, я до настоящего времени имел только один такой случай.

Вернемся теперь к нашей больной.

Заподозрив у нее внематочную беременность, мы должны объяснить ей серьезность положения и постараться настоять на том, чтобы до окончательного выяснения диагноза она поместилась в лечебное заведение.

Если наше предположение об имеющейся здесь внематочной беременности найдет себе подтверждение, то второй нашей обязанностью будет убедить больную в необходимости оперативного вмешательства.

Что касается самого способа операции, то на этот счет может возникнуть целый ряд вопросов главным образом в смысле проведения принципа консерватизма.

Во-первых, можно поступить наиболее консервативно и удалить плодное яйцо, не удаляя самой трубы; во-вторых, можно удалить беременную трубу вместе с плодным яйцом; в-третьих, наконец, может быть поднят вопрос об удалении обеих труб.

Все эти три точки зрения имеют свои логические основания, и мы попытаемся, дав каждой из них критическую оценку, сделать наш выбор.

Первое предложение, высказанное впервые Muret в 1893 году, больше всего отвечает общепринятому хирургическому принципу, согласно которому при всякой операции ограничиваются удалением только самого неизбежного; технически провести это в жизнь при трубной беременности часто не представляет трудности. Здесь можно постушить двояко: или, как это было сделано Prochownik'ом, Martin'ом, Zung'ом, Strassmann'ом и другими, стенка трубы рассекается по длиннику ее соответственно местоположению плодного яйца, последнее удаляется, яйцевое ложе выскабливается острой ложечкой и разрез трубы закрывается швами; или, как предлагает Bröse в случаях расположения плодного яйца в ампулярном конце трубы, оно осторожно выдавливается наружу, т.-е. производится как бы полный викидыш. Однако, мы должны спросить себя, не представляет ли опасности для больной оставление трубы, которая один раз уже послужила местом возникновения внематочной беременности. Если имплантация яйца произошла в трубе вследствие ее недоразвития, т.-е. чрезмерной длины, извилистости и тонкости ее, то мы не имеем никакого основания рассчитывать, что возникшая в ней беременность исправит эти недостатки; напротив, мы должны думать, что благодаря этому просвет трубы пострадает. Благодаря особенностям строения слизистой оболочки трубы, яйцевая клетка, имплантировавшаяся в трубе, проникает через толщу ее слизистой оболочки и продолжает разви-

ваться между последней и мышечной стенкой трубы. Таким образом, удаляя плодное яйцо, мы оставляем соответствующий отдел трубы, лишенным его слизистой оболочки, и, если здесь впоследствии не образуется полной непроходимости, то, во всяком случае, может произойти сужение просвета трубы и к обстоятельствам, способствующим возникновению трубной беременности, прибавится еще одно. Поэтому такое консервативное отношение к беременной трубе может иметь смысл только в тех случаях, где задержанию оплодотворенной яйцевой клетки в трубе способствовали такие воспалительные изменения последней, которые могут быть устранены или во время операции, например, сращения вокруг трубы, или могут быть излечены впоследствии.

Второе предложение, состоящее в том, чтобы во время операции удалить беременную трубу, имеет наибольшее число сторонников. Такое отношение к трубе оправдывается вышеизложенными соображениями, при чем, удаляя трубу, мы всегда тщательно перитонизируем культю, обшивая ее круглой связкой, для того, чтобы устранить возможность возникновения повторной внематочной беременности в оставленной части трубы.

Третье предложение, состоящее в том, чтобы одновременно с удалением беременной трубы произвести стерилизацию при помощи удаления, перевязки или резекции второй трубы, является наиболее радикальным и находит известное оправдание в том, что при недоразвитии полового аппарата, распространяющемся на трубы, обе трубы поражены в одинаковой степени и, оставляя вторую трубу, мы не устраняем возможности возникновения в ней беременности. Последовательное возникновение внематочной беременности сперва в одной, а затем в другой трубе, правда, не представляет собой большой редкости и, по мнению *R. Werth'a*, наблюдается в 5% случаев; я на моем оперативном материале наблюдал пять случаев повторной трубной беременности, что составляет 3,7%; но значительно чаще приходится наблюдать, когда после трубной беременности наступала правильная беременность; по тому же автору это наблюдалось по некоторым статистикам в 50% случаев, а я имел больную, которая в течение двух лет перенесла сперва операцию по поводу правосторонней трубной беременности с удалением соответствующей трубы, затем имела нормальную беременность, закончившуюся родами, и, наконец, подверглась операции по поводу левосторонней трубной беременности.

Сопоставляя те соображения, которые приводятся в защиту каждого из приведенных способов вмешательства при трубной беременности, мне кажется наиболее правильным, отвечающим интересам больной, будет тот, где удаляется только беременная труба, поэтому мы будем его проводить и в данном случае, если дальнейшее наблюдение подтвердит у нашей больной наличие трубной беременности.

Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем разрыва трубы.

Перейдем теперь к следующей больной.

Больная Л. П. 24 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством уроженка Киева, русская.

В клинику она доставлена час тому назад в полубморочном состоянии с жалобами на общую слабость, головокружение и режущие боли внизу живота слева.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла корь и ветреную оспу и ничего больше отметить не может.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить всегда через четыре недели по 4 дня не обильно и без болей; последние месячные были 7 недель и 3 дня тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с двадцати лет, при чем больная не отмечает в связи с нею никаких отклонений в состоянии половых органов.

4. *Беременности и их исходы.* Не смотря на то, что больная никаких предохранительных средств не применяла, беременности за четыре года замужества не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Заболела внезапно дома сегодня утром, когда, встав с постели, пошла в уборную; сперва появились сильные боли режущего характера внизу живота слева, а затем закружилась голова настолько сильно, что больная упала и в обморочном состоянии была перенесена домашними на кровать.

6. *Болела ли раньше?* Ни общими заболеваниями, кроме указанных в детстве, ни специально гинекологическими, прежде не болела.

7. *Отправления кишечника.* Еще с детства больная отмечает склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Со стороны мочеиспускания отклонений от нормы прежде не было, но в настоящее время больная сама мочиться не может.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста, правильного сложения и удовлетворительного питания. Температура при поступлении больной в клинику 35,8; пульс 124 удара в минуту, ровный, но очень мягкий; дыхание учащено до 34 в минуту. Кровяное давление несколько понижено. $РМа = 106$, и $РМі = 78$. Сознание ясное, но больная апатична и вяло отвечает на вопросы. Язык влажный и чистый. Границы сердца нормальны, над верхушкой слышен шумок; со стороны легких отклонений от нормы нет. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки очень бледны. При осмотре живота он умеренно вздут;

при ощупывании он мягкий и несколько болезненный в левой подвздошной области; при перкуссии определяется заглушение кишечного тона с обеих сторон в наиболее отлогих отделах брюшной области и над лоном, флюктуации получить не удастся. Со стороны груди каких-либо изменений отметить не удается.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы нормальны; волосистость развита правильно. Слизистая оболочка влагалищного входа бледна, выделений из влагалища нет.

При бимануальном исследовании получены следующие данные: влагалищная часть матки имеет форму усеченного конуса, нормальной величины, мягковатой консистенции; наружный зев круглый, обращен впереди от проводной оси таза; тело матки несколько больше нормы, отклонено кзади и образует с шейкой угол, открытый кзади; конси-

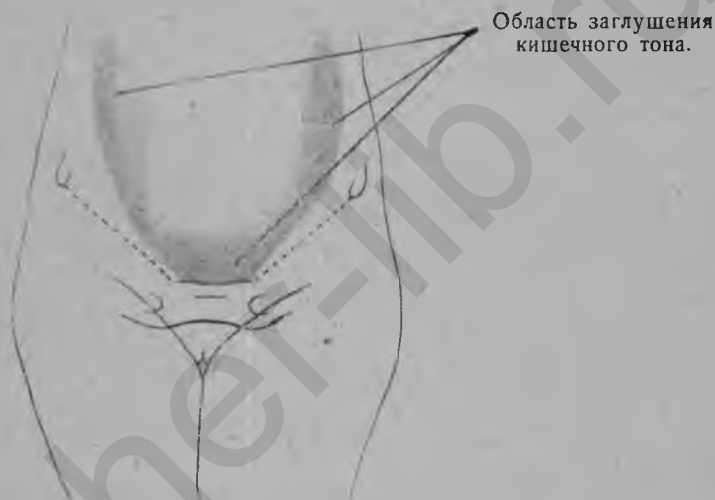


Рис. 4. Данные, полученные при перкуссии области живота.

стенция тела матки тоже мягковата, форма его нормальна; подвижность матки чрезвычайно свободна. Правые придатки не определяются; с левой стороны у угла матки и несколько кзади от нее прощупывается мягковатая разлитая резистентность, в которой удается определить ближе к углу матки более плотное образование овальной формы величиною в куриное яйцо, слегка болезненное и довольно тесно связанное с левым углом матки. Форма влагалищных сводов не изменена; определить скопление жидкости в малом тазу не удастся. В клетчатке таза изменений нет.

3. *Лабораторные исследования.*

а. Исследование мочи.

Несмотря на то, что больная не мочилась с утра, т.-е. в течение около четырех часов, из мочевого пузыря выпущено катетром всего 85 к. см мочи. Цвет мочи светлый, она прозрачна, удельный вес 1011, реакция слабо кислая. Белка, сахара и других патологических элементов не найдено. При микроскопическом исследовании ничтожного осадка получены отдельные клетки мочевого пузыря и два-три лейкоцита в нескольких полях зрения. Кроме того, изредка встречаются кристаллы фосфорно-кислой магнезии; ни цилиндров, ни красных кровяных шариков не найдено.

в. Исследование крови.

	Нормальная картина у женщин.	Исследование 1. год—мес.—числ.	
Количество эритроцитов	4.500.000—5.250.000	2.300.000	
Характер эритроцитов	{ Изменение окраски — Изменение величины — Изменение формы — Изменение структуры —	Базофильн. зернист.	
		нет.	
		нет.	
		Отдел. нормобласт.	
Количество гемоглобина	85%—110%	43%	
Показатель окраски	0,9—1,0	0,93	
Количество лейкоцитов	7.000—8.000	5.000	
Лейкоцитарная формула.	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70%	3.300; 66%
	Эозинофилы	80—320; 1—4%	125; 2,5%
	Базофилы	20—80; 0,1—1%	25; 0,5%
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35%	1350; 28%
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5%	200; 4%
Нейтрофильная картина. Арнета.	Одноядерные	8%	12%
	Двухядерные	24%	24%
	Трехядерные	48%	46%
	Четырехядерные	16%	15%
	Пятиядерные	4%	3%
Патологические формы лейкоцитов.	Регенеративные	—	Число миелицитов немного увеличено.
	Дегенеративные . . . . .	—		нет.
Тромбоциты	250.000—300.000	124.000	
Сухой остаток	21%	16%	
Удельный вес	1.050—1.056	1044	
Коэффициент вязкости	4,38	2,1	
Скорость свертываемости	7—8 минут	10 мин.	
Щелочность	426—533 м.г. NaOH	442	
Резистентность эритроцитов	Rm. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,47%	
Количество гликогена . . . . .	. . . . .	нет.
Скорость осаждаем. эритроцитов	5 час.	45 мин.	

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищной флоры I; реакция кислая.

d. Биологические реакции. Реакция с флоридзином отрицательная.

Собрав как из анамнеза, так и при исследовании все необходимые нам данные, перейдем теперь к критической оценке их.

Если мы проследим анамнез в хронологическом порядке, то мы убедимся, что в нем до самого последнего времени не имеется никаких указаний, которые можно было бы поставить в связь с имеющимся сейчас заболеванием. Именно, наступление половой зрелости совершилось в обычный срок; тип и характер месячных был всегда нормален, и они были безболезненны; начало половой жизни тоже прошло без всяких осложнений, что дает нам право с большой вероятностью исключить гонококковую инфекцию; только длившееся в течение четырех



Рис. 5. Данные, полученные при бимануальном исследовании.

лет замужества бесплодие заставляет нас подумать о том, не зависит ли оно от каких-либо неправильностей в состоянии полового аппарата нашей больной.

В той части анамнеза, которая непосредственно предшествует началу заболевания, мы, наоборот, имеем одно обстоятельство, требующее тщательной оценки; я имею в виду указание больной на отсутствие месячных в течение около восьми недель.

Итак, в анамнезе мы имеем два факта, заслуживающие внимания: во-первых, бесплодие в течение четырех лет, и во-вторых, аменорею, продолжающуюся семь с половиною недель.

Постараемся дать им объяснение на основании тех данных, которые мы получили при исследовании больной.

Желая выяснить причину бесплодия, мы всегда должны иметь в виду, что оно может зависеть не только от состояния полового аппарата женщины, но также и от ее мужа, поэтому при исследовании больной мы должны решить, имеются ли в половых органах ее такие отклонения от нормального состояния, которые в достаточной мере объясняют бесплодие; если таковых нет, то необходимо произвести исследование семени мужа.

Далее надо помнить, что бесплодие, связанное с ненормальным состоянием половых органов женщины, чаще всего зависит от одной из трех причин: или имеются те или иные явления недоразвития половых органов, или имеются воспалительные изменения в них, или, наконец, имеется приобретенное в связи с родами, или выкидышем неправильное положение матки.

Последняя причина в нашем случае сама собою отпадает, так как больная не имела совсем беременности. Вторая причина тоже очень мало вероятна, так как в анамнезе нет указаний на воспалительные заболевания половых органов. Поэтому, скорее всего здесь может идти речь о бесплодии, вызванном недоразвитием полового аппарата.

При исследовании больной мы не нашли ни в наружных, ни во внутренних ее половых органах никаких указаний на недоразвитие, кроме имеющейся ретроверзии-ретрофлексии матки, и, таким образом, нам необходимо выяснить, насколько здесь названная неправильность матки является результатом недоразвития, и может ли она сама по себе быть причиной бесплодия.

Надо думать, что здесь ретроверзия-ретрофлексия матки развилась в детском возрасте больной, так как в зрелом возрасте эта неправильность матки обычно возникает вследствие недостаточного обратного развития ее после родов или выкидыша, или вследствие какого-либо воспалительного процесса в брюшине таза, на что мы указаний в анамнезе не имеем.

Напротив, образование ретроверзии-ретрофлексии матки в детском возрасте, как результат недостаточного интенсивного развития ее, наблюдается нередко, так как в тех случаях, когда мышца матки после рождения девочки не может достаточно быстро оправиться от физиологической атрофии, оно легко поддается различным вредным влияниям со стороны соседних органов и брюшного пресса и приобретает неправильное положение и форму. Правда, в этих случаях, наряду с ретроверзией-ретрофлексией матки часто имеются другие признаки недоразвития, придающие матке характерный вид *uterus hypoplasticus* или *uterus infantilis*, это не обязательно, так как уже одной физиологической слабости мышечной стенки матки достаточно в детском возрасте, чтобы все вредные моменты могли себя проявить.

Допуская из трех вышеназванных причин возникновения ретроверзии-ретрофлексии матки у нашей больной наиболее вероятной неправильное развитие матки, мы должны имеющееся здесь бесплодие объяснить именно этой неправильностью, так как известно, что среди других форм неправильного развития матки в этом отношении она играет не последнюю роль.

Перейдем теперь к оценке другого факта, отмеченного в анамнезе нашей больной, т.-е. к имеющейся у нее аменорее в течение последних восьми недель.

Так причиной задержки месячных в определенном возрасте при наличии половой жизни чаще всего является беременность, то прежде всего постараемся на основании данных, полученных при исследовании, выяснить этот вопрос.

В нашем случае мы не имеем никаких субъективных признаков беременности, так больная не жалуется ни на тошноту или рвоту, ни на какие-либо другие ощущения, часто связанные с беременностью; здесь нет также изменений со стороны груди в виде усиленной пиг-

ментации околосоковых кружков, выступления Монтгомеровых железок или появления капли молозива, поэтому главное наше внимание мы должны обратить на изменения со стороны половых органов.

При осмотре влагалищного входа мы нашли слизистую оболочку бледной, в то время, как при беременности она обычно имеет синюшный оттенок. При внутреннем исследовании полученные нами со стороны матки данные таковы: тело матки несколько больше нормального, форма его не изменена; консистенция его у влагалищной части мягковата.

При аменоррее длительностью в восемь недель, где может идти речь о беременности двух месяцев, этих данных, конечно, не достаточно, чтобы признать наличие беременности; мы здесь должны были ожидать более значительное увеличение матки и некоторое изменение формы ее тела, так как к концу второго месяца нормальной беременности оно уже начинает становиться шаровидным.

Что касается лабораторных исследований, которыми мы могли бы воспользоваться для решения вопроса о беременности, то реакция скорости оседания эритроцитов, которая здесь равнялась 45 мин., не соответствовала таковой при беременности, а была значительно ускорена, что вероятно зависело от острого малокровия.

Реакция с флоридзином здесь получилась отрицательная, но надо иметь в виду, что она дает положительные результаты только при наличии живого и жизнеспособного плодного яйца.

Итак, полученные при исследовании данные не решают окончательно вопроса, но с известным правом позволяют исключить наличие прогрессирующей беременности вообще, и в частности беременности, развивающейся в матке.

Займемся теперь теми данными, которые стоят в непосредственной связи с началом заболевания.

Из анемнеза мы видим, что оно началось внезапно за несколько часов до того, как больная была доставлена в клинику, при чем сперва появились сильные боли внизу живота слева, а затем закружилась голова настолько сильно, что больная упала; случилось это в то время, когда она, встав утром с постели, пошла в уборную.

Такое обморочное состояние в связи с резкими болями в животе могло зависеть от спазматических болей в кишках, вызвавших появление шока, или от перекручивания ножки могущей быть опухолью яичника, или, наконец, от внутреннего кровотечения в брюшную полость.

Мы остановимся только на этих трех предположениях, потому что обморок стоял в связи с сильной болью внизу живота, и посмотрим, которая из них наиболее вероятна.

За первое предположение говорит то, что боли в животе появились в то время, когда больная направилась в уборную для обычного опорожнения кишечника; но, если бы боли действительно зависели от усиленной перистальтики кишек, то мы должны были бы иметь указание на то, что больная имела жидкий стул; этого, однако, мы не имеем. Если мы поищем доказательств в данных, полученных при исследовании, то за это предположение будет говорить только бледность покровов и слизистых оболочек, а также изменение пульса, что может зависеть от шока и падения кровяного давления; однако, мало вероятно, чтобы шок, вызванный болью в кишках, мог продолжаться так долго, тем более что при ощупывании живота имеется только небольшая ограниченная болезненность слева внизу и нет никаких явле-

ний острого гастро-энтеро-колита, так как язык влажный и чистый, нет ни тошноты, ни рвоты, ни поноса.

Второе предположение имеет за себя также некоторые данные, так как при перекручивании ножки кисты яичника нередко приходится наблюдать сильные боли внизу живота, которые могут сопровождаться обмороком и учащением пульса, но обычно здесь выступают более резко и другие признаки раздражения брюшины, как рвота, вздутие и напряжение живота, а затем повышение температуры. Выяснению диагноза главным образом помогают данные внутреннего исследования, при чем в брюшной полости удается определить эластическую опухоль большей или меньшей величины, связанную с одним из углов матки посредством ножки. В нашем же случае мы нашли при внутреннем исследовании следующее: с левой стороны у угла матки и несколько кзади от нее ошупывается мягковатая разлитая резистентность, в которой удается определить ближе к углу матки более плотное образование овальной формы величиною с куриное яйцо, несколько болезненное и довольно тесно связанное с углом матки; таким образом эти данные далеко не отвечают тому, что мы могли рассчитывать найти при перекрученной кисте.

Остановимся теперь на третьей возможности, т.е. на кровоизлиянии в брюшную полость.

При этом мы должны ответить на два вопроса: во-первых, мы должны доказать наличие внутреннего кровотечения, и, во-вторых, мы должны определить его исходное место.

Что касается первого вопроса, то за внутреннее кровотечение говорят следующие данные: головокружение, понижение температуры тела до 35,8, мягкий и учащенный до 124 ударов в минуту пульс, учащенное до 34 в минуту дыхание, понижение кровяного давления до $PMa=105$ и $PMi=78$, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, апатичное состояние, заглушение кишечного тона при перкуссии в наиболее отлогих отделах брюшной области и над лоном и изменения крови в виде уменьшения числа эритроцитов до 2.300.000, уменьшения количества гемоглобина до 43%, понижения коэффициента вязкости и некоторых других изменений.

Как мы видим, у нашей больной имеется достаточно данных, говорящих в пользу внутреннего кровотечения, поэтому мы можем признать его с большой вероятностью; однако, такое благоприятное для распознавания сочетание признаков наблюдается не всегда, и часто может недоставать то одного, то нескольких.

Одним из наиболее постоянных признаков при кровотечении вообще и в частности при внутреннем кровоизлиянии в брюшную полость является головокружение, доходящее до обморока; здесь не всегда наблюдается полное соответствие между тяжестью обморока и количеством потерянной крови, и надо думать, что известное значение имеет рефлекс с брюшины вследствие ее раздражения кровью, как посторонним телом.

Понижение температуры тела при внутреннем кровотечении обычно наблюдается, но как только кровотечение прекращается, температура довольно быстро снова достигает нормальных цифр, а затем даже повышается нередко до 38 градусов, что, вероятно, зависит от всасывания излившейся в брюшную полость крови.

Изменения со стороны пульса, состоящие в том, что он становится частым и мягким, наблюдаются при внутреннем кровотечении обычно-

венно, хотя и здесь приходится отметить индивидуальные особенности, зависящие, как от работоспособности сердца, так и от возбудимости сосудодвигательной нервной системы; нередко даже при значительном кровотечении пульс долго держится в удовлетворительном состоянии, в то время как в других случаях даже при сравнительно небольшой потере крови быстро наступает значительное учащение пульса и падает его наполнение. *Mirto* наблюдал даже замедление пульса до 50—46 ударов и объясняет это раздражением блуждающего нерва.

Наблюдаемое обычно при внутреннем кровотечении учащение дыхания, которое вместе с тем становится поверхностным, зависит отчасти от недостатка кислорода благодаря уменьшению числа эритроцитов, а отчасти также от раздражения брюшины.

Далее, при всякой потере крови, безразлично наружной или внутренней, всегда наблюдается падение, кровяного давления; степень его падения во-первых, зависит от количества потерянной крови, а во-вторых, от состояния кровеносных сосудов. Как известно, при потере крови, равной $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ всего наличного ее количества, наблюдается падение кровяного давления до 0 и смерть; однако, надо иметь в виду, что убыль жидкости в кровеносной системе быстро пополняется на счет поступления в нее жидкости из других отделов и тканей организма, при чем уже во время кровотечения при нормальной эластичности сосудистых стенок кровяное давление стремится выравняться, и кровяное ложе приспособляется к своему содержанию. Это обстоятельство имеет некоторое диагностическое значение в сочетании с другими данными; например, при дифференциальной диагностике между кровоизлиянием в брюшную полость и перитонитом в первом случае мы должны иметь резкое уменьшение числа эритроцитов и количества гемоглобина при сравнительно небольшом понижении кровяного давления, в то время как во втором случае окажется более значительное понижение кровяного давления в то время, как число эритроцитов и количество гемоглобина пострадает значительно меньше.

Бледность кожных покровов и слизистых оболочек при кровотечении зависит не столько от сердечной слабости и падения кровяного давления, сколько от измененного состава крови, при чем в этом случае кожа имеет желтоватый, восковидный оттенок, в то время как при бледности, зависящей от слабости сердца, вызванной перитониом, цвет кожи имеет сероватый, землистый оттенок.

Что касается психики больной при кровотечении, то она находится в прямой зависимости от анемии мозга и сперва проявляется в вялости и апатичности, а при очень тяжелых потерях крови нередко переходит в состояние возбуждения.

Несомненный диагностический интерес при кровотечении в брюшную полость имеет определение здесь свободной жидкости, которая скопляется при лежании больной на спине преимущественно в наиболее отлогих боковых отделах живота и над лоном; при перкуссии в таком случае в указанных местах наблюдается заглушение кишечного тона, но, так как излившаяся кровь быстро свертывается и образует многочисленные мелкие сгустки между петлями кишек, то при перемещении больной, например, с одного на другой бок, не наблюдается такого резкого изменения границ жидкости, как при асците или гнойном экссудате; по той же причине обыкновенно не удастся определить флюктуации. Однако, в виду того, что все приведенные особенности не всегда в достаточной мере выясняют характер жидкости,

многие рекомендуют в сомнительных случаях производить пробный прокол через задний влагалищный свод. Как один из довольно характерных признаков кровоизлияния в брюшную полость даже при сравнительно небольшом скоплении жидкой крови в малом тазу, я позволяю себе привести чрезвычайно легкую подвижность матки при этом, так как между нею и соседними органами образуется слой жидкости; но это наблюдается только до тех пор, пока не успеет наступить осумкование излившейся крови. *Соловьев* считает надежным признаком нарушенной внематочной беременности определение тестоватости в заднем Дугласовом пространстве, которая зависит от образования там мелких кровяных сгустков; по его наблюдениям этот признак держится не долго. *Ochleker* указывает как на один из признаков кровоизлияния в брюшную полость на болевые ощущения в правом плече, зависящие от раздражения *peritonei* со стороны нижней поверхности диафрагмы.

Наконец, мы должны остановиться на тех признаках кровотечения, которые сказываются в изменении морфологических и физико-химических свойств крови. Между ними резко других бросается в глаза уменьшение числа эритроцитов, которое в тяжелых случаях может быть весьма значительно; параллельно с уменьшением числа эритроцитов идет уменьшение количества гемоглобина, при чем показатель окраски остается нормальным или таким, каким он в данном случае был до кровотечения; здесь, следовательно, нам приходится иметь дело с той формой анемии, которая носит название „*oligocythaemia*“. Из других изменений со стороны эритроцитов следует отметить некоторую полихроматофилию, при чем в теле эритроцита нередко удается определить базофильную зернистость в виде мелких синеватых черточек и точек; кроме того, между нормальными эритроцитами попадаются отдельные нормобласты, т. е. ядродержащие шарики, что должно рассматриваться, как результат усиленной регенерации.

Со стороны белых кровяных шариков при кровотечении удается отметить тоже некоторое уменьшение их абсолютного количества, но, так как лейкоциты вследствие меньшего их удельного веса и большой липкости удерживаются в кровеносной системе, то относительное их количество может даже увеличиться от 10% до 30%. Лейкоцитарная формула остается без изменений, а формула Арнета изменяется в том отношении, что на счет усиленной регенерации несколько нарастает число одноядерных шариков.

Физико-химические свойства крови при кровотечении тоже претерпевают известные изменения, именно, количество сухого остатка и удельный вес становятся меньше, что зависит от разжижения кровяной плазмы и уменьшения числа форменных ее элементов. Коэффициент вязкости крови значительно понижается, при чем, как известно, у здоровых людей отмечается строгий параллелизм между количеством гемоглобина и форменных элементов с одной стороны и коэффициентом вязкости с другой; последний по *Hess*'у составляет приблизительно $\frac{1}{20}$ числа, показывающего процентное содержание гемоглобина данной крови. Определение коэффициента вязкости крови является весьма ценным признаком при дифференциальной диагностике, когда вопрос идет о распознавании перитонита или внутреннего кровотечения при внематочной беременности, так как в первом случае он повышен, а во втором понижен. Далее, при кровотечении отмечается некоторое замедление свертываемости крови. Что касается изменения щелочности крови

и стойкости эритроцитов при кровотечениях, то каких-либо определенных указаний мы на этот счет не имеем.

Кроме перечисленных изменений в крови при внутренних кровотечениях в сыворотке удается определить присутствие гематина благодаря всасыванию красящего вещества крови из брюшной полости и т. д.

Согласно технике, предложенной *Егоровым* и видоизмененной применительно к внематочной беременности *Антошиной*, реакция состоит в следующем: к 3 к. см. спиртового 5% раствора пирамидона прибавляется 8 капель 50% уксусной кислоты и 8 капель свежей перекиси водорода. К этой смеси прибавляется одна капля сыворотки испытуемой больной, которая отстаивалась в термостате при 37 градусах в течение одного часа, отсасывалась и дважды центрифугировалась; через 1—2 минуты после прибавления сыворотки получалось при наличии гематина фиолетовое окрашивание смеси. Окрашивание держится не более 5 минут.

Признав у нашей больной наличие кровотечения в брюшную полость, мы можем перейти ко второму вопросу, т. е. к определению источника кровотечения.

У женщин в возрасте, допускающем возможность беременности и живущих половой жизнью, почти исключительной причиной кровоизлияния в брюшную полость является нарушенная внематочная беременность.

На 86 случаев внутреннего кровотечения, оперированных мною при явлениях тяжелой анемии, приходится два случая, где кровотечение в брюшную полость было вызвано нарушением целостности свежего желтого тела вследствие механической травмы; в одном из них травма была связана с половым сношением во время месячных, а во втором был ушиб вследствие удара в живот. Таким образом, на моем материале только 2,2% кровотечений в брюшную полость не стояли в связи с внематочной беременностью.

Исходя из этих соображений, мы и у нашей больной должны прежде всего остановиться на допущении внематочной беременности, помня, что в большинстве случаев приходится иметь дело с трубной беременностью.

Как мы видели, при выяснении причин аменорреи в нашем случае, мы пришли к выводу, что здесь нет данных для признания нормальной маточной беременности, поэтому поищем, нет ли каких-либо указаний, говорящих в пользу внематочной беременности.

При внутреннем исследовании больной мы нашли, что с левой стороны у угла матки и несколько сзади от нее прощупывается мягковатая разлитая резистентность, в которой удастся определить ближе к углу матки более плотное образование овальной формы, величиною в куриное яйцо, слегка болезненное и довольно тесно связанное с углом матки, правые же придатки не определяются; кроме того, консистенция матки несколько мягче нормальной, и тело ее немного увеличено.

Так как в анамнезе больной нет указаний на бывшее раньше воспалительное заболевание половых органов и так как настоящая картина болезни исключает острый воспалительный процесс в придатках, то с наибольшей вероятностью мы можем признать найденные изменения в левых придатках, как результат трубной беременности, чем вполне может быть объяснено изменение консистенции и величины матки. Принимая же в соображение те данные, которые указывают на

кровоизлияние в брюшную полость, мы должны считать, что трубная беременность здесь уже нарушена и таким образом, наш диагноз здесь будет:

Graviditas tubaria sinistra; haemorrhagia diffusa in cavo abdominale; anaemia acuta.

Остановившись на этом диагнозе, нашей ближайшей задачей будет выяснить те анатомические изменения, которые здесь имеются в половых органах, и установить их взаимную связь со всеми проявлениями болезни в данном случае.

Ближайшие вопросы, которые будут подлежать нашему обсуждению, следующие: во-первых, мы должны решить, в каком отделе трубы произошла имплантация яйца, во-вторых, каким способом произошло нарушение беременности.

Что касается первого вопроса, то ответить на него не всегда удастся на основании исследования больной до вскрытия брюшной полости. На деле же почти одинаково часто приходится наблюдать, как *graviditas tubaria ampullaris*, так и *graviditas tubaria isthmica*; несравненно реже встречается *graviditas tubaria interstitialis*.

При первой из названных форм трубной беременности яйцо помещается в относительно широкой ампулярной части трубы и образует здесь круглое или овальное тело мягко-эластической консистенции, легко подвижное и расположенное в глубине малого таза сбоку от матки; при имплантации яйца в средней более узкой части трубы здесь образуется овальное тело той же консистенции, при чем растяжение стенки трубы совершается неравномерно и сильнее выпячивается свободный край трубы; при этой форме трубной беременности связь ее с маткой более тесная и подвижность плодместилища менее свободна; в тех случаях, когда яйцо укрепляется в интерстициальной части трубы, на первый план выступает изменение формы дна матки; оно теряет свою симметрию, так как выпячивание стенки плодместилища идет по направлению наименьшего сопротивления, т. е. кверху и кнаружи, благодаря чему соответственный угол матки утолщается и выдается кверху и в сторону, а место прикрепления соответствующей трубы, круглой и яичниковой связок располагается выше, чем на противоположной стороне.

Так как у нашей больной определялось слева от матки овальное тело, довольно тесно связанное с углом матки, то мы должны признать



Рис. 6. *Graviditas tubaria isthmica sinistra rupta in situ.*

здесь наиболее вероятной *graviditas tubaria isthmica*; кроме того, так как упомянутое тело окружено более мягкой разлитой резистентностью, то есть основание думать, что в окружности трубы образовались кровяные сгустки.

Перейдем теперь ко второму вопросу, именно к тому способу, которым здесь совершилось нарушение трубной беременности.

Как известно, трубная беременность в громадном большинстве случаев нарушается в течение первых месяцев беременности и зависит это от следующих обстоятельств:

В первое время беременности происходит некоторое утолщение мышечной стенки трубы на месте прикрепления яйца, но затем оно прекращается, и труба начинает растягиваться растущим плодным яйцом, благодаря чему стенка трубы постепенно истончается.

С другой стороны в слизистой оболочке трубы происходят изменения, аналогичные тем, какие мы наблюдаем в слизистой оболочке матки, т.е. образуется децидуальная оболочка, но так как слизистая оболочка трубы значительно тоньше, то образующаяся децидуальная оболочка не может в достаточной мере оградить мышечный слой от вставания в него ворсинок плодного яйца, тем более что уже непосредственно после имплантации яйцевая клетка проникает через всю толщу слизистой оболочки и располагается между нею и мышечным слоем.

Так как ворсинки плодного яйца обладают способностью разрушать те тканевые элементы, с которыми они приходят в соприкосновение, и так как мышечный слой не обладает достаточной сопротивляемостью по отношению к ним, то ворсинки постепенно врастают в его толщу и нередко прорастают насквозь, так что остается сохранившимся только тонкий слой покрывающей трубу брюшины, наконец, ворсинки прорастают и брюшину и на поверхности ее получают мелкие отверстия в виде решета. Таким образом, возникает вторая причина истончения стенки трубы.

Но названные два обстоятельства являются только подготовительными, а непосредственной причиной разрыва стенки трубы служит чаще всего кровоизлияние в область плодместилища, благодаря чему резко повышается давление внутри трубы, которого истонченная ее стенка выдержать не может.

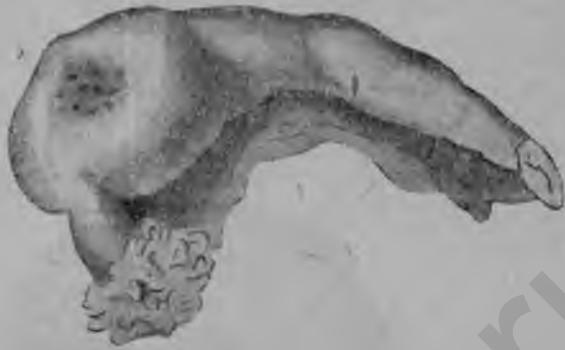
Кровотечение в области плодместилища при трубной беременности в основе своей имеет ту же причину, т.е. разрушающую способность ворсинок плодного яйца. Врастая в стенку трубы ворсинки, встречают на своем пути веточки кровеносных сосудов и, нарушая их целостность, вызывают кровотечение, при чем, как количество излившейся крови, так и дальнейшая судьба кровоизлияния может быть различна.

Во-первых, разрушенный кровеносный сосуд может относиться к брюшинному покрову трубы; в этом случае кровотечение происходит в свободную брюшную полость, а на поверхности трубы удается найти только точечное кровотокащее отверстие, несмотря на то, что потеря крови может быть очень значительной и даже опасной для жизни. Так как в таком случае кровоизлияния внутрь трубы может не быть, то связь ворсистой оболочки с ложем плодного яйца не нарушается; поэтому беременность может существовать дальше и давать повторные приступы кровотечения.

Во-вторых, при более глубоком расположении разрушенного сосуда кровотечение происходит внутрь трубы, благодаря чему содер-

жимое ее быстро увеличивается в объеме, и истонченная стенка трубы не выдерживает этого напряжения и разрывается. Как растяжение трубы скопляющейся в ней кровью, так и ее разрыв, сопровождаются болями внизу живота в соответствующей стороне; в первом случае боли носят схваткообразный характер и зависят от рефлекторных сокращений стенки трубы; во втором случае внезапно появляется острая режущая боль, ведущая иногда к потере сознания.

В тех более редких случаях, когда кро-



Готовящийся разрыв трубы вследствие прорастания ее стенки ворсинками плодного яйца.



Частичное рождение плодного яйца при разрыве стенки трубы.

воизлияние, происходящее внутрь трубы, не сопровождается разрывом ее стенки, в трубе образуется кровяная опухоль, при чем плодное яйцо погибает; опухоль эта носит название „haematosalpinx“. Жидкие составные части плодного яйца всасываются, окружающее его кровоизлияние начинает организоваться, и в результате образуется трубный мясистый занос или *mola canosa*.



Родившееся плодное яйцо. Плодовместилище после рождения яйца.

Рис. 7. Различные стадии при разрыве беременной трубы.

В тех случаях, когда происходит разрыв стенки трубы, плодное яйцо целиком или частично может выскользнуть в брюшную полость.

При разрыве стенки трубы кровотечение в свободную брюшную полость обычно бывает значительным и может угрожать жизни больной. Место разрыва в большинстве случаев располагается на свободном крае трубы; значительно реже разрыв может произойти там, где труба прикреплена к широкой связке, и кровотечение совершается в толщу последней, раздвигая собою пластинки образующей ее брюшины (рис. 8).



Рис. 8. Graviditas tubaria sinistra, haematoma intraligamentaris.

В-третьих, наконец, кровоизлияние происходит в области плодово-мембриальной полости таким образом, что нарушается только целостность decidua capsularis; благодаря этому плодное яйцо попадает в просвет трубы и при помощи сокращений ее мышечной стенки может через абдоминальное отверстие достигнуть свободной брюшной полости. Этот способ нарушения трубной беременности носит название трубного выкидыша (рис. 9).

Кроме вышеизложенной причины нарушения трубной беременности, здесь, конечно, большую роль играет травма, или непосредственно направленная на беременную трубу, например, грубое бимануальное исследование, удар в область живота и т. п., или вызывающая только застойную гиперемия в тазовых органах. Не исключается также возможность перекручивания беременной трубы, что тоже вызывает резкое кровонаполнение в области плодово-мембриальной полости.

На самый способ нарушения трубной беременности, несомненно, имеет большое влияние место имплантации яйцевой клетки в трубе; так, например, при graviditas tubaria ampullaris мы должны ждать скорее трубного выкидыша, в то время, как при graviditas tubaria isthmica вероятнее может произойти разрыв трубы.

Признав у нашей больной на основании данных исследований graviditas tubaria isthmica, осложненную кровоизлиянием в брюшную полость, мы скорее всего должны допустить, что нарушение беременности произошло здесь посредством разрыва стенки трубы. За это предположение говорят следующие данные: во-первых, больная отмечает появившиеся внезапно острые боли слева внизу живота режущего

характера, во-вторых, появилось головокружение, которое скоро перешло в картину тяжелого острого малокровия, которое чаще наблюдается при разрыве трубы, а не при выкидыше.

Выяснив механизм нарушения трубной беременности в нашем случае, мы должны постараться установить ее этиологию, так как это обстоятельство имеет несомненное значение при выработке лечебного плана.

Место прободения
decidua capsularis.



Трубный выкидыш.

Внутреннее прободение плодного мешка.

Место прободения
стенки
трубы и
decid. basalis.



Разрыв трубы.

Наружное прободение плодного мешка.

Рис. 9.

Как мы уже указывали в самом начале, основными этиологическими моментами внематочной беременности являются следующие: во-первых, различные формы недоразвития внутренних половых органов, комбинирующиеся с ненормальностью труб; во-вторых, воспалительные изменения в придатках, и в-третьих, ненормальное состояние самой яйцевой клетки. Кроме этих основных причин имеет известное значение целый ряд случайных обстоятельств, например, опухоли яичников или матки, и т. под.

Что касается вопроса о том, которой из основных причин в этиологии трубной беременности отдать предпочтение, то в настоящее время на основании накопившегося клинического материала приходится признать, что первенствующее значение имеют, повидимому, воспалительные изменения в придатках, так, например, на материале

Züntz'a в 75% трубной беременности установлены бывшие раньше воспалительные заболевания половых органов; по вычислению *Dührsen'a* указания на воспалительные заболевания половой сферы имелись в 68% в анамнезе страдающих внематочной беременностью; у других авторов, как, например, у *Д. Отта*, *Н. Какушкина*, *С. Кузьмина* и других, этот процент хотя и ниже, но все же колеблется от 21% до 41%. Среди воспалительных заболеваний придатков первое место занимают, по видимому, те, которые связаны с пуэрперальной инфекцией, и они отмечены приблизительно в 2 или 3 раза чаще, чем те, которые связаны с гоноррейной инфекцией.

Некоторые формы недоразвития полового аппарата, связанные с ненормальным состоянием труб в виде их относительной длины и спиральной извитости, на что впервые было указано *Freund'ом* и *Frommel'ем*, тоже играют несомненную роль в этиологии трубной беременности, но по мнению *Я. Порховник* и *В. Виттенбурга* значение этого фактора несколько переоценивалось в виду незначительного процента нерожавших при внематочной беременности, именно, по *Fehling'у* и *Fritsch'у*, нерожавших насчитывается всего около 10% или 12%.

Остальные причины встречаются гораздо реже и носят случайный характер.

В виду того, что у нашей больной нет никаких указаний на бывший ранее воспалительный процесс в придатках и нет также никаких явных признаков недоразвития в области половых органов, то причина, здесь вызвавшая возникновение трубной беременности, должна быть признана случайной, так как развившаяся в детстве ретроверзия-флексия матки могла задержать наступление беременности, но не могла быть причиной трубной беременности.

Переходя к лечению нашей больной, мы едва ли ошибемся, если скажем, что единственный правильный путь здесь будет немедленное оперативное вмешательство.

Как мы видим, больная находится в состоянии тяжелой острой анемии, и у нас нет уверенности в том, что кровотечение из разорванной трубы прекратилось или не возобновится снова. Кроме того, разбирая предшествующую больную, мы определенно высказали тот взгляд, что выздоровление идет гораздо быстрее и успешнее при активном лечении, нежели при консервативном.

Что касается самого способа оперативного вмешательства, то я отдаю в таких случаях безусловное предпочтение брюшностеночному чревосечению с разрезом по средней линии по следующим соображениям: у больной, находящейся в состоянии тяжелой острой анемии, операция должна быть произведена по возможности быстро, а для этого прежде всего все операционное поле должно быть хорошо доступно осмотру глазом; это имеет особенно важное значение при трубной беременности, так как разрыв трубы может произойти в самые ранние сроки беременности, и, приступая к операции, мы не всегда можем быть уверены, которая труба беременна, ибо изменения в трубе могут быть недоступны бимануальному исследованию; наконец, при этом способе возможно проведение наибольшего консерватизма при операции, и достигается наиболее совершенная перитонизация культи.

При операции по поводу нарушенной внематочной беременности со значительным кровоизлиянием в брюшную полость приходится сталкиваться с вопросом, как поступить с находящейся в брюшной полости кровью.

На этот счет среди гинекологов существуют различные взгляды. Одни считают необходимым удалить по возможности всю кровь, для чего брюшная полость тщательно протирается тампонами или салфетками, а в прежнее время еще применялся дренаж брюшной полости через задний влагалищный свод. Другие, напротив, оставляют излившуюся кровь в брюшной полости из боязни травмировать брюшину при вытирании, тем более, что по мнению многих оставленная в брюшной полости кровь быстро всасывается и оказывается даже полезной обескровленному организму. Мы, обыкновенно, ограничиваемся только удалением сгустков и той части жидкой крови, которая легко доступна, так как тщательно освободить брюшную полость от крови невозможно; это потребовало бы слишком много времени и несомненно оказалось бы вмешательством, понижающим сопротивляемость брюшины по отношению к инфекции и способность ее к всасыванию; но мы совершенно согласны со взглядом *R. Werth'a*, что продукты асептического распада оставленной в брюшной полости крови не безразличны для организма, а скорее обладают некоторыми вредными свойствами, так как при этих условиях обычно приходится наблюдать желтуху и повышение температуры до 38 градусов и выше.

По мнению *A. Mueller'a* известное значение имеет способ происхождения излившейся в брюшную полость крови, так, по его наблюдениям при трубном выкидыше кровь напоминает менструальную и плохо всасывается, поэтому оставлять ее в брюшной полости не следует.

Говоря о судьбе крови, излившейся в брюшную полость при нарушении внематочной беременности, нельзя обойти молчанием горячо дебатруемый в последнее время в литературе вопрос о переливании собственной крови. *Kulenkampff, Fridemann* и др. предлагают для этой цели специальные приемы, которые в главных чертах состоят в том, что собранная из брюшной полости кровь смешивается с физиологическим раствором и раствором *natrii citrici*, фильтруется и вливается еще во время операции в локтевую вену. Названные авторы находят, что такое вливание весьма благотворно отражается на состоянии больных и способствует скорейшему выздоровлению. Конечно, против этого нельзя возражать, однако, в 133 случаях внематочной беременности, оперированных мною путем брюшностеночного чревосечения, несмотря на то, что я ни разу не пользовался приведенным способом, ни одна больная не погибла от анемии, и явления малокровия быстро исчезали. Девять больных, умерших после операции, все были оперированы при явлениях перитонита с высокой температурой, и весьма возможно, что в этих случаях такое переливание крови могло оказать пользу, повышая сопротивляемость организма в борьбе с инфекцией, но оно не могло иметь место, так как находящаяся в брюшной полости кровь была заведомо инфицирована.

Что касается некоторых технических частности операции, то они в общих чертах сводятся к тому, что соответственная труба удаляется обычным путем, культия тщательно перитонизируется, а яичник по возможности оставляется. Кроме того, в виду анемии еще во время операции или непосредственно после нее производится вливание физиологического раствора или под кожу или в вену. Из этих же соображений в послеоперационном периоде назначаются в первые дни каждые 3—4 часа маленькие клизмы из физиологического раствора с прибавлением сахара и коньяка.

Так как в таких случаях операция производится часто экстренно, и кишечник больной заблаговременно не очищен, то уже в первые дни после операции следует назначить очистительную клизму.

Как известно, и при внематочной беременности в матке образуется отпадающая оболочка, которая при нарушении беременности выделяется наружу. В тех случаях, когда операция производится непосредственно после нарушения беременности, децидуальная оболочка выделяется в ближайшие два или три дня после операции и это сопровождается обычно умеренным отделением крови из половых органов. Только в исключительных случаях потеря крови бывает настолько значительной, что она требует специальных мероприятий до выскабливания полости матки включительно. Зависит это или от существования хронического метро-эндометрита или, в исключительных случаях, от одновременного существования внематочной и маточной беременности, находящейся в состоянии выкидыша; последнюю возможность надо иметь в виду, так как в литературе описано таких случаев около двухсот.

Итак, заканчиваем мы разбор данной больной решением приступить безотлагательно к оперативному вмешательству.

Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем выкидыша.

История болезни, третьей больной такая:

Больная Б. А., 32 лет, замужняя, прачка, родилась в Ленинграде, русская.

Поступила она в клинику два дня тому назад с жалобами на кровотечение, продолжающееся уже около двух недель, и на боли, появляющиеся временами в виде схваток в левой стороне живота внизу.

1. Анамнез.

1. *Детство.* В детстве больная каких-либо заболеваний не помнит.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на четырнадцатом году, установились сразу и стали приходить через 3 недели по 6 дней, не обильно и без болей. Последние месячные были правильно около двух с половиною месяцев тому назад, а две недели как появились выделения темной крови в небольшом количестве.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная начала жить на двадцать-пятом году; каких-либо ненормальностей со стороны половых органов она в связи с этим не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая закончилась срочными родами живым ребенком; рожала она в родильном приюте; послеродовой период прошел гладко, и она выписалась домой на восьмой день; кровянистые выделения после родов продолжались дней десять; больная сама кормила до года, и первые месячные пришли вскоре после прекращения кормления. Через три месяца после отнятия ребенка от груди больная забеременела вторично, но произвела себе искусственный выкидыш на третьем месяце, после него должна была вследствие повышения температуры поступить в больницу, где ей было произведено выскабливание задержавшихся частей плодного яйца, и где она пробыла около четырех недель.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная относит начало своего заболевания к выкидышу, так как после него месячные хотя и приходили правильно, но всегда сопровождалась болями внизу живота слева; боли начинались за несколько дней до появления крови и исчезали вместе с прекращением месячных; со времени выкидыша больная стала замечать бели; с этого же времени появилась склонность к запорам. Как уже было сказано, после двухмесячной задержки две

недели тому назад появились выделения темной крови в небольшом количестве; почти одновременно с появлением крови больная почувствовала боли внизу живота слева, продолжавшиеся часа два, носящие схваткообразный характер и сопровождавшиеся легким головокружением; через пять дней боли возобновились, но были значительно слабее; третий приступ болей был дня два тому назад и сопровождался снова головокружением; в таком состоянии больная была доставлена в клинику, где при уборке у нее из влагалища выделился сгусток, который при более внимательном осмотре оказался состоящим не только из свернувшейся крови, но и из какой то ткани.

6. *Болела ли раньше?* Кроме заболевания, связанного с выкидышем, других не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* До выкидыша стул всегда был правильный, а после него обнаружилась склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Нормально.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная небольшого роста, правильного сложения и удовлетворительного питания. Температура больной во время пребывания в клинике вечером 37,1, утром 36,8; пульс около 80—90 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 18 в минуту. Язык чистый влажный. Склеры слегка желтушной окраски. При осмотре груди замечается более интенсивная пигментация околососковых кружков и выступание Монгтомеровых железок; при надавливании удается получить небольшую каплю молозива. Осмотр области живота ничего ненормального не обнаруживает кроме некоторого расхождения прямых мышц; при ощупывании брюшной области слева в нижнем отделе подвздошной впадины определяется неясная резистентность без резких границ; при перкуссии кишечный тон здесь несколько заглушен.

2. *Данные гинекологического исследования.* Исследование половых органов дало следующее: волосистость на половых частях развита правильно; наружные половые органы нормальны; слизистая оболочка влагалищного входа имеет слегка застойный оттенок; из влагалища выделяется небольшое количество кровянистых истечений бурого цвета, крошковатых и напоминающих кофейную гущу.

При внутреннем исследовании влагалищная часть матки оказалась цилиндрической формы, нормальной величины; наружный зев в виде поперечной щели обращен кзади от проводной оси таза; тело матки нормальной формы, несколько увеличено и мягковато; матка находится в правильной антефлексии и антеверзии, но слегка смещена в правую сторону; подвижность ее несколько ограничена. Правые придатки не изменены; в области левых придатков определяется мало болезненное мягковатое тело колбасовидной формы, начинающееся у левого угла матки и постепенно расширяющееся; наибольшая ширина этого тела достигает около 2—2½ пальцев, при чем периферический его конец переходит в мягковатую резистентность без резких границ, расположенную слева и позади матки и выполняющую собою также и левую половину заднего Дугласова пространства. Левый влагалищный свод несколько шире правого; слизистая оболочка влагалища в области сводов подвижна; клетчатка тазовой полости без изменений.

При осмотре выделившегося из влагалища сгустка после того, как свернувшаяся кровь была отмыта, он оказался состоящим из пленки

толщиною около 3 мм., которая имела форму трехугольного мешка, напоминающего собою форму маточной полости с двумя отверстиями у основания, соответствующими маточным отверстиям труб, и одним более широким отверстием у вершины соответственно области внутреннего зева.



Рис. 10. Данные внутреннего исследования.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1900 куб. см; удельный вес 1012; реакция слабо кислая, белка, сахара и других патологических элементов не обнаружено; при микроскопическом исследовании найдены отдельные клетки пузырного эпителия.

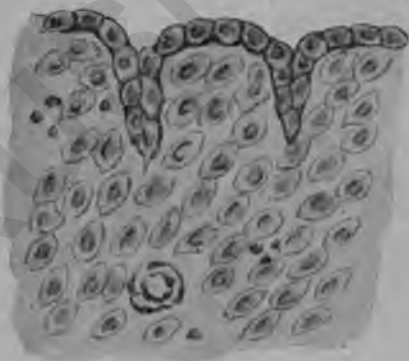


Рис. 11. Та же оболочка при микроскопическом исследовании.

б. Гистологическое исследование. Исследование под микроскопом срезов, полученных из выделившейся из влагалища пленки обнаружило, что она представляет собою децидуальную оболочку полости матки без каких-либо частей плодного яйца, так как ворсинок хориона не обнаружено.

с. Исследование крови.

	Нормальная картина крови у женщин.	Исследование I.	
		— год — мес.	— число.
Количество эритроцитов	4.500.000—5.250.000	4.200.000	
Характер эритроцитов {	Изменение окраски	—	нет.
	Изменение величины	—	нет.
	Изменение формы	—	нет.
	Изменение структуры	—	нет.
Количество гемоглобина	85%—110%	76%	
Показатель окраски	0,9—1,0	0,94	
Количество лейкоцитов	7.000—8.000	7.200	
Лейкоцитарная формула {	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55--70%	4.700; 65%
	Эозинофилы	80—320; 1—4%	260; 3,6%
	Базофилы	20—80; 0,1—1%	40; 0,5%
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35%	1.800; 25%
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5%	400; 55%
Нейтрофильная картина Арнета {	Одноядерные	8%	8%
	Двухядерные	24%	22%
	Трехядерные	48%	49%
	Четырехядерные	16%	17%
	Пятиядерные	4%	4%
Патологические формы лейкоцитов {	Регенеративные	—	нет.
	Дегенеративные	—	нет.
Тромбоциты	250.000—300.000	240.000	
Сухой остаток	21%	—	
Удельный вес	1.050—1.056	1.052	
Коэффициент вязкости	4,38	3,9	
Скорость свертываемости	7—8 минут	8 минут	
Щелочность	426—533 м. г. NaOH	—	
Резистентность эритроцитов	Rm. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,47%	
Количество гликогена	—	—	
Скорость осаждаем. эритроцитов	5 час.	2 час. 25 минут	

4. *Бактериологические исследования.* При исследовании влагалищных выделений, имевших кровянистый характер, патогенных бактерий не найдено. Реакция выделений щелочная.

5. *Биологические реакции.* Реакция с флоридзином дала отрицательный результат. Реакция с пирамидоном дала положительный результат.

Располагая всеми этими данными, полученными, как из анамнеза, так и при исследовании больной, мы должны установить распознавание имеющегося здесь заболевания и наметить план лечения.

Остановимся сперва на тех данных, которые мы получили из анамнеза.

Они позволяют нам сделать вывод, что до бывшего, четыре года тому назад, искусственного выкидыша в половом аппарате нашей больной никаких патологических изменений не было, так как половая зрелость наступила своевременно, месячные носили правильный характер, вскоре после начала половой жизни наступила беременность, закончившаяся правильными родами и нормальным послеродовым периодом; после прекращения кормления месячные восстановились, сохранив прежний тип, и вскоре наступила вторая беременность; эта беременность была прервана искусственно на третьем месяце, и выкидыш осложнился каким-то пуэрперальным заболеванием, заставившим больную четыре недели провести в больнице, при чем с этого времени месячные стали сопровождаться болями внизу живота слева.

В виду того, что эти боли стояли в связи с месячными, начинаясь за несколько дней до появления крови, мы должны признать здесь наличие воспалительной дисменореи, а так как боли локализовались всегда в определенном месте внизу живота слева, то можем предположить здесь или заболевание левых придатков матки, или заболевание соответственного отдела тазовой клетчатки; одновременно с болями появились также бели, поэтому мы должны признать также существование катаррального или железистого эндометрита.

Итак, первый вывод, который мы можем сделать на основании анамнеза, будет состоять в том, что в течение последних четырех лет со времени выкидыша в половых органах нашей больной имеются воспалительные изменения, возникшие, вероятно, вследствие инфекции, связанной с выкидышем.

Второе обстоятельство, которое обращает на себя наше внимание, заключается в том, что за последние четыре года беременности не было, в то время, как прежде одна беременность следовала быстро за другой. Причину этого относительного бесплодия мы скорее всего должны видеть в тех изменениях в состоянии половых органов, которые были вызваны воспалительным процессом и состояли в заболевании левых придатков и слизистой оболочки полости матки.

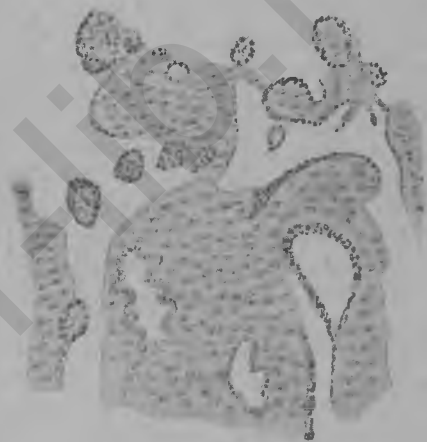
Наконец, третье обстоятельство, отмеченное нами в анамнезе и относящееся к периоду, непосредственно связанному с началом настоящего заболевания, состоит в том, что месячные задержались на два с половиною месяца, а затем появились две недели тому назад выделения темной крови в умеренном количестве, при чем это сопровождалось схваткообразными болями внизу живота слева и головокружением.

Что касается причины задержки месячных, то прежде всего здесь, конечно, приходится подумать о возможной беременности. За вероятность этого предположения в нашем случае, кроме аменореи, говорят

изменения в грудных железах, именно, пигментация околососковых кружков, выступание Монтгомеровых железок и выделение капли молозива, а также некоторое увеличение и размягчение матки и слегка синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа. Правда, величина матки, ее форма и консистенция не соответствуют двухмесячной беременности, но здесь надо иметь в виду, что речь может идти только о нарушенной беременности, так как уже около двух недель имеются кровянистые выделения, и из матки выделился сгусток крови, содержащий в себе децидуальную оболочку и, кроме того, больная жалуется на периодически повторяющиеся схваткообразные боли внизу живота. Поэтому, говоря о маточной беременности, мы должны считать, что она закончилась выкидышем, и матка находится в состоянии обратной инволюции, при чем в полости матки, вероятно, не осталось частей плодного яйца, так как наружный зев закрыт.



Децидуальная оболочка при внематочной беременности.



Децидуальная оболочка с остатками ворсинок при маточном выкидыше.

Рис. 12.

Отрицательный результат с флоридзином, а также недостаточное ускорение оседания эритроцитов не исключает здесь возможности беременности, так как речь может в данном случае идти только о беременности нарушенной.

Сделав такое предположение, мы, следовательно, можем остановиться или на диагнозе маточной беременности, закончившейся выкидышем, при чем найденные в левых придатках изменения являются результатом бывшего четыре года тому назад воспалительного процесса, или же мы можем допустить, что у больной имеется левосторонняя внематочная беременность, находящаяся в состоянии нарушения.

В настоящем случае вопрос о правильности первого или второго предположения значительно упрощается, принимая в расчет данные, полученные при микроскопическом исследовании выделившегося из матки кусочка ткани.

Микроскоп обнаружил только децидуальную, т.е. отпадающую оболочку, без наличия каких-либо элементов, присущих плодному яйцу; поэтому мы можем считать, что здесь имеется внематочная беремен-

ность, так как при нарушении маточной беременности кроме отпадающей оболочки мы должны бы были найти хотя бы незначительные остатки плодного яйца в виде ворсинок хориона.

Однако, вопрос не всегда решается так просто, так как децидуальная оболочка из полости матки при нарушении внематочной беременности выделяется не всегда; так, например, *Winckel* наблюдал ее отхождение в 8 случаях из 12, а *Hennig* в 23 случаях из 31; кроме того, нередко отхождение оболочки остается незамеченным или больная отмечает только, что выделился кровяной сгусток, который она приняла за плодное яйцо. Такая ошибка особенно возможна, когда отпадающая оболочка выделяется из матки целиком, представляя полный слепок ее полости.



Поверхность, обращенная в полость матки.



Поверхность, обращенная к стенке матки.

Рис. 13. Децидуальная оболочка при внематочной беременности, выделившаяся целиком.

В других, правда, более редких случаях, отпадающая оболочка выделяется в виде мелких, едва заметных, обрывков ткани, примешивающихся к вытекающей из матки крови, придавая последней особый характерный вид, напоминающий собою кофейную гущу, благодаря бурому цвету и крошковатой консистенции. Этот характерный вид кровянистых выделений при нарушении внематочной беременности имеет несомненно диагностическое значение, так как он помогает нам исключить обычное менструальное кровоотделение. Обстоятельство это приобретает особое значение в тех случаях, когда нарушение внематочной беременности происходит без предварительной задержки месячных, т. е. совпадает с ближайшим менструальным периодом, что по наблюдениям *Какушкина* имеет место в 15,1% случаев несомненной внематочной беременности, а по другим авторам наблюдается еще гораздо чаще, так у *Martin'a* в 32,5%, а у *Jwase* даже в 44,2%.

Хотя маточное кровотечение считается одним из наиболее постоянных признаков нарушения внематочной беременности и по данным *Какушкина* наблюдалось им в 82,3% случаев, но надо иметь в виду,

что оно появляется не всегда в начале процесса, и нередко приходится прибегнуть к операции, не дожидаясь этого признака, который появляется уже в послеоперационном периоде. В таких случаях диагностическое значение маточного кровотечения и характера выделяющейся крови отпадает, а тем более теряет свою ценность микроскопическое исследование выделившихся кусочков ткани.

В этих случаях приходится пользоваться другими данными. Так, например, за внематочную нарушенную беременность с кровоизлиянием в брюшную полость будут говорить признаки острой анемии, по своей тяжести не соответствующие незначительному количеству теряемой наружу крови.

К этим признакам в первую очередь должны быть отнесены: головокружение, доходящее нередко до потери сознания, учащение и слабость пульса, понижение кровяного давления, учащение дыхания, уменьшение количества гемоглобина и числа эритроцитов, понижение коэффициента вязкости крови и замедление ее свертываемости, появление базофильной зернистости в эритроцитах и определение жидкости в брюшной полости, желтушная окраска склер и кожи и положительная реакция с пирамидоном; далее имеет значение локализация и характер болей, которые при трубной беременности хотя и могут носить схваткообразный характер, напоминающий сокращения матки при выкидыше, но всегда локализуются не по середине, а сбоку от матки соответственно положению беременной трубы; наконец, ценным диагностическим признаком являются изменения в трубе соответственной стороны и характер этих изменений.

Как мы видели из анамнеза и объективного исследования нашей больной, признаки анемии и внутреннего кровоизлияния выражены крайне мало и неясно. Мы имеем только указания на повторяющиеся три раза приступы легкого головокружения, сопровождающиеся схваткообразными болями внизу живота слева, поэтому остановимся несколько подробнее на тех изменениях, которые нам удалось определить в левых придатках.

Здесь мы нашли мало болезненное, мягковатое тело колбасовидной формы, начинающееся от левого угла матки и постепенно расширяющееся; наибольшая ширина этого тела достигает около 2—2½ пальцев, при чем периферический его конец переходит в мягкую резистентность без резких границ, расположенную слева и позади матки и выполняющую собою также и левую половину заднего Дугласова пространства.

Останавливаясь только на приведенных выше изменениях в левых придатках матки и не касаясь прочих симптомов данного заболевания, мы можем возникновение их объяснить себе трояким образом: во-первых, можно допустить острый воспалительный процесс в трубе и яичнике с образованием экссудата в окружности их; во-вторых, можно признать эти изменения за хронический воспалительный процесс в придатках, развившийся в связи с бывшим выкидышем около четырех лет тому назад; в-третьих, наконец, мы можем здесь предположить возможность левосторонней трубной беременности, находящейся в состоянии нарушения.

Что касается первой из приведенных возможностей, т. е. остро го сальпинго-оофорита, осложненного экссудатом, то ее не трудно отвергнуть, так как и объективные данные при исследовании больной и вся картина болезни этому не соответствует. При остром воспалительном

заболевании придатков мы должны бы были иметь повышение температуры, постоянные боли, усиливающиеся при исследовании, целый ряд явлений, указывающих на раздражение брюшины, как рвоту, вздутие живота, наконец, консистенция воспалительного экссудата была бы иная, границы его были бы более выражены и мы имели бы ощущение эластичности.

Посмотрим далее, насколько в данном случае картина отвечает хроническому сальпинго-оофориту. На основании данных исследования, изменения, найденные в трубе, до известной степени соответствуют тому, что мы имеем при *sactosalpinx*'е воспалительного происхождения; по крайней мере, колбасовидная форма трубы здесь напоминает хронический гнойный сальпингит или *pyosalpinx*; но, с другой стороны, мягковатая консистенция ее противоречит этому предположению, так как при *pyosalpinx* давнего происхождения стенки его обычно значительно утолщены и он производит впечатление плотного бугристого тела; наконец, допуская здесь наличие хронического *pyosalpinx*, мы не находим объяснения для той мягкой резистентности, которая его окружает.

Таким образом, у нас остается третья из допущенных нами форм заболевания, именно, левосторонняя трубная беременность в состоянии нарушения. Форма и консистенция трубы вполне отвечает этому предположению, а окружающую трубу мягкую резистентность легко можно объяснить образовавшимися по соседству с ней кровяными сгустками. Наблюдающиеся в данном случае симптомы болезни, как повторяющиеся от времени до времени боли внизу живота и сопровождающие их приступы головокружения тоже скорее всего говорят за внематочную беременность.

Остановившись поэтому на диагнозе: *graviditas tubaria sinistra*, нам остается еще выяснить причину ее возникновения и способ ее нарушения.

Помня, что в преобладающем числе случаев внематочной беременности причиной служит бывший раньше воспалительный процесс в половых органах, при чем особенно важное значение, по видимому, имеет пуэрперальная инфекция, посмотрим, нет ли у нашей больной каких-либо указаний на этот счет.

В анамнезе мы находим, что бывший у нее выкидыш осложнился каким-то заболеванием, которое сопровождалось повышением температуры и заставило больную четыре недели провести в больнице. С этого времени месячные стали сопровождаться болями внизу живота слева, появились бели и склонность к запорам, а также обнаружилось относительное бесплодие.

Приведенные данные не только говорят нам за наличие в половых органах нашей больной каких-то воспалительных изменений, но позволяют нам думать, что эти изменения локализовались в левых придатках матки в виде хронического *salpingo-oophorit*'а. Однако, допуская возможность возникновения беременности в большой трубе, мы должны себе представить, что проходимость этой трубы не вполне нарушена, а изменения носят такой характер, что так или иначе затрудняют передвижение оплодотворенной яйцевой клетки, что может зависеть от патологического состояния слизистой оболочки трубы, ее мышечной стенки или брюшинного покрова.

Ответить в нашем случае с уверенностью на вопрос, в чем состояли здесь изменения в трубе, не представляется возможным в виду

вторичных изменений в ней, вызванных беременностью, и мы должны ограничиться допущением существования хронического сальпингита.

Что касается нарушения трубной беременности в настоящем случае, то нам приходится выбор наш делать между тремя возможностями: во-первых, ворсинки плодного яйца, врастая в толщу мышечной стенки трубы, могут достигнуть брюшинного ее покрова, разрушая попадающиеся на своем пути веточки кровеносных сосудов, благодаря чему может произойти очень тяжелое кровотечение в брюшную полость без того, чтобы плодное яйцо отделилось от своего ложа; во-вторых, вследствие кровоизлияния в область плодместилища может произойти разрыв стенки трубы, при чем плодное яйцо может выскользнуть в брюшную полость; в-третьих, кровоизлияние происходит в область плодместилища таким образом, что целостность стенки трубы не нарушается, а происходит только разрыв *decidua capsularis*; благодаря этому, плодное яйцо вместе со скопившейся в трубе кровью начинает вследствие сокращения мышечной стенки трубы перемещаться по направлению к абдоминальному ее концу и может родиться в брюшную полость.

При первом способе нарушения трубной беременности на передний план выступают явления острой анемии вследствие кровотечения в брюшную полость, при чем боли могут совершенно отсутствовать.

При втором способе процесс всегда сопровождается приступом острых режущих болей в области соответственной трубы вследствие разрыва ее стенки; кровотечение в брюшную полость при этом тоже обычно бывает настолько значительным, что появляются признаки острого малокровия.

При третьем способе тоже имеются боли, но они носят схваткообразный характер и, обыкновенно, приходится наблюдать несколько приступов, повторяющихся с большими или меньшими промежутками; количество излившейся в брюшную полость крови обычно бывает менее значительно и явления анемии выражены слабее.

Причины, благодаря которым трубная беременность в одном случае заканчивается разрывом трубы, а в другом случае—выкидышем, могут быть различны. С одной стороны, имеет значение местоположение и величина того сосуда, целостность которого нарушается, с другой стороны, несомненное значение имеет также и место прикрепления яйцевой клетки в том или другом отделе трубы. От местоположения разрушенного сосуда будет зависеть, произойдет ли кровоизлияние непосредственно в брюшную полость или в область плодместилища; от величины сосуда будет зависеть количество излившейся крови; наконец, место прикрепления яйца в трубе имеет то значение, что, чем ближе яйцо будет расположено к абдоминальному концу трубы, тем легче может произойти выкидыш, и, наоборот, чем яйцо расположено ближе к маточному концу трубы, тем вероятнее становится разрыв ее стенки, так как скопляющаяся в трубе кровь не имеет свободного выхода в брюшную полость, и внутреннее давление в трубе достигает более высокой степени.

Так как у нашей больной наблюдалось несколько приступов болей, сопровождавшихся головокружением, и боли носили схваткообразный характер, а также в виду отсутствия явлений острой анемии, мы имеем больше оснований думать, что здесь произошел трубный выкидыш, а не разрыв трубы, тем более, что и количество излившейся в брюшную полость крови незначительно.

Поэтому, наш окончательный диагноз здесь будет: *graviditas tubaria sinistra; abortus tubarius*.

В дальнейшем нам остается еще выяснить те анатомические изменения в половом аппарате больной, которые вызваны трубным выкидышем.

Как уже было указано, при трубном выкидыше вследствие кровоизлияния в области плодместилища происходит нарушение целостности *decidua capsularis*. Благодаря быстрому увеличению объема содержимого трубы появляются рефлекторные сокращения ее мышечной стенки, плодное яйцо отделяется от своего ложа и вместе со скопившимися



Рис. 14. *Haematosalpinx* с сохранившимся плодом.

в трубе кровяными сгустками начинает передвигаться по направлению к абдоминальному концу трубы, при чем конечный исход трубного выкидыша может быть весьма разнообразен.

Во-первых, кровоизлияние в области плодместилища может быть незначительным, так что отделение яйца совершается только на небольшом пространстве, и дальнейшее развитие и рост его могут продолжаться дальше. Это состояние аналогично *abortus incipiens* при маточной беременности. Приступ болей при этом обыкновенно выражен слабо и головокружение не наблюдается вовсе или бывает незначительным, завися не от потери крови, а от раздражения брюшины вследствие быстрого растяжения трубы. Сокращения трубы могут распространяться на мышечную стенку матки и вызвать отделение децидуальной ее оболочки. Беременность, однако, может продолжаться и достигнуть нормального срока, или, что наблюдается гораздо чаще, она спустя некоторое время все же нарушается тем или иным способом.

Во-вторых, кровоизлияние может быть более значительным и плодное яйцо отделяется все или в значительной степени от своего ложа, при чем дальше оно уже не может развиваться. Вследствие недостаточно энергичных сокращений трубы или благодаря тому, что яйцо расположено далеко от абдоминального конца трубы, оно задерживается в трубе. В этом случае дальнейшая судьба совершающихся здесь изменений в трубе будет состоять в том, что излившаяся кровь свертывается, образует сгусток, который постепенно начинает организовываться, прорастая соединительную тканью и давая в конечном итоге мясистый занос или *mola carnosa*. Нередко в центре его удается найти хорошо сохранившийся плодик. Надо иметь в виду, что это образование очень трудно или совсем не поддается рассасыванию и нередко требует оперативного удаления.

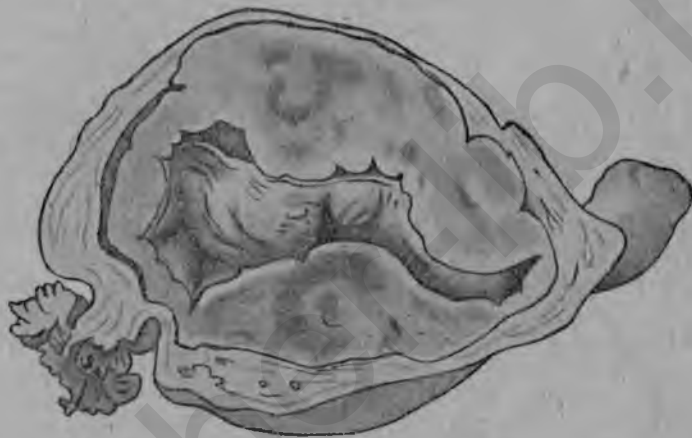


Рис. 15. *Haematosalpinx* переходящий в *mola carnosa*.

В-третьих, отделившееся плодное яйцо под влиянием сокращений трубы постепенно перемещается в ампулярный ее конец и здесь задерживается в области абдоминального отверстия трубы. Это состояние соответствует неполному маточному выкидышу или *abortus incompletus*. Приступы схваткообразных болей при этом могут повторяться несколько раз с большими или меньшими промежутками, при чем обычно происходит кровоотделение в брюшную полость через абдоминальное отверстие трубы нередко в значительном количестве, так что не исключается возможность появления признаков острой анемии, и может потребоваться экстренное оперативное вмешательство.

В-четвертых, наконец, отделившееся плодное яйцо может родиться в брюшную полость; в этом случае мы будем иметь полный выкидыш или *abortus completus*. Скорее всего такой исход мы можем ожидать тогда, когда плодное яйцо с самого начала было прикреплено в ампулярном отделе трубы. При этих условиях трубный выкидыш тоже может сопровождаться приступом схваткообразных болей и более или менее обильным кровотечением в брюшную полость, но надо думать, что нередко выкидыш может здесь пройти почти незамеченным и нераспознанным, при чем в трубе не остается никаких изменений, доступных бимануальному исследованию; в других же случаях, после вы-

деления плодного яйца в трубе остается свернувшаяся кровь и образуется haematosalpinx.

Возвращаясь к тем данным, которые мы получили из анамнеза и при исследовании нашей больной, мы должны признать у нее неполный трубный выкидыш, т. е. третью из приведенных выше возможностей, так как левая труба представляет собою мало болезненное мягковатое тело колбасовидной формы, начинающееся у левого угла матки и постепенно расширяющееся к абдоминальному концу; наибольшая ширина этого тела достигает 2—2½ поперечных пальцев, при чем периферический его конец переходит в мягкую резистентность без резких границ, расположенную слева и позади матки.



Наружный вид.



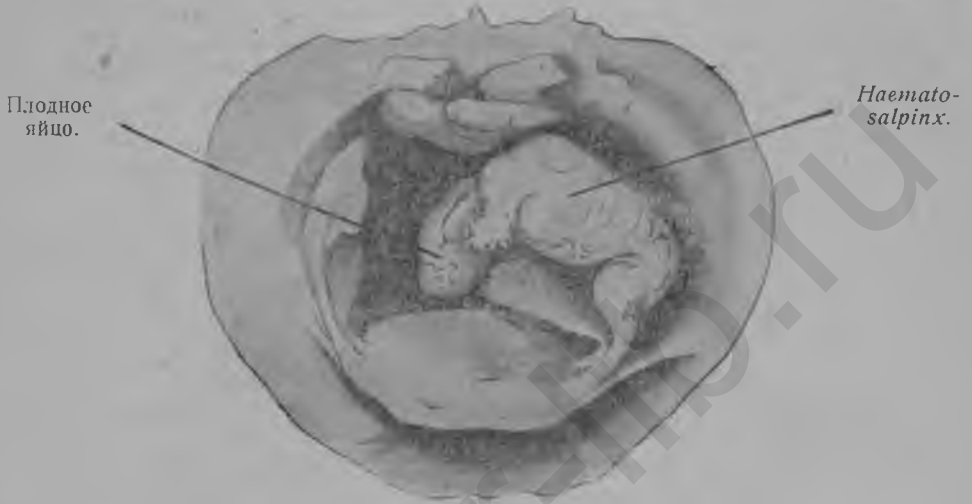
То же на продольном разрезе.

Рис. 16. Неполный трубный выкидыш.

Таким образом, труба представляет собою haematosalpinx, а в ампулярном наиболее растянутом отделе ее, повидимому, находится задержавшееся здесь плодное яйцо; мягкая же резистентность, находящаяся у периферического конца трубы слева и позади матки, является кровью, излившейся в брюшную полость и превратившуюся в кровяные сгустки. Этому вполне отвечают сопутствующие симптомы, в виде повторявшихся три раза приступов схваткообразных болей внизу живота слева, которые сопровождалась головокружением, и признаки указывающие на всасывание кровяного пигмента из очага кровоизлияния.

Выяснив сущность имеющих здесь анатомических изменений, мы должны наметить план лечения трубного выкидыша вообще и в частности для нашей больной.

Как уже было сказано, трубный выкидыш может произойти, не сопровождаясь значительным внутренним кровотечением, оставаясь иногда даже нераспознанным; в этих случаях родившееся в брюшную полость яйцо и излившаяся кровь всасываются, и в трубе остаются только те изменения, которые послужили причиной для возникновения трубной беременности, например, хронические изменения воспалитель-



Законченный трубный выкидыш и *haematosalpinx*.



Haematosalpinx на разрезе.

Рис. 17.

ного характера, или явления недоразвития, поэтому нам приходится считаться только с ними, внематочная же беременность, как таковая, никаких специальных мероприятий с нашей стороны не требует.

В других случаях, именно там, где трубный выкидыш сопровождается скоплением крови в трубе или задержкой плодного яйца, и где образуется *haematosalpinx* или *mola carnosae*, там можно попытаться достигнуть рассасывания путем назначения тепла в виде согревающих компрессов, горячих влагалищных спринцеваний и теплых соленых или грязевых ванн, далее можно назначить влагалищные ша-

рики из сгущенного глицерина с тигенолем; но надо иметь в виду, что рассасывающее лечение далеко не всегда ведет к цели; а так как такие опухоли трубы часто образуют склейки с окружающими тканями и органами, например, с петлями кишек, с маткой, с мочевым пузырем или с пристеночной брюшиной, и благодаря этому могут причинять больной тягостные ощущения или воспаляться и нагнаиваться благодаря вторичной инфекции из кишек, то мы должны относиться к ним, как к серьезному заболеванию и, если рассасывающее лечение не дает быстрого результата, не откладывать на долго оперативное вмешательство. Кроме того, применение рассасывающего лечения допустимо только тогда, когда мы вполне уверены, что беременность не прогрессирует.

Наконец, в тех случаях, когда больная попадает под наблюдение врача во время приступа болей и исследование устанавливает неполный трубный выкидыш, тоже следует предпочесть оперативное вмешательство по возможности безотлагательно. В пользу такого образа действий будут говорить следующие соображения: во-первых, если даже данный приступ обойдется благополучно, боли затихнут и кровоизлияние будет умеренным, то мы никогда не можем иметь уверенности, что через некоторое время такой же приступ не повторится, и что он не осложнится опасным для жизни кровотечением; во-вторых, если даже не будет следующих приступов, то неполный трубный выкидыш в дальнейшем вызовет те же осложнения, что и haematosalpinx или *mola carnosae*, и, следовательно, не исключается необходимость операции в будущем.

На основании всего сказанного, вопрос о способе лечения нашей больной решается просто. Установив здесь неполный трубный выкидыш в периоде затишья, мы не будем ждать нового приступа, а воспользуемся хорошим состоянием больной и нормальной температурой, чтобы произвести операцию.

При выборе способов оперативного вмешательства в данном случае мы будем держаться того же принципа, который был нами изложен по вопросу о лечении внематочной беременности вообще. Именно, мы воспользуемся брюшностеночным чревосечением, так как оно представляет значительные преимущества в смысле доступности осмотру глазом операционного поля и проведения тщательной перитонизации культи; далее, мы удалим беременную трубу даже в том случае, если бы технически оказалось возможным ограничиться только освобождением ее от содержимого, так как считаем, что оставление такой трубы угрожает больной повторной внематочной беременностью в той же трубе; оба яичника по возможности будут оставлены, а вопрос о судьбе второй трубы будет решен во время операции в зависимости от ее состояния.

Что касается техники удаления трубы, то она здесь ничем не будет отличаться от обычной *salpingoectomy* с изолированной перевязкой сосудов и перитонизацией культи при помощи круглой связки. Для лигатур и швов мы, как всегда, воспользуемся кэтгутом, а брюшная стенка будет закрыта наглухо в таком порядке: края разреза брюшины соединяются непрерывным тонким кэтгутовым швом, края апоневрозов соединяются непрерывным с'емным проволочным швом, а края кожного разреза соединяются зажимами Мишеля.

Внематочная беременность с образованием haematocele retrouterina.

История болезни четвертой больной следующая:

Больная К. П. 24 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, родилась в Новгороде, русская.

Поступила она в клинику три дня тому назад с жалобами на тупые боли и чувство тяжести внизу живота и кровянистые выделения, продолжающиеся около трех недель.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Насколько больная помнит, в раннем детстве она перенесла несколько острых инфекционных заболеваний, но каких именно, не знает.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить через 4 недели по 5 дней, не обильно и без болей; последние месячные были около трех месяцев тому назад правильно.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с восемнадцати лет, при чем в связи с нею каких-либо заболеваний половых органов больная не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Больная имела три беременности, из которых первая наступила вскоре после выхода замуж и закончилась нормальными родами, при чем послеродовой период прошел правильно; через год после первых родов, когда больная прекратила кормление, наступила вторая беременность, которая тоже закончилась нормальными родами и послеродовым периодом, этот раз больная кормила только три месяца, так как ребенок умер; через семь месяцев после вторых родов наступила третья беременность, которая закончилась выкидышем на втором месяце по неизвестной для больной причине; выкидыш больная перенесла на ногах, хотя кровотечение продолжалось около двух недель, и она чувствовала недомогание.

5. *Начало настоящего заболевания.* Со времени выкидыша больная считает себя не вполне здоровой, так как месячные стали обильнее и сопровождаются болью внизу живота и в пояснице; кроме того, она стала замечать бели, но начало настоящего заболевания она относит к ближайшему времени, когда, спустя восемь недель после бывших в последний раз правильных месячных, три недели тому назад у нее появились внезапно сильные боли внизу живота слева, сопровождающиеся головокружением; одновременно из влагалища показалось отделение темной крови в умеренном количестве, которое продолжается с небольшими перерывами до сих пор; острые боли продолжались не долго и перешли затем в тупые боли внизу живота и чувство тяжести, и больная стала ощущать познабливание и жар.

6. *Болела ли раньше?* Кроме указанных выше заболеваний, больная других не отмечает.

7. *Отправление кишечника.* До выкидыша стул был всегда правильный, а после него обнаружилась склонность к запорам.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Со времени выкидыша появились жалобы на учащенные позывы.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста, правильного сложения и удовлетворительного питания. Температура тела при поступлении в клинику 38,7; пульс 116 в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 24 в минуту. Кровяное давление в пределах нормы $РМа = 119$, $РМи = 92$. Сознание ясное. Язык обложен, но влажный. Со стороны сердца и легких никаких ненормальностей не определяется. Кожные покровы и слизистые оболочки умеренно бледны и слегка имеют желтушный оттенок. Грудные железы дряблые, из них удается выдавить небольшую каплю молозива. При осмотре живота нижняя часть его несколько выступает; при его ощупывании над лоном и немного вправо от средней линии прощупывается плотное тело, выступающее на два поперечных пальца над верхним краем лона и по величине и по форме напоминающее собою дно матки; подвижность его очень ограничена. Непосредственно позади этого тела прощупывается резистентность, имеющая не резко очерченную

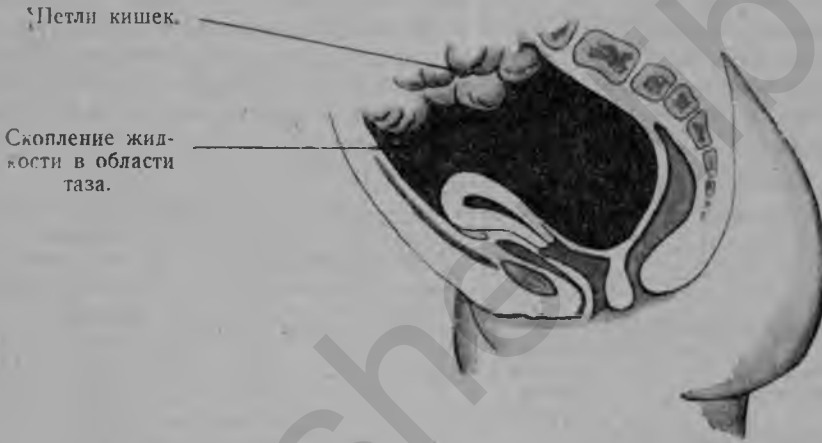


Рис. 18. Данные внутреннего исследования.

границу в виде выгнутой кверху линии, достигающей по средней линии уровня на три поперечных пальца выше верхнего края лона и постепенно опускающейся по обе стороны в малый таз; ощупывание мало болезненно; при перкуссии в области резистентности имеется полное заглушение кишечного тона, при чем перкуторная граница на один или полтора поперечных пальца ниже пальпаторной.

2. *Данные гинекологического исследования.* При осмотре наружных половых органов они уклонений от нормы не представляют; окраска слизистой оболочки влагалищного входа бледноватая; из влагалища выделяется небольшое количество бурой кровянистой жидкости.

При бимануальном исследовании влагалищная часть оказывается смещенной кверху, кпереди по направлению к лону и несколько вправо; она имеет форму цилиндра нормальной консистенции; наружный зев в виде поперечной щели обращен кзади и немного влево и не пропускает конца указательного пальца; тело матки несколько увеличено и плотноватой консистенции, смещено кверху, кпереди и наклонено несколько вправо; оно соответствует тому образованию, которое прощупывается снаружи над лоном, другими словами, матка находится

в состоянии elevatio, antepositio и dextroversio. Задний влагалищный свод выпячен во влагалище, слизистая его оболочка сглажена, но подвижна; при надавливании пальцем он дает впечатление умеренно напряженной эластичности. Позади матки прощупывается мягко-эластическое тело величиною в детскую голову; в левом отделе этого тела, начинаясь от угла матки, определяется более плотный участок, напоминающий собою утолщенную трубу. При попытке сместить находящееся за маткой образование, оно оказывается совершенно неподвижным, тесно прилегая к стенкам таза и выполняя собою весь малый таз. Левый яичник и правые придатки матки определить не удается. Клетчатка таза, доступная ощупыванию со стороны влагалища, свободна. Пробная пункция через задний свод обнаружила наличие темной кровянистой жидкости.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи.

Суточное количество мочи 1860 куб. см, удельный вес 1018; цвет насыщенно-желтый, прозрачность полная; реакция слабо кислая. Полученная катетром моча не содержит ни белка, ни сахара. В осадке, полученном центрифугированием в небольшом количестве, обнаружены клетки эпителия мочевого пузыря, частью небольшими кучками, частью расположенные одиночно; кроме того, имеются лейкоциты в небольшом количестве и кристаллы фосфорнокислой магнезии; ни цилиндров, ни красных кровяных шариков не обнаружено.

б. Исследование крови.

		Нормальная картина крови у женщин.	Исследование 1. год...мес....числ.
Количество эритроцитов		4.500.000—5.250.000	4.200.000
Характер эритроцитов	Изменение окраски	—	Нет.
	" величины	—	Нет.
	" формы	—	Нет.
	" структуры	—	Нет.
Количество гемоглобина		85%—110%	74%
Показатель окраски		0,9—1,0	0,9
Количество лейкоцитов		7.000—8.000	12.400
Лейкоцитарная форма.	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70%	10.200; 82%
	Эозинофилы	80— 320; 1— 4%	80; 0,64%
	Базофилы	20— 80; 0,1— 1%	30; 0,24%
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35%	1.790; 14,4%
	Мононуклеары крупн	250— 500; 2— 5%	300; 2,4%
Нейтрофильная картина Арнета.	Одноядерные	8%	10%
	Двухядерные	24%	28%
	Трехядерные	48%	46%
	Четырехядерные	16%	14%
	Пятиядерные	4%	2%
Патологические формы лейкоцитов.	Регенеративные	—	Число миелоцит. немного увеличено.
	Дегенеративные	—	Нет.
Тромбциты		250.000—300.000	180.000
Сухой остаток		21%	—
Удельный вес		1.050—1.056	1.052
Коэффициент вязкости		4,38	4,1
Скорость свертываемости		7—8 минут	8 мин.
Щелочность		426—533 м. г. NaOH	—
Резистентность эритроцитов		RM. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,46%
Количество гликогена		—	Нет.
Скорость осаждаем. эритроцитов		5 час.	24 мин.

с. Бактериологическое исследование

При бактериологическом исследовании кровянистой жидкости, добытой при пробной пункции, получены в чистой культуре следующие микробы:

Характеристика полученного микроба. № 1.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки.
2. Группировка. — Короткие цепочки.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Небольшая (8 колоний).

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:
 - a) Вид колоний. — Мелкие, едва заметные.
 - b) Разжижение. — Не разжижает.
2. Бульон:
 - a) Муть. — Небольшая.
 - b) Осадок. — Нет.
 - c) Пленка. — Нет.
3. Агар:
 - a) Рост на простом агаре. — Мелкие прозрачные колонии.
 - b) Рост на сахарном агаре. — То же.
 - c) Рост на кровяном агаре. — То же.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Не обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Streptococcus brevis ahaemoliticus*.

Характеристика полученного микроба. № 2.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Короткая палочка с округленными концами.
2. Группировка. — Изолировано и нитями.
3. Подвижность. — Ограниченная.
4. Реснички. — 4—8 жгутиков по окружности.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.

7. Отношение к кислороду. — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Сопrotивляемость.
10. Образование пигмента. — Индол.
11. Способность к гемолизу.
12. Интенсивность роста. — Умеренная.

II. Рост на питательных средах.

1. Желатина:

- a) Вид колоний. — В форме виноградного листа.
- b) Разжижение. — Не разжижает.

2. Бульон:

- a) Муть. — Хлопьевидная.
- b) Осадок. — Хлопьевидный.
- c) Пленка. — Нет.

3. Агар:

- a) Рост на простом агаре. — Гладкие, беловатые, блестящие пленки.
- b) Рост на сахарном агаре. — То же.
- c) Рост на кровяном агаре. — То же.

4. Молоко (свертывание). — Свертывает.

5. Картофель.

6. Отношение к сахару и спирту. — Брожение с образованием газа.

7. Наиболее благоприятные среды. — Обычные среды.

8. Отношение к цветным средам. — Среда *Endo* и *Drigalski* окрашиваются в красный цвет.

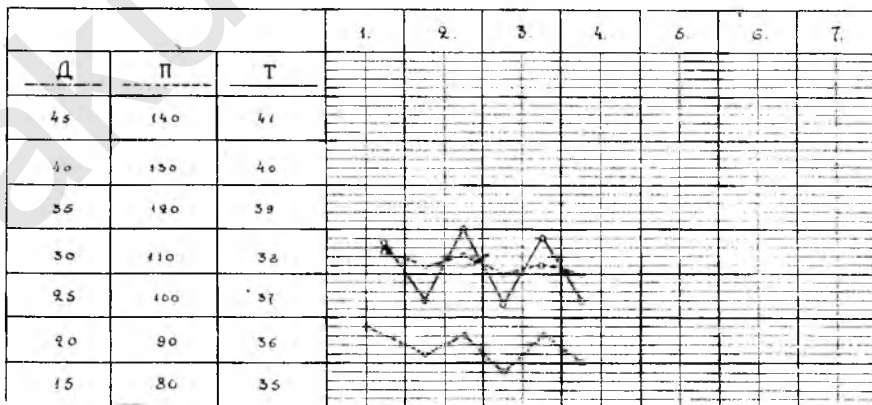
III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Bacterium coli commune*.

d. Биологические реакции.

Реакция с флоридзином дала отрицательный результат. Реакция с пиридином дала положительный результат.



Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике.

На основании полученных данных постараемся установить распознавание настоящего заболевания и для этого начнем с анамнеза, чтобы точно установить начало болезни и причину ее возникновения.

Полученные из анамнеза сведения позволяют нам сделать заключение, что до выкидыша, который произошел около трех с половиною лет тому назад, не имелось никаких патологических изменений в половом аппарате нашей больной, так как половая зрелость наступила своевременно, месячные имели нормальный характер, вскоре после начала половой жизни наступила беременность, закончившаяся правильными родами и послеродовым периодом, затем, после прекращения кормления, наступила вторая беременность, которая закончилась тоже благополучно, и вскоре наступила третья беременность, которая до второго месяца протекла правильно.

Наступивший на втором месяце беременности выкидыш является первым обстоятельством, которое заставляет нас подумать о том, что в организме больной не все обстоит благополучно. Хотя выкидыш прошел сравнительно легко и больная перенесла его на ногах, но после него появился целый ряд симптомов, указывающих на ненормальное состояние органов таза, именно, месячные стали обильнее и сопровождались болью внизу живота и в пояснице, появились бели, склонность к запорам и учащенные позывы к мочеиспусканию.

Так как до выкидыша больная чувствовала себя вполне хорошо, и ни одной из упомянутых жалоб не было, и так как больная не может указать какой-либо причины, могущей вызвать выкидыш, то мы имеем право думать, что он произошел вследствие какого-нибудь случайного обстоятельства и все перечисленные жалобы являются непосредственным его следствием.

Вопрос, который нам предстоит разрешить и который для нас представляет практический интерес, будет состоять в том, чтобы на основании приведенных симптомов определить характер тех изменений, которые произошли в половых органах нашей больной после выкидыша.

Больная указывает главным образом на изменения со стороны месячных, которые стали более обильными и болезненными, при чем боли она чувствовала в пояснице и внизу живота; кроме того, больная указывает на появление выделений из влагалища или белей, на появившуюся склонность к запорам и учащенное мочеиспускание. Совокупность этих жалоб скорее всего позволяет нам допустить здесь наличие хронического метро-эндометрита, сопровождающегося явлениями застойной гиперемии в области таза, а ближайшей причиной его возникновения вероятнее всего явилось недостаточное обратное развитие матки после выкидыша или ее субинволюция, что до известной степени подтверждается тем, что отделение крови после выкидыша продолжалось около двух недель.

Так как субинволюция матки в пуэрперальном периоде является одною из наиболее частых причин образования ретроверзии матки, то мы и в настоящем случае легко можем ее допустить, и тогда развитие застойной гиперемии в области таза, метро-эндометрит и относительное бесплодие в течение последних трех лет становится для нас еще более понятным.

Перейдем теперь к той части анамнеза, которая стоит в непосредственной связи по времени с имеющимся сейчас заболеванием.

Здесь мы, во-первых, должны отметить, что месячных не было в течение восьми недель, а затем, около трех недель тому назад появились внезапно боли внизу живота, сопровождающиеся головокружением, и одновременно из влагалища показалось отделение темной крови в умеренном количестве.

Во-вторых, больная указывает, что острые боли продолжались недолго и перешли в боли тупого характера и чувство тяжести внизу живота, при чем больная стала жаловаться на познабливания, сменяющиеся приступами жара.

Что касается указания больной на временную задержку месячных, то она прежде всего заставляет нас подумать о возможности беременности, а появившееся вновь кровоотделение, сопровождавшееся болями в животе, должно рассматриваться, как признак нарушения беременности.

Чтобы подтвердить наше предположение о беременности, мы, конечно, прежде всего должны поискать соответственных признаков. В данном случае мы находим единственное указание на беременность, которое состоит в том, что из груди удается выдавить каплю молозива; однако, с одной стороны, этот признак у рожавшей женщины не может рассматриваться, как безусловный, а с другой стороны, то обстоятельство, что нарушение беременности у нашей больной началось уже три недели тому назад, могло совершенно аннулировать все имевшиеся прежде признаки беременности, так как они могли за это время исчезнуть.

Так как появление крови сопровождалось, по словам больной, головокружением и боли локализовались сбоку от матки, то у нас невольно должна возникнуть мысль о том, что мы имеем здесь дело с нарушением внематочной беременности.

Указания больной на тупые боли внизу живота, на чувство тяжести, познабливание и жар говорят за то, что в области таза возникли какие-то изменения воспалительного характера.

Итак, на основании разбора этой части анамнеза мы приходим к заключению, что у нашей больной весьма вероятно имелась внематочная, левосторонняя трубная беременность, которая три недели тому назад нарушилась, и это осложнилось каким-то воспалительным процессом в половом аппарате.

Познакомимся теперь ближе с теми изменениями, которые мы здесь нашли при объективном исследовании больной, чтобы, с одной стороны, выяснить их характер, а с другой—убедиться, насколько они соответствуют нашему предположению о нарушенной трубной беременности.

При бимануальном исследовании мы нашли следующую картину: влагалищная часть матки оказывается смещенной кверху, кпереди и несколько вправо; наружный зев не пропускает конца указательного пальца; тело матки несколько увеличено и плотноватой консистенции, смещено кверху, кпереди и наклонено несколько вправо; оно соответствует тому образованию, которое прощупывается снаружи, через брюшную стенку над лоном; задний влагалищный свод выпячен во влагалище, слизистая его оболочка сглажена, но подвижна; при надавливании пальцем он дает впечатление умеренно напряженной эластичности; позади матки прощупывается мягко-эластическое тело величиною в детскую головку; верхняя его граница определяется через переднюю брюшную стенку в виде выгнутой кверху линии на уровне

трех поперечных пальцев выше верхнего края лона; ниже этой линии имеется заглушение кишечного тона, при чем перкуторная граница на 1—2 поперечных пальца ниже пальпаторной; в левом отделе этого тела определяется более плотный участок, напоминающий собою утолщенную трубу; при попытке сместить находящееся за маткой тело, оно оказывается совершенно неподвижным, тесно прилегая к стенкам таза и выполняя собою весь малый таз; придатки матки определить не удается; клетчатка таза, доступная ощупыванию со стороны влагалища, изменений не представляет.

На основании этих данных мы приходим к заключению, что в области таза позади матки имеется какое-то образование, выполняющее собою заднее Дугласово пространство и смещающее собою матку кверху и кпереди; судя по его мягко-эластической консистенции, оно имеет жидкое содержимое.

Нашей очередной задачей теперь будет определить, что это образование собою представляет, при чем вопрос может идти или о скопившейся в тазу и осумковавшейся жидкости того или другого характера, или о мешчатой опухоли яичника или трубы.

Допустим сперва, что в нашем случае имеется мешчатая опухоль трубы или *sactosalpinx*, т. е. жидкость заключена в растянутой трубе, и посмотрим, насколько полученные нами объективные данные и вся клиническая картина отвечают этому предположению. Как известно, при *sactosalpinx*'е опухоль обычно имеет форму, напоминающую собою реторту, которая своим узким концом начинается от угла матки; опухоль располагается сбоку и несколько сзади от матки и смещает последнюю главным образом в противоположную сторону и только отчасти кверху и кпереди; контуры ее обычно выражены более отчетливо и она может обладать нередко значительной подвижностью, особенно в тех случаях, когда имеется ретенционный *hydrosalpinx*; в последнем случае и консистенция опухоли иная, чем у нашей больной, так как стенка трубы значительно истончена, благодаря чему при ощупывании получается ощупывание тонкостенного эластического мешка; при гнойной опухоли трубы или *pyosalpinx*'е данные исследования в отношении консистенции и ограниченной подвижности ближе совпадают с теми, которые имеются в нашем случае, но против *pyosalpinx*'а здесь говорит течение болезни, так как обыкновенно образование гнойной опухоли трубы сопровождается явлениями местного воспаления брюшины, которые в данном случае отсутствовали.

Предположим далее, что у нашей больной имеется кистозная опухоль яичника. Такая опухоль или имеет ножку и поэтому обладает значительной подвижностью, или же развивается интралигаментарно. В последнем случае опухоль развивается в толще одной из широких связок и смещает матку в противоположную сторону и отчасти кпереди и кверху, а так как в данном случае опухоль помещается позади матки и смещает ее главным образом кпереди и кверху, то предположение об интралигаментарной опухоли яичника здесь должно быть отвергнуто. В тех случаях, когда опухоль яичника имеет ножку, она, достигнув известной величины, обыкновенно перемещается из малого таза в вышележащие отделы брюшной полости и здесь может свободно смещаться; только в исключительных случаях, например, благодаря воспалительным изменениям в брюшине малого таза, опухоль теряет свою подвижность и остается на своем первоначальном месте; развиваясь дальше при этих условиях и увеличиваясь в объеме, она посте-

пенно выполняет собою. малый таз и смещает матку кверху и кпереди; таким образом получаемая при исследовании картина будет аналогичной той, которую мы имеем в данном случае; однако, заключающаяся в опухоли жидкость будет находиться в других условиях, чем там, где она скопляется непосредственно в полости малого таза, именно, внутреннее давление в такой ущемленной в тазу опухоли будет значительно больше, поэтому консистенция ее будет напряженной, тугоэластической, а не мягко-эластической, как в нашем случае; в этих случаях границы опухоли, определяемые через переднюю брюшную стенку, обыкновенно отчетливо выражены и перкуторная граница будет ближе совпадать с пальпаторной, чем при осумкованном в брюшной полости экссудате.

Посмотрим, наконец, какую картину при объективном исследовании дает нам скопившаяся в малом тазу и осумкованная жидкость. По закону тяжести она скопляется в наиболее глубоких отделах таза, именно в заднем Дугласовом пространстве; выполнив его, она выпячивает задний влагалищный свод по направлению влагалища, а матку оттесняет кверху и кпереди; консистенция такого образования мягкоэластична, подвижность совершенно отсутствует, верхняя граница не резко очерчена и перкуторная граница не совпадает с пальпаторной, а стоит на 1—2 поперечных пальца ниже, так как верхняя стенка его образуется на счет спаявшихся между собою петель кишек, которые при перкуссии дают тимпанит.

Из сказанного видно, что на основании имеющихся данных мы с большей вероятностью должны допустить у нашей больной скопление жидкости непосредственно в полости малого таза и нам остается определить ее характер и происхождение.

Что касается характера жидкости, то мы можем предполагать здесь скопление серозного или гнойного выпота, или кровоизлияние.

Так как и серозный и гнойный выпот являются результатом воспалительного инфекционного процесса в брюшине малого таза, то образование такого экссудативного пельвеоперитонита должно сопровождаться целым рядом клинических признаков. Именно, заболевание начинается при явлениях раздражения брюшины, т. е. сопровождается рвотой, болью в животе, учащением пульса, повышением температуры, задержкою стула и иногда задержкою мочи; когда воспалительный процесс в брюшине отграничивается и становится местным, брюшинные явления затихают и начинается всасывание экссудата или, при гнойном его характере, он может искать себе выхода чаще всего через стенку прямой кишки.

В нашем случае, как видно из анамнеза, заболевание началось несколько иначе, не типично для пельвеоперитонита, так как явления раздражения брюшины отсутствовали, а одновременно с болями внизу живота появилось головокружение.

Так как мы высказали предположение, что у нашей больной имеется нарушенная внематочная беременность и так как мы не находим другого объяснения для скопления жидкости в малом тазу, то всего проще будет допустить, что найденное нами позади матки образование представляет собою осумкованное кровоизлияние или haematocele retrouterina, тем более что реакция с пирамидоном положительна и есть желтушная окраска покровов, что говорит за внутреннее кровоизлияние.

Конечно, проще всего сомнения относительно характера жидкости здесь могли бы быть разрешены при помощи пробного прокола через задний свод влагалища. Некоторые, например, *Миронов*, считают этот прием незаменимым при распознавании внематочной беременности, причем названный автор дает следующие указания для правильной оценки полученного результата: если кровь получается не всякий раз, когда вкалывается игла и, если при этом количество полученной крови мало (1—1½ куб. см), кровь получается только при обратном выведении иглы и на глубине 1—2 см, и, если кровь более яркая и сильно липкая, то все это указывает на то, что кровь эта получена из поврежденного при проколе кровеносного сосуда, а не из haematocele и haemato-salpinx'a.

Не отрицая диагностического значения пробного прокола, надо, однако, иметь в виду, что и он не обеспечивает нас вполне от ошибок; так, например, *Какушкин* и другие приводят случай, где при проколе была получена старая черная кровь, и на этом основании был поставлен диагноз внематочной беременности, в то время, как при последующем чревосечении была обнаружена опухоль яичника с кровянистым содержанием. Поэтому пробный прокол имеет ценность только при тщательной оценке всех полученных, как из анамнеза, так и при исследовании, данных.

Так как у нашей больной при пробном проколе была получена темная кровь и все остальные признаки болезни более всего говорят за внематочную беременность, то это заставляет нас еще больше укрепиться в диагнозе заматочной кровяной опухоли, образовавшейся, как результат нарушенной внематочной беременности.

Приняв этот диагноз, мы, однако, встречаемся с двумя обстоятельствами, которые могут у нас вызвать некоторые сомнения. Во-первых, здесь имеется целый ряд явлений, указывающих на наличие острого воспалительного процесса, который не является необходимым спутником внематочной беременности. Во-вторых, реакция с флоридзином дала отрицательный результат, что в данном случае и следовало ожидать, так как флоридзиновая гликозурия получается только при ненарушенной, прогрессирующей беременности.

Наличность воспалительного процесса тоже не будет говорить против нарушенной внематочной беременности, если мы его будем рассматривать, не как неизбежное следствие последней, а как случайное осложнение, и возникновение его у нашей больной представим себе следующим образом.

Излившаяся в брюшную полость кровь по законам тяжести скопляется в наиболее глубоких ее отделах, каковым, прежде всего, является заднее Дугласово пространство; поэтому здесь обычно и образуется заматочная кровяная опухоль или haematocele retrouterina, и только в исключительных случаях, например, при фиксированной ретроверзии матки кровь скопляется в переднем Дугласовом пространстве, образуя haematocele anteuterina.

Самое название „haematocele“ установлено со времени *Nelaton'a* для осумкованного излияния в области таза вообще, а так как оно в громадном большинстве случаев является результатом нарушенной внематочной беременности, то многие, например, *Fritsch*, совершенно отождествляют оба эти понятия.

Как известно, даже большие количества крови, излившиеся в свободную брюшную полость, легко всасываются брюшиной, часто не оста-

вляя после себя даже следа, поэтому естественно возникает вопрос, почему в некоторых случаях такого всасывания не происходит и образуется haematocеле.

По мнению *Busse*, здесь имеет влияние целый ряд причин, именно, он считает, что при нарушении внематочной беременности кровь из трубы поступает в брюшную полость не в жидком виде, а в свернувшемся состоянии; далее, он придает значение также тому, что здесь к крови примешаны разнообразные форменные элементы в виде частей плодного яйца; наконец, главную причину он видит в том, что уже в момент кровоизлияния в брюшине таза имеются изменения в виде хронического воспалительного процесса, который, по его мнению, сопутствует внематочной беременности.



Рис. 19. Haematocеле retrouterina.

Допуская для некоторых случаев значение приведенных выше причин, *Werth*, однако, думает, что здесь главную роль играет различная способность к всасыванию определенных отделов брюшины, так как известно, что вышележащие ее отделы, особенно сальник, гораздо быстрее и энергичнее поглощают из брюшной полости не только жидкие вещества, но и форменные элементы, в то время, как всасывающая способность брюшины малого таза сравнительно не велика.

Что касается более детальной анатомической структуры haematocеле, то по наблюдениям *Sänger'a*, *Muret'a* *Zweifel'a* и других, скопившееся в области таза кровоизлияние сравнительно быстро покрывается по наружной своей поверхности довольно плотным слоем соединительной ткани, которая образует оболочку, отделяющую кровоизлияние от окружающих частей; иногда эта оболочка настолько плотна, что удается весь мешок удалить не нарушая его целости.

По мнению *Sänger'a*, названная оболочка состоит из очень густой сети фибрина, в то время, как *Werth* считает, что она образована из плотной соединительной ткани, при чем грануляционные элементы находятся в состоянии рубцевания.

Прежде образование такой оболочки допускали только при кровоизлиянии, которое вызвано трубным выкидышем, однако, в настоящее время считают, что haematocoele может в некоторых случаях образоваться и при разрыве беременной трубы.

Содержимое haematocoele состоит главным образом из свернувшейся крови, при чем дальнейшая судьба ее будет различна в зависимости от целого ряда условий.

Прежде всего надо иметь в виду, что такое осумкованное кровоизлияние чрезвычайно трудно поддается рассасыванию. Оно совершается таким образом, что кровяные сгустки постепенно прорастают соединительной тканью, красящее вещество крови исчезает, а волокна



Рис. 20. Мешок haematocoele, удаленный вместе с беременной трубой.

соединительной ткани сморщиваются и, наконец, на месте бывшей haematocoele остается плотная сероватая масса, образующая плотные рубцовые сращения между маткой и соседними органами и вызывающая их смещение.

Но так как стенка кровоизлияния тесно связана с некоторыми отделами кишечника, именно с прямой кишкой, с петлями тонких кишек и flexura sigmoidea, то создаются весьма благоприятные условия для инфекции содержимого haematocoele. Бактерии, населяющие названные отделы кишечного канала, проникают через стенку кишки внутрь кровоизлияния и, находя здесь благоприятную среду для своего дальнейшего развития, вызывают разложение крови и нагноение. При этих условиях содержимое haematocoele снова становится жидким, кровяные сгустки распадаются, размягчаются, и содержимое ее приобретает вид темнубурой, иногда почти черной, густой жидкости с примесью большого или меньшего количества гноя, при чем она обычно имеет зловонный кишечный запах, так как в инфекции, кроме кишечного стрептококка, принимает участие кишечная палочка.

Нагноительный процесс в haematocoele всегда сопровождается целым рядом явлений, сопутствующих всякой инфекции; именно, тем-

перагура повышается иногда до высоких цифр и носит ремиттирующий характер, пульс учащается соответственно температуре, в крови наблюдается увеличение числа лейкоцитов, по преимуществу относящихся к нейтрофилам. В дальнейшем, в зависимости от тяжести инфекции появляются и другие изменения в крови, как уменьшение числа эритроцитов и количества гемоглобина, исчезновение эозинофилов, смещение картины крови *Арнета* влево, ускорение оседания эритроцитов и т. д.

Если мы теперь вернемся к нашей больной, то мы можем убедиться, что имеющиеся у нее признаки инфекции вполне аналогичны



Рис. 21. Отношение *haematocele retrouterina* к соседним органам.

только что описанным, именно, за время пребывания больной в клинике температура колебалась в пределах от 37,2 утром и 39 вечером, пульс был учащен, давая от 110 до 116 ударов в минуту, число лейкоцитов было увеличено до 12.400, при чем 82% приходилось на счет нейтрофилов; скорость оседания эритроцитов достигает 24 минут.

Последним и наиболее убедительным доказательством тому, что причина названных явлений заключалась в инфекции содержимого *haematocele*, служит результат бактериологического исследования ее содержимого, который обнаружил при пробной пункции наличие *bacterium coli commune* и *streptococcus brevis non haemoliticus*.

Таким образом, наш окончательный диагноз в данном случае будет: *graviditas extrauterina, haematocele retrouterina suppurativa*.

Принимая в расчет общее удовлетворительное состояние больной, мы в настоящем случае в смысле предсказания можем высказаться благоприятно, тем более, что и изменения в крови сравнительно незначительны, так как количество эозинофилов, равное 80 в куб. см, не переходит нижней границы нормы, и смещение нейтрофильной картины *Арнета* влево выражено слабо, именно, одноядерных нейтрофилов имеется 10%, двуядерных—28%, трехядерных—46%, четырехядерных—14% и пятиядерных—2%. Уменьшение числа эритроцитов до 4.200.000 и количества гемоглобина до 74% должно рассматриваться скорее, как результат кровоизлияния в брюшную полость, а не как влияние инфекции.

Однако, несмотря на благоприятное предсказание в настоящий момент, мы тем не менее должны подумать о соответствующем лечении нашей больной, тем более, что имеющееся сейчас проявления инфекции могут в дальнейшем приобрести более серьезный характер.

Поэтому перейдем теперь к лечению haematocoele вообще и в частности у нашей больной.

Так как осумкованное кровоизлияние в области таза почти исключительно зависит от происшедшего нарушения внематочной беременности, то первый вопрос, который мы должны себе задать, и который будет иметь большее значение в нашем отношении к haematocoele, будет состоять в том, насколько образование осумкованной кровяной опухоли гарантирует от нового кровоизлияния, т. е. служит ли оно безусловным доказательством, что внематочная беременность вполне закончилась.

Как нас учит клинический опыт, haematocoele чаще образуется при трубном выкидыше, в то время, как при разрыве трубы чаще наблюдается разлитое кровоизлияние в свободную брюшную полость; с другой стороны, мы знаем, что трубный выкидыш протекает, сопровождаясь повторными, иногда многочисленными приступами внутреннего кровотечения, поэтому образование haematocoele совершенно не дает нам уверенности в том, что не будет нового приступа, который по своей тяжести не потребует немедленного оперативного вмешательства.

На основании сказанного мы должны относиться к haematocoele также, как вообще к внематочной беременности, находящейся в состоянии нарушения, т. е. по возможности безотлагательно применить оперативное лечение в виде брюшностеночного чревосечения.

Второе соображение, которое будет говорить в пользу этого метода лечения, заключается в том, что haematocoele, даже если она не будет инфицирована и не нагноится, угрожает больной серьезными осложнениями вследствие того, что она оставляет после себя плотные сращения между тазовыми органами, вызывая их смещение и нарушая их правильные отправления.

Операция чревосечения при haematocoele производится по общепринятым правилам, некоторой особенностью здесь является только то обстоятельство, что стенка кровяной опухоли часто оказывается тесно спаянной со стенками кишек, поэтому при выделении мешка следует соблюдать большую осторожность, чтобы не поранить кишку и не вызвать образования кишечного свища. Тем не менее желательно выделить и удалить кровяную опухоль, не нарушая ее целостности, чтобы не загрязнить брюшную полость ее содержимым. В тех случаях, где сращения с кишками очень плотны, там лучше сознательно оставить

часть капсулы haematocoele. Если по вскрытии брюшной полости обнаруживается, что кровяная опухоль не может быть удалена без нарушения ее целостности, то следует оградить брюшную полость от загрязнения отграничивающими тампонами, вскрыть стенку мешка, тщательно удалить его содержимое и только тогда попытаться удалить капсулу по возможности на большем протяжении. Так как при этом обычно появляется паренхиматозное кровотечение, то следует озаботиться о тщательной перитонизации, пользуясь для этого при необходимости сальником.

Перед закрытием брюшной полости операционное поле высушивается марлевым тампоном и осторожно протирается спиртом.



Рис. 22. Дренаж заматочной кровяной опухоли.

Только в исключительных случаях, когда содержимое haematocoele обнаруживает явные признаки разложения или примеси гноя, когда температура при операции субфебрильна и скорость оседания эритроцитов менее часа, мы не закрываем брюшную полость наглухо, а прибегаем к дренажу.

Дренаж брюшной полости в этих случаях производится таким образом, что из заднего Дугласова пространства во влагалище через задний свод проводится резиновая трубка и, кроме того, оставляется открытой нижняя часть разреза брюшной стенки, куда вводятся марлевые полоски.

Итак, в большинстве случаев мы применяем при haematocoele оперативный способ лечения в виде чревосечения, удаляя при этом

беременную трубу; однако, приходится встречаться с такими случаями, когда признаки инфекции выражены настолько сильно, что удаление кровяной опухоли брюшностеночным путем может представить для больной серьезную опасность. Это имеет место тогда, когда температура носит выраженный нагноительный характер, когда имеется значительное учащение пульса и увеличение количества лейкоцитов, и скорость оседания эритроцитов меньше 45 минут. В этих случаях опасность брюшностеночного чревосечения заключается в том, что, не имея полной уверенности в возможности удалить опухоль без нарушения целостности ее стенки, мы рискуем загрязнить свободную брюшную полость содержимым haematocoele, в котором имеются вирулентные бактерии.

При таких условиях мы должны найти такой способ оперативного вмешательства, который позволил бы нам опорожнить кровяную опухоль от ее содержимого, не рискуя тем, что оно может проникнуть в свободную брюшную полость, и, таким способом лучше всего может служить вскрытие брюшной полости со стороны влагалища, при чем в случае haematocoele retrouterina разрез производится через задний свод влагалища, а при haematocoele anteuterina—через передний свод.

Что касается техники операции, то она ничем существенным не отличается от таковой* при операции по поводу пельвеоперитонита; именно, сперва производится разрез влагалищной стенки в поперечном направлении, затем при задней кольпотомии корнцангом вскрывается брюшина заднего Дугласова пространства, а при передней кольпотомии сперва отделяется пальцем мочевого пузыря от шейки матки и таким же, как в предыдущем случае, способом вскрывается брюшина переднего Дугласова пространства. После того, как жидкое содержимое опухоли вылилось наружу, полость мешка осторожно освобождается от сгустков крови при помощи пальца так, чтобы не нарушить целостности стенки мешка. Наконец, в полость опухоли вводится толстая резиновая трубка.

Закончив этим обсуждение методов лечения при haematocoele вообще, наметим план лечения нашей больной.

Так как в нашем случае имеются все признаки, указывающие на инфекцию значительной интенсивности, именно, температура вечером достигает 39 градусов, пульс дает 116 ударов в минуту, и число лейкоцитов равняется 12.400, а скорость оседания эритроцитов достигает 24 минут, то нам придется ограничиться задней кольпотомией и введением дренажа; при этом надо иметь в виду, что и после вскрытия опухоли температура еще некоторое время может оставаться повышенной, пока полость совсем не освободится от разлагающейся крови и не облитерируется. В некоторых, правда, сравнительно, редких случаях, несмотря на операцию, может наступить летальный исход, так, на нашем материале из 26 случаев haematocoele, оперированных посредством задней кольпотомии, погибла одна больная от общей инфекции, что составит 3,8%.

После того, как полость haematocoele совершенно выполнится, в области таза остаются плотные сращения, которые, обычно требуют длительного рассасывающего лечения в виде грязевых ванн, горячих влагалищных спринцеваний, глицериновых влагалищных шариков или тампонов и т. д.

Интерстициальная трубная беременность.

История болезни пятой больной следующая:

Больная Е. И., 29 лет, замужняя, сестра милосердия, уроженка Воронежа, русская.

Обратилась она в амбулаторию клиники по поводу небольших болей в животе и задержки месячных; из амбулатории она была направлена в стационарное отделение для наблюдения, где она и находится в течение восьми дней.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Насколько больная помнит, она перенесла в детстве только легкую корь.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные наступили на четырнадцатом году, но в течение первых трех лет приходили с большими промежутками в 2 и 3 месяца; только с 17 лет они приобрели правильный тип, появляясь каждые четыре недели и продолжаясь по 3 дня без болей, но всегда очень обильно; последние месячные были за семь недель до поступления больной в клинику.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж на двадцатом году, при чем каких-либо заболеваний в это время со стороны половых органов она не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Больная имела две беременности; первая наступила через 3 года после выхода замуж, а вторая через 5 лет; обе беременности закончились преждевременно выкидышами на третьем месяце по неизвестным для больной причинам, сопровождались значительной потерей крови и потребовали выскабливания полости матки; воспалительными явлениями они не сопровождалась.

5. *Начало настоящего заболевания.* Как уже было сказано, больная обратилась в амбулаторию клиники по поводу небольших болей внизу живота и несколько слева; эти боли имели тупой характер и появлялись временами, особенно, когда больная много двигалась. Кроме того, больная желала выяснить вопрос относительно беременности, так как месячные задержались на семь недель. В виду недостаточно ясной картины, полученной при исследовании в амбулатории, и подозрения на неправильную беременность, больная была помещена для наблюдения в стационарное отделение клиники, где она провела восемь дней и чувствовала себя относительно хорошо, жалуясь только на легкую тошноту по утрам. Сегодня утром, в то время, как больная мылась, она почувствовала головокружение, которое быстро усилилось настолько, что она едва дошла до постели; болей в животе при этом не было.

6. *Болела ли раньше?* Кроме склонности к бронхиту больная ничего отметить не может.

7. *Отправление кишечника.* Кишечник всегда работал правильно, только во время месячных наблюдалась некоторая склонность к запорам.

8. *Отправление мочевого пузыря.* В течение последнего месяца наблюдается учащенное мочеиспускание.

II. Status praesens.

1. Данные общего исследования.

При поступлении в клинику обнаружено:

Больная небольшого роста (154 см), правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 52 кг); температура тела 36,8; пульс 76 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 18 в минуту. Кровяное давление нормально: P_{Ma}—118, P_{Mi}—94. Язык чистый, влажный. Со стороны сердца, легких и прочих внутренних органов отклонений от нормы нет. Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Грудные железы развиты мало, околососковые кружки пигментированы, Монтгомеровы железки выступают довольно резко; выдавить каплю молозива не удастся. При осмотре, ощупывании и перкуссии живота ничего ненормального определить не удастся.

2. Данные гинекологического исследования.

Наружные половые органы развиты правильно; волосистость на них развита довольно слабо; при раздвижении половой щели окраска



Рис. 23. Форма матки, определенная при внутреннем исследовании.

влагалищного входа носит несколько застойный оттенок; выделений из влагалища нет.

При бимануальном исследовании влагалище довольно узкое; влагалищная часть матки имеет форму усеченного конуса; передний влагалищный свод выражен мало; наружный зев круглый, смещен кпереди от проводной оси таза; тело матки отклонено кзади настолько, что ось его совпадает с проводной осью таза; между шейкой и телом матки имеется тупой, открытый кпереди угол; консистенция всей матки несколько мягче обычной; тело матки увеличено в объеме, соответ-

ствуует приблизительно величине беременной матки около 6 недель форма тела матки неправильная, имеется асимметрия, зависящая от того что левый угол матки развит сильнее, благодаря чему дно матки по верхнему краю имеет косое направление снизу вверх и справа налево; консистенция левого угла матки на ощупь мягче остальной части тела; левые придатки отходят от наиболее выступающего его бокового полюса и никаких изменений не представляют; правые придатки тоже нормальны и расположены на обычном месте; расстояние между отхождением правых и левых придатков по отношению к величине матки несколько больше обычного. Матка безболезненна при ощупывании и подвижна. Клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают.

При исследовании больной в настоящее время, т.е. на восьмой день ее пребывания в клинике, картина резко изменилась, Больная находится в полуобморочном состоянии. Температура тела 36.1, пульс



Рис. 24. Область заглушения кишечного тона.

102 удара в минуту, ровный, но слабого наполнения и легко сжимаем; дыхание учащено до 28 в минуту. Резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Кровяное давление понижено: $PMa=102$, $PMi=78$. Живот немного вздут, мягок и слегка чувствителен при пальпации; при перкуссии определяется заглушение кишечного тона, которое начинается на 3 поперечных пальца над лоном и по направлению книзу усиливается, захватывая также наиболее отлогие боковые части живота; в области притупления определяется ясная волна флюктуации. При бимануальном исследовании задний свод немного выполнен, пастозен; в боковых сводах, особенно слева, тоже прощупывается мягкая пастозность без резких границ; матка и придатки ясно не контурируются, но тело матки переместилось кпереди и подвижность его стала свободнее; наружный зев закрыт.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи:

За время пребывания больной в клинике суточное количество мочи было около 1800 куб. см; удельный вес 1016; цвет соломенно-желтый, прозрачность полная. Ни белка, ни других каких-либо патологических элементов найдено не было.

Количество эритроцитов	
Характер эритроцитов	{ Изменение окраски
	{ " величины
	{ " формы
	{ " структуры
Количество гемоглобина	
Показатель окраски	
Количество лейкоцитов	
Лейкоцитарная формула.	{ Нейтрофилы
	{ Эозинофилы
	{ Базофилы
	{ Лимфоциты
	{ Мононуклеары крупн.
Нейтрофильная картина Арнета.	{ Одноядерные
	{ Двухядерные
	{ Трехядерные
	{ Четырехядерные
	{ Пятиядерные
Патологические формы лейкоцитов.	{ Регенеративные
	{ Дегенеративные
Тромбоциты	
Сухой остаток	
Удельный вес	
Коэффициент вязкости	
Скорость свертываемости	
Щелочность	
Резистентность эритроцитов	
Количество гликогена	
Скорость осаждаем. эритроцитов	

следование крови.

Нормальная картина крови у женщин .	Исследование 1. год IV мес. 12 числ.	Исследование 2. год IV мес. 18 числ.
4.500.000—5.250.000	4.600.000	2.500.000.
—	Нет.	Базофильн, зернист.
—	Нет.	Нет.
—	Нет.	Нет.
—	Нет.	Нет.
85 ⁰ / ₀ —110 ⁰ / ₀	86%	45%
0,9—1,0	0,93	0,9
7.000—8.000	7.400	5.200
4.400—5.200; 55—70 ⁰ / ₀	4.800; 64,8%	3.400; 65,3%
80—320; 1—4 ⁰ / ₀	220; 3%	120; 2,3%
20—80; 0,1—1 ⁰ / ₀	60; 0,8%	20; 0,3%
1.600—2.400; 20—35 ⁰ / ₀	1.920; 26%	1.360; 26,1%
250—500; 2—5 ⁰ / ₀	400; 5,4%	300; 6%
8%	8%	11%
24%	25%	25%
48%	48%	47%
16%	15%	14 ⁰ / ₀
4%	4%	3 ⁰ / ₀
—	Нет.	Число метамиелоцитов увеличено
—	Нет.	Нет.
250.000—300.000	260.000	180.000
21%	—	—
1.050—1.056	1.052	1.045
4,38	4,32	2,4
7—8 минут	8 мин.	9 мин.
426—533 м. г. NaOH	486	—
RM. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,46	—
—	Нет.	—
5 час.	1 час. 50 мин.	50 мин.

с. Биологические реакции. На второй день поступления больной в клинику реакция с флоридзином дала положительный результат.

Проба с пирамидоном на 8-й день после обморока дала положительный результат.

Имея перед собою все данные, полученные как из анамнеза, так и при объективном исследовании больной, попытаемся в них разобраться для того, чтобы поставить правильное распознавание и наметить план лечения.

Как мы видели из истории болезни настоящей больной, клиническая картина распадается на две части: одну, относящуюся к моменту поступления больной в клинику, и другую, которая выявилась утром сегодняшнего дня, значительно отличающуюся от первой.

Что касается первой части, то наша задача сводится здесь к выяснению вопроса о том, имеется ли в данном случае беременность, и если она имеется, то не представляет ли она каких-либо отклонений от нормального течения.

Относительно второй части наша задача будет состоять в том, чтобы решить, в чем заключаются те изменения, которые произошли в состоянии больной, и чем они вызваны.

Остановимся сперва на той части истории болезни, которая относится ко времени поступления больной в клинику, и постараемся ответить на поставленные нами вопросы.

Как видно из скорбного листка, больная обратилась в амбулаторию клиники, главным образом, для выяснение вопроса, не беременна ли она, так как месячные у нее отсутствуют уже в течение семи недель.

В данном случае убедиться в наличии беременности не представляло затруднений, так как здесь имелись на лицо: во-первых, субъективные признаки в виде аменореи, тошноты и учащенных позывов к мочеиспусканию; во-вторых, объективные признаки в виде усиленной пигментации околососковых кружков, довольно резкого выступления Монтгомеровых железок, застойных явлений в слизистой оболочке влагалищного входа, увеличение матки соответственно сроку возможной здесь беременности и размягчение ее консистенции, и, в-третьих, положительный результат реакции с флоридзином и ускорение оседание эритроцитов до 1 ч. 50 м.

Таким образом, вопрос о беременности легко разрешался в положительном смысле, но вместе с тем, благодаря некоторым данным, полученным при исследовании больной, возникло сомнение, имеем ли мы здесь вполне правильную беременность.

Признаки, заставляющие нас сомневаться в правильном развитии беременности, состояли в том, что матка имела неправильную форму, именно, вместо того, чтобы быть симметрично шаровидной, она обнаруживала явную ассиметрию, которая зависела от того, что левый ее угол был развит сильнее, благодаря чему дно матки по верхнему краю имело косое направление снизу вверх и справа налево, при чем консистенция левого угла матки мягче остальной части тела; левые придатки отходили от наиболее выступающего его бокового полюса и никаких изменений не обнаруживали; расстояние между местом отхождения правых и левых придатков по отношению к величине матки несколько больше обычного.

Приведенные данные заставляли нас допустить две возможности: или здесь имела место имплантация яйца в левом углу матки, или же

яйцо задержалось и продолжало развиваться в *pars intermuralis* левой трубы и мы имели левостороннюю межюточную беременность.

Желание выяснить этот вопрос и заставило нас поместить больную в клинику для наблюдения.

Посмотрим, однако, сперва, насколько данные, полученные нами из анамнеза и при исследовании больной, сами по себе позволяли решить этот вопрос в ту или другую сторону.

Разбирая анамнез, мы должны отметить следующие обстоятельства, указывающие, что в половом аппарате нашей больной имелись какие-то отклонения от нормы: прежде всего, хотя первые месячные пришли в обычное время, именно в 14 лет, но в течение первых трех лет они появлялись через большие промежутки в 2 и 3 месяца, и только с 17 лет они приобрели правильный четырехнедельный тип; далее, мы видели, что первая беременность наступила только через 3 года, т.е. здесь имелось относительное бесплодие; и, наконец, как первая, так и вторая беременность, закончились выкидышем на третьем месяце, по неизвестным для больной причинам.

Все эти факты в их совокупности позволяют нам подозревать скорее всего такие ненормальности в половом аппарате больной, которые могли зависеть от недостаточного его развития, и нам остается подтвердить это предположение данными исследования. И, действительно, мы находим здесь следующие указания: грудные железы мало развиты, волосистость на наружных половых частях выражена слабо, передний влагалищный свод плоский, матка находится в положении ретроверзии, при чем между шейкой и телом матки имеется тупой открытый кпереди угол. Так как плоская форма переднего свода и отсутствие нависания передней стенки влагалища, говорит здесь за то, что ретроверзия возникла еще в детском возрасте, а не стоит в связи с былыми выкидышами, то мы должны рассматривать ее, как одну из неправильностей в развитии полового аппарата.

Итак, данные, как анамнеза, так и объективного исследования, совпадают, указывая на некоторый инфантилизм с недоразвитием половых органов нашей больной.

Но, если мы себя спросим, можем ли мы на основании этого указания решить, имеется ли здесь имплантация яйца в углу матки или в межюточном отделе трубы, то мы должны ответить отрицательно, с единственной только оговоркой, что недоразвитие половых органов является нередко одной из причин внематочной беременности вообще.

Посмотрим далее, насколько те данные, которые были нами получены при исследовании больной, могут разрешить наши сомнения относительно характера беременности.

Для этого нам придется в кратких чертах напомнить, что понимают сейчас под названием „межюточная беременность“, и какими она проявляет себя признаками.

Под межюточной беременностью разумеют беременность, развивающуюся в той части трубы, которая проходит через толщу мышечной стенки матки и имеет в длину около 1 см.

Так как плодное яйцо может прикрепиться и развиваться в различных участках этого отрезка трубы и при своем развитии увеличиваться и расти в различные стороны, то могут образоваться различные виды межюточной беременности и в настоящее время предложено несколько их классификаций.

Так, например, *Dezeimeris* признает 4 вида межучточной беременности: 1) беременность межучточно-маточную с развитием яйца в маточной части трубы; 2) беременность межучточно-маточную с проникновением яйца в мускулатуру матки; 3) беременность трубно-маточную с развитием яйца в трубе, при чем оно растет в сторону полости матки и в нее проникает; 4) беременность маточно-трубную брюшную, при которой послед занимает матку и трубу, а плод лежит в брюшной полости.

Hennig признает три вида межучточной беременности: 1) трубно-маточную; 2) межучточную или *graviditas interstitialis* и 3) внутривеночную или *graviditas intramuralis*.

По *Бекману* имеется два вида, именно, трубно-маточная или *graviditas tubo-uterina*, и внутривеночная или *graviditas interstitialis propria*.

Werth признает за истинную межучточную беременность только одну форму, именно, внутривеночную с развитием яйца по направлению ко дну матки.

Glaesmer тоже признает только собственно внутривеночную форму, но в зависимости от направления, в котором развивается яйцо он делит ее на три вида: 1) яйцо развивается по направлению дна матки; 2) яйцо развивается внутрь боковой стенки матки; 3) яйцо развивается по направлению перешеечной части трубы.

Наконец, *Lequeux* предлагает следующую схему:

1) Беременность межучточная-трубная, которая делится на: а) с развитием в трубу; б) с развитием в матку; в) истинную трубную.

2) Беременность межучточная - внутривеночная, которая делится на: а) с развитием ко дну матки; б) с развитием в боковую стенку матки.

Из приведенных классификаций видно, насколько разнообразны могут быть отношения яйца к своему ложу при межучточной беременности, но все они в конце концов имеют только теоретический интерес; в сущности же важно признать, как это подчеркнул в своей работе *П. Попов*, что оплодотворенное яйцо может прикрепиться в различных отделах маточного отрезка трубы и в своем дальнейшем развитии может принимать какое угодно направление; поэтому, кроме истинной межучточной беременности мы должны допустить существование смешанных форм, именно: трубно-межучточную и маточно-межучточную, которые являются переходными к истинной беременности или беременности в углу матки, что по указанию *Bar'a* в значительной степени затрудняет правильное распознавание.

При истинной беременности всегда имеются определенные объективные признаки, именно, косое положение дна матки, отмеченное *Ruge* и *Simon'ом*, отхождение круглой маточной связки и трубы от наиболее выступающего сегмента маточного угла и широкое основание плодовместища; при смешанных же формах некоторые из приведенных признаков могут быть выражены неясно или совершенно отсутствовать.

Из только что сказанного мы видим, что объективные признаки при межучточной беременности могут быть выражены не всегда одинаково ясно, а кроме того в начальном периоде беременности они ничем не будут отличаться от тех, которые приходится наблюдать при развитии яйца в углу матки, так как в этом случае дно матки имеет косое направление, место отхождения круглой связки и трубы и отношении

плодовместилища к остальной части матки будет такое же. Только при дальнейшем развитии беременности последний признак, именно отношение плодовместилища к остальной матке, может нам помочь правильно ориентироваться, так как при развитии плодного мешка в углу матки он по мере роста выполнит собою всю полость матки, и асимметрия его постепенно изгладится, в то время, как при межуточной беременности соответственный угол матки будет продолжать гипертрофироваться, и асимметрия будет прогрессировать.

Припоминая те объективные данные, которые нами были получены при исследовании нашей больной, мы должны признать, что и они не дают нам возможности при однократном исследовании установить



Рис. 25¹ Graviditas interstitialis dextra IV mens.

точно, какую форму беременности мы здесь имеем—маточную или внематочную. А так как в каждом случае, где возникает вопрос о возможности внематочной беременности, больная должна быть поставлена в такие условия, чтобы ей в любое время могла быть оказана оперативная помощь, то помещение нашей больной в клинику для наблюдения тем более необходимо.

Итак, при поступлении больной в клинику у нее была определена беременность с подозрением на развитие яйца в левом маточном отрезке трубы.

Остановимся теперь на той части истории болезни, которая относится к ближайшему времени, когда в состоянии больной произошла резкая перемена.

Перемена эта выразилась в том, что сегодня утром, в то время, как больная мылась, она почувствовала головокружение, которое быстро усилилось настолько, что она едва дошла до кровати; болей в животе при этом не было. Сейчас больная находится в полуобморочном состоянии; температура тела 36,1; пульс 102 удара в минуту, ровный, но слабого наполнения и легко сжимаем; дыхание учащено

до 28 в минуту; появилась резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек; кровяное давление понизилось до $РMa = 102$ и $PMi = 78$; живот стал несколько вздутым и чувствительным при давлении; при перкуссии определяется заглушение кишечного тона, начинающееся на 3 поперечных пальца выше лона и усиливающееся книзу, захватывая также наиболее отлогие боковые части живота; в области притупления определяется ясная волна флюктуации; при бимануальном исследовании задний свод оказывается пастозным и заднее Дугласово пространство не свободно; в боковых сводах, особенно слева, тоже стала определяться мягкая резистентность без резких границ; контуры матки и придатков стали менее отчетливы, при чем тело матки несколько переместилось кпереди и подвижность его стала свободнее; в составе крови тоже произошли некоторые изменения, именно: число эритроцитов сократилось с 4.600.000 до 2.500.000 в к. мм, и появилась базофильная зернистость; количество гемоглобина понизилось с 86% до 45%, при чем показатель окраски остался почти без изменения; общее число белых кровяных шариков с 7.400 уменьшилось до 5.200, при чем лейкоцитарная формула, т.-е. взаимное отношение отдельных форм почти не изменилось, только количество эозинофилов понизилось с 0,8% до 0,3%; нейтрофильная картина Арнета немного сместилась влево за счет увеличения числа одноядерных регенеративных элементов или метамиелоцитов; удельный вес крови с 1.052 понизился до 1.045; коэффициент вязкости тоже понизился с 4,32 до 2,4; скорость свертываемости крови стала несколько меньше и вместо 8 минут равняется 9, скорость оседания эритроцитов с 1 ч. 50 м. повысилась до 50 м. и реакция с пирамидоном получилась положительная.

Все только что перечисленные данные мы можем распределить на две группы: одни из них, как полубморочное состояние, изменение со стороны пульса, температуры, дыхания, кровяного давления, окраски кожных покровов и слизистых оболочек и морфологических и физико-химических свойств крови, говорят за наличие тяжелой острой анемии; другие, как заглушение кишечного тона в некоторых отделах брюшной области, флюктуация и увеличившаяся подвижность матки, говорят за скопление жидкости в брюшной полости. Поэтому, естественно возникает предположение, что находящаяся в брюшной полости жидкость представляет собою кровоизлияние, что подтверждается до известной степени наличностью мягкой пастозной резистентности в заднем и боковых сводах; и, таким образом, острая анемия является непосредственным результатом этого кровоизлияния.

Высказав это предположение, нам остается выяснить причину и исходное место кровотечения в брюшную полость.

Проще и естественнее всего, конечно, будет рассматривать у нашей больной внутреннее кровотечение, как результат нарушения допущенной нами здесь внематочной беременности.

Как это убедительно вытекает из работы *Улезко-Строгановой*, нарушение целостности стенок плодместилища при внематочной беременности зависит исключительно от способности к прорастанию и разрушению подлежащей ткани ворсинками плодного яйца.

В этом отношении межюточная беременность ничем не отличается от внематочной беременности вообще, так как в маточном отрезке трубы также нет компактного железистого слоя и образование децидуальной оболочки тоже не происходит в достаточной мере.

Отсутствие болей, которые обыкновенно наблюдаются при разрыве беременной трубы и при трубном выкидыше, в данном случае, вероятно, объясняется тем, что кровотечение произошло не внутрь плодместилища, а непосредственно в брюшную полость вследствие разрушения стенки какого-либо из кровеносных сосудов, расположенных близко к периферии.

Объединяя обе выделенные нами части истории болезни нашей больной, мы видим, что они совпадают в том отношении, что в обоих приходится допускать наличность внематочной беременности, а так как на основании данных исследования здесь приходится иметь в виду только межзачаточную беременность, то наш окончательный диагноз должен быть:

graviditas interstitialis sinistra interrupta, haemorrhagia diffusa, anaemia acuta gravis.

Данная форма внематочной беременности относится к сравнительно редким разновидностям ее. Так, *Werth* в 1904 году насчитывает всего 40 случаев несомненной межзачаточной беременности, описанных в литературе, а *Lequeux* в 1912 году устанавливает их число от 70 до 75.

Что касается отношения числа случаев межзачаточной беременности к внематочной беременности вообще, то у различных авторов оно весьма не одинаково; например, *Werth* на 120 случаев оперированной трубной беременности не встретил ни одного случая межзачаточной беременности, в то время, как у *Vasena* в 1902 году на 114 случаев трубной беременности было 4 случая межзачаточной; *Lawson-Tait* выводит среднее отношение, равное 1:100; мне лично на чревосечении по поводу трубной беременности, пришлось встретить межзачаточную беременность два раза.

Этиология межзачаточной беременности не всегда оказывается достаточно ясной, и надо думать, что она аналогична с этиологией внематочной беременности вообще, т.-е. причина ее возникновения в большинстве случаев зависит от бывших раньше воспалительных процессов в придатках матки или от недоразвития половых органов. Как механическую причину, *Werth* признает полипозные образования в устье трубы, а *Hoffmann*—маленькие миомы, вдающиеся в просвет трубы в маточном ее отрезке; *Baudelocque* и *Leopold* указывают на возможность аномалии в прохождении трубы через стенку матки.

Так как в нашем случае при исследовании больной нам не удалось найти в половом аппарате других изменений кроме тех, которые указывали на известную степень неправильного развития матки, то мы должны на них и остановиться, как на этиологическом моменте ненормальной имплантации яйца.

Переходя к лечению межзачаточной беременности, мы прежде всего должны установить наше отношение к распознанной, но еще не нарушенной межзачаточной беременности.

Так как она, обычно, кончается разрывом плодного мешка и обильным кровотечением в брюшную полость, то в интересах больной целесообразнее, не дожидаясь катастрофы, прибегнуть к оперативному вмешательству. *Lequeux* советует оперировать уже при имеющемся подозрении на возможность межзачаточной беременности, не стесняясь тем, что чревосечение может оказаться пробным. Однако, имея в виду, что в начальном периоде межзачаточной беременности ее не всегда возможно бывает отличить от беременности в углу матки, а кроме того, допуская возможность самопроизвольного выкидыша через естествен-

ные пути при маточно-межучточной ее форме, следует путем наблюдения постараться выяснить правильный диагноз, поставив больную в такие условия, чтобы оперативная помощь могла быть ей оказана в любое время.

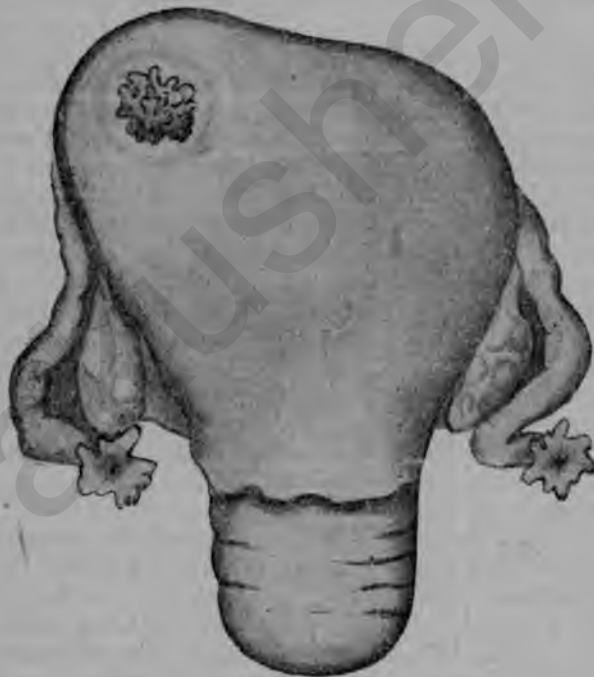
По статистике *Werth*'а разрыв плодместилища наблюдался, начиная от первого и кончая шестым месяцем беременности, при чем, однако, большинство случаев приходится на третий месяц беременности; случаи доношенной межучточной беременности *Rooswinkel*'а и *Treub*'а представляют собою собственно вторичную брюшную беременность после нарушения межучточной беременности.

Что касается нашего отношения к нарушенной межучточной беременности, то оно должно быть совершенно таким же, как при нарушенной трубной беременности, т. е. по возможности безотлагательно должно быть произведено брюшностеночное чревосечение, и только в исключительных случаях, когда кровоизлияние уже осумковалось, можно выжидать, если замечается наклонность к рассасыванию, или приходится ограничиться вскрытием haematocele, если имеются признаки инфекции.

Но в виду того, что при межучточной беременности нарушение ее совершается посредством разрыва плодместилища, при чем место разрыва в большинстве случаев находится в верхней или верхнезадней его части, оно сопровождается всегда обильным внутренним кровотечением; поэтому немедленное оперативное лечение становится неизбежным.

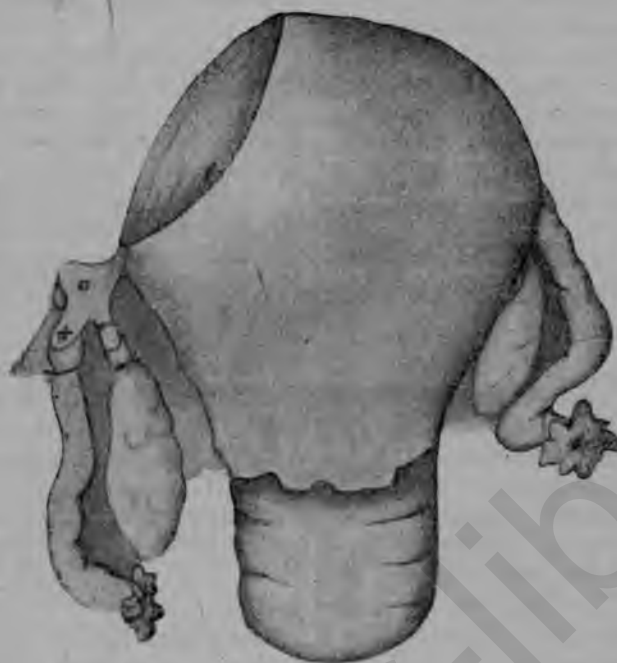
Впервые операция при межучточной беременности была произведена *Lawson-Tait*'ом в 1892 году. По материалу, собранному *Werth*'ом,

на 31 случай, где была произведена операция, приходится четыре смерти. Операции производились весьма разнообразно, именно в большинстве случаев производилось иссечение плодместилища или надвлагалищная ампутация матки, значительно

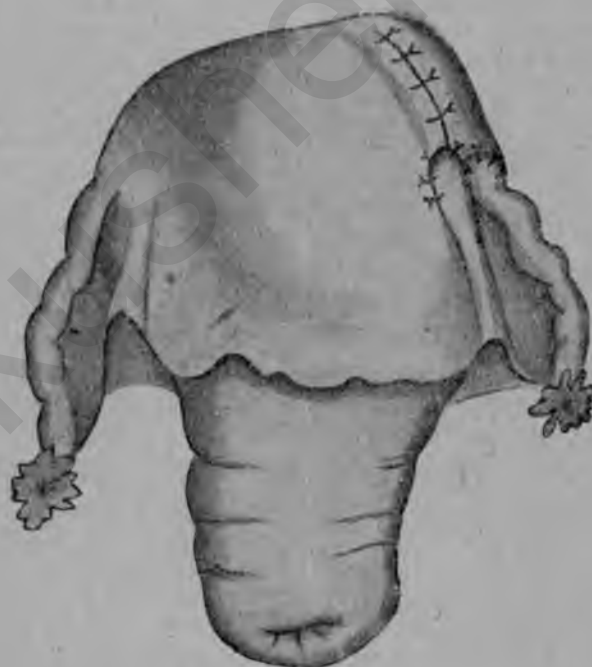


Местоположение и вид прободения стенки матки ворсинками плодного яйца (вид сзади).

Удаленное плодместилище.



Вид матки после удаления плодместилища.



Вид матки после закрытия раны и прикрепления культи придатков (вид спереди).

Рис. 26.

реже было сделано полное удаление матки путем брюшностеночного или влагалищного чревосечения.

При выборе способа оперативного вмешательства предпочтение следует отдать брюшностеночному методу, так как он дает возможность лучше ориентироваться. Конечно, желательно быть, по возможности, консервативным и ограничиваться только иссечением плодовместилища, однако, окончательно наметить план операции можно только после вскрытия брюшной полости, так как приходится считаться с целым рядом обстоятельств, как-то—с местом и величиною разрыва, с состоянием матки, придатков и вообще органов таза. Возможный консерватизм здесь имеет тем более основание, что не исключается возможность последующих самопроизвольных родов после иссечения беременного угла матки при межзачаточной беременности, как это в одном случае описано *Holst*ом.

Возвращаясь к нашей больной, мы должны признать, что здесь имеются достаточные настоятельные показания к безотлагательному оперативному вмешательству благодаря явным признакам тяжелого острого малокровия.

Что касается самого способа операции, то мы остановимся на брюшностеночном чревосечении и по возможности ограничимся иссечением плодовместилища.

В дополнение к изложенной нами на предыдущей лекции истории болезни с демонстрацией больной, я позволю себе в кратких словах доложить вам данные, полученные при операции.

По вскрытии брюшной полости в ней оказалось довольно много жидкой крови. Форма матки и место отхождения левых придатков вполне отвечало тому, что было определено при бимануальном исследовании; круглая связка отходила несколько медиально и ниже трубы. На задней поверхности заднего угла матки, немного отступя книзу от верхнего его края, имелось отверстие величиною около сантиметра в диаметре с неровными истонченными краями; из него выпячиваются ворсинки плодного яйца.

После наложения зажимов на связку яичника, трубу и круглую связку, они отделены от матки и плодовместилище иссечено в виде пирамиды, вершина которой обращена в толщу мышечной стенки матки. Края раны соединены узловатыми катгутowymi швами и культя фиксированы к левому углу матки так, что дни покрывают собою разрез ее стенки.

По вскрытии удаленного плодовместилища оказалось, что оно имеет стенку толщиной от 7 до 9 мм, состоящую из мускулатуры матки; в нем находится плодное яйцо, соответствующее шестинедельной беременности, и небольшое количество свернувшейся крови. На разрезе видно, что труба теряется в верхней части плодовместилища в латеральном его отделе; на поверхности плодовместилища, обращенной к матке, с трудом удается найти просвет маточного отрезка трубы, который на глубине не более 2 мм слепо кончается.

Периферическая часть левой трубы никаких воспалительных изменений не обнаруживает.

Брюшная полость была закрыта наглухо; в настоящее время после операции прошло четыре дня и состояние больной хорошее.

Беременность в рудиментарном роте.

История болезни шестой больной следующая:

Больная А. Н., 24 лет, замужняя, конторщица, уроженка Смоленской губернии, русская.

Обратилась в амбулаторию клиники по поводу задержки месячных с целью выяснить вопрос относительно наличия беременности. В виду возникшего подозрения на неправильную беременность больная для наблюдения помещена в стационарное отделение клиники.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Больная в детстве развивалась плохо, была слабым ребенком и часто болела, но точно указать характер заболевания она не может.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на четырнадцатом году, установились сразу и приходили всегда через 4 недели по 5 дней без болей и в небольшом количестве. Последние месячные были 8 недель тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж около года тому назад, при чем каких-либо заболеваний половых органов в это время не отмечает.

4. *Беременность и их исходы.* Ни выкидышей, ни родов не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Как уже было сказано, больная обратилась в амбулаторию с целью выяснить вопрос относительно беременности и никаких жалоб, кроме тошноты по утрам в течение последнего месяца, не имела.

6. *Болела ли раньше?* Кроме постоянной склонности к бронхитам и перенесенного однажды еще в молодости воспаления легких других болезней она не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Всегда кишечник работал правильно.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Последние 5—6 недель стала замечать учащенные позывы.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* При поступлении в клинику обнаружено следующее: больная среднего роста (162 см), правильного сложения, плохого питания (вес 53 кг); температура, пульс и дыхание никаких отклонений от нормы не представляют; тоже и кровяное давление. Язык чистый, влажный. Груды развиты слабо, околосоковые кружки не резко пигментированы. Монтгомеровы железки ясно выступают; выдавить каплю молозива не удается. Кожа и видимые слизистые оболочки бледноваты. При осмотре, ощупывании и перкуссии живота ничего ненормального определить не удается.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты недостаточно; малые губы выступают из-за больших; консистенция на половых частях развита слабо. Слизистая оболочка влагалищного входа имеет застойный характер; из влагалища имеется немного беловатых выделений, ладьевидная ямка глубокая.

При бимануальном исследовании влагалище оказывается довольно узким и коротким; влагалищная часть имеет форму острого конуса и несколько удлинена; консистенция ее мягковата; наружный зев в виде поперечной щели обращен кзади от проводной оси таза и несколько вправо. Тело матки несколько увеличено, но не соответствует сроку возможной беременности, мягкой консистенции, отклонено несколько влево, в антеверзии и образует с шейкой открытый кпереди угол нормальной величины; подвижность матки свободная. Левые придатки определяются на соответственном месте и изменений не представляют. Справа, на уровне внутреннего зева, от матки отходит какое-то тело круглой формы, мягкое, величиною в мандарин, не болезненное при ощупывании, подвижное, но связанное с маткой довольно широкой ножкой; сбоку и несколько кзади от этого тела прощупывается яичник нормальной величины; трубу и круглую связку определить не удается. Клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают.

При повторном исследовании через две недели матка очень мало увеличилась, но названное тело стало заметно больше, достигая величины апельсина; форма и консистенция его остались прежними, а подвижность стала еще свободнее; кроме того, усилился цианоз слизистой оболочки влагалищного входа и изменения груди стали тоже более резкими.

3. *Лабораторные исследования.*

а. Исследование мочи.

Суточное количество в среднем 1800 куб. см; удельный вес 1017; цвет соломенно-желтый, прозрачность полная; ни белка, ни других каких-либо патологических элементов не обнаружено.

б. Исследование крови.

Количество эритроцитов 4.200.000 в куб. мм; количество гемоглобина 72%; показатель окраски 0,84. Количество лейкоцитов 7.400 в куб. см, лейкоцитарная формула и картина Арнета нормальны; со стороны других физико-химических свойств крови отклонений от нормы тоже не обнаружено, кроме ускорения оседания эритроцитов, достигающего 1 ч. 55 м.

с. Биологические реакции.

Реакция с флоридзином дала положительный результат.

Располагая всем запасом данных, полученных как из анамнеза нашей больной, так и при исследовании ее, мы должны подвергнуть их критической оценке, чтобы установить правильное распознавание и сообразно диагнозу, если это потребуется, наметить план лечения.

Причина, побудившая больную обратиться за врачебным советом, заключалась в желании выяснить вопрос о наличии беременности, и наша задача состояла бы только в том, чтобы подтвердить или отвергнуть это предположение, если бы при исследовании больной не возникло подозрения на неправильную беременность.

Таким образом, вопрос осложнился, и перед нами возникают уже три задачи: во-первых, мы должны выяснить вопрос о наличии беременности вообще, во-вторых, если существование беременности здесь будет признано, мы должны решить, правильная ли она, или нет, и, на-

конец, в-третьих, если беременность будет признана неправильной, нам придется выяснить характер этой неправильности.

Начнем с первого вопроса, т.-е. распознавания беременности вообще.

В настоящем случае не представляется затруднений решить его в положительном смысле, так как в пользу беременности говорит целый ряд признаков, именно: больная отмечает отсутствие месячных в течение 8 недель и тошноту по утрам в течение последнего месяца, а также



Вид сверху.



Вид спереди.

Рис. 27. Данные, полученные при бимануальном исследовании.

позывы к учащенному мочеиспусканию; при исследовании больной отмечено ясное выступание Монгмеровых железок в области околососковых кружков, слизистая оболочка влагалищного входа обнаруживает признаки застойной гиперемии, влагалищная часть и тело матки имеют мягкую консистенцию, тело матки несколько увеличено; наконец, реакция с флоридзином дала положительный результат.

Признав на основании приведенных данных у нашей больной факт существования беременности установленным, перейдем ко второму вопросу, т.-е. к выяснению ее правильности.

В этом отношении нам приходится отметить два обстоятельства, говорящие против нормального развития беременности

Во-первых, увеличение матки не соответствует сроку беременности согласно продолжительности аменореи, именно, матка меньше, чем ей надлежит быть.

Во-вторых, справа от матки в малом тазу располагается какое то тело, связанное с нею довольно широкой ножкой, которая начинается на уровне внутреннего зева.

Первое обстоятельство может быть истолковано или в том смысле, что беременность наступила не в связи с бывшими последний раз месячными, а совпала с первыми отсутствующими месячными, или же приходится допустить, что плодное яйцо развивается не в полости матки, т.-е. имеется внематочная беременность.

Второе обстоятельство, состоящее в нахождении в области таза упомянутого образования, связанного с маткой, говорит или за наличие опухоли правых придатков того или иного происхождения, или за ту или другую форму внематочной беременности.

Так как оба обстоятельства, которые заставляют нас предположить здесь неправильную беременность, допускают возможность существования внематочной беременности, то мы и должны признать это объяснение наиболее вероятным, и нам остается только решить третий вопрос, именно, выяснить форму внематочной беременности у нашей больной.

Однако, принимая во внимание, что имеющиеся данные недостаточны, чтобы с полной уверенностью исключить здесь нормальную маточную беременность, комбинирующуюся с опухолью правых придатков, остановимся несколько подробнее на том образовании, которое мы определили в тазу рядом с маткой для того, чтобы выяснить его характер.

Как уже было указано, оно представляет собою круглое тело величиною в мандарин, мягкой консистенции, не болезненное при ощупывании, подвижное и связанное с маткой довольно широкой ножкой, начинающейся на уровне внутреннего зева; сбоку и несколько сзади от него определяется, повидимому, яичник нормальной величины; труба и круглая связка не определяются.

Благодаря круглой форме этого тела его скорее всего можно счесть за кисту яичника, но здесь мы сейчас же наталкиваемся на ряд противоречий. Во-первых, имеющаяся в данном случае ножка начинается на несоответствующем месте, так как при кисте яичника она образована яичниковой связкой *ligamentum ovarii proprium*, которая начинается от угла матки, а не на уровне внутреннего зева; кроме того, ножка, обыкновенно, менее массивна; во-вторых, консистенция кисты яичника, обыкновенно, более туго-эластическая, в то время, как здесь она мягкая; в-третьих, позади и сбоку от названного тела определяется другое небольшое тело, напоминающее собою яичник.

Кроме новообразования яичника здесь мог бы возникнуть вопрос о воспалительной опухоли яичника или о *ruovarium'e*, однако, против этого предположения говорит, с одной стороны, упомянутый уже характер ножки и консистенция, а с другой стороны, отсутствие воспалительных изменений как в данный момент, так и вообще в анамнезе.

Далее, здесь можно было бы допустить существование опухоли в правой трубе, но против этого говорит форма опухоли. Если бы мы имели в настоящем случае опухоль трубы, то она должна была иметь

форму колбасовидную или в виде реторты и начинаться от угла матки; а так как опухоли в трубе в большинстве случаев воспалительного происхождения, то и анамнез должен был носить в себе соответствующие указания на перенесенный воспалительный процесс.

Наконец, речь могла бы идти о паровариальной правосторонней кисте. В таком случае мы могли бы определить кроме опухоли и соответствующий яичник, как это и было в данном случае, но консистенция опухоли и ее отношение к матке было бы иное. Во-первых, паровариальная опухоль тонкостенна и поэтому упруго эластична, а во-вторых, она не связана с маткой посредством ножки.

Итак мы видим, что ни одна из обычно встречающихся форм опухолей придатков не отвечает тем данным, которые мы нашли при исследовании нашей больной, поэтому мы возвратимся к уже высказанному нами предположительно диагнозу внематочной беременности и постараемся выяснить, не окажется ли между различными видами внематочной беременности такой, которая соответствовала бы характеру найденной нами здесь опухоли,

Говоря о внематочной беременности, прежде всего имеют в виду трубную беременность в том или ином отделе трубы, при чем следует отметить, что в настоящем случае приходится считаться только с ненарушенной трубной беременностью.

Принято различать три разновидности трубной беременности, именно: *graviditas tubaria interstitialis, isthmica и ampullaris*.

В первом случае беременность развивается в маточном отрезке трубы, при чем плодovместилище не имеет ножки и, помещаясь в толще стенки угла матки, вызывает асимметрию последней. Во втором и третьем случае плодovместилище может иметь более или менее выраженную ножку, образованную маточным концом трубы, но эта ножка начинается от соответствующего угла матки, а не в области внутреннего зева, как в настоящем случае. Кроме того, плодovместилище имеет овальную форму, своим большим диаметром расположенным по длине трубы.

Из сказанного видно, что характерные признаки найденного нами у больной тела, расположенного в малом тазу, не соответствуют тем данным, которые имеются при трубной беременности.

Кроме трубной беременности различают еще брюшинную беременность, яичниковую беременность и беременность в рудиментарном роге матки.

Что касается первой из только что названных форм, то она, во-первых, чаще встречается в виде вторичной формы, развившейся вследствие нарушения какого-либо из других видов внематочной беременности, поэтому в анамнезе должны иметься соответствующие данные, указывающие на нарушение беременности в виде болей, обморока и т. д., во-вторых, брюшинная беременность не имеет ножки и лишена подвижности.

Вторая из названных форм, т. е. яичниковая беременность, всегда клинически протекает, как трубная беременность и поэтому обладает всеми ее признаками, и только после операции иногда только путем микроскопического исследования удается точно установить правильное распознавание.

Третья форма, именно, беременность в рудиментарном роге матки, напротив, обладает довольно характерными признаками, и хотя *Шпигельберг* в 1885 году категорически заявил, что беременность в зачаточном роге нельзя диагностировать, и что даже на трупе не легко

поставить дифференциальную диагностику с трубной беременностью, уже в 1911 году *Бекман* указывает, что из 24 собранных им случаев диагноз был правильно поставлен в 7 случаях; кроме того, в 1912 году *Абуладзе* опубликовал еще один случай правильной диагностики, а в 1914 году *Шербина* приводит два случая беременности в рудиментарном роге матки, при чем в одном из них правильный диагноз был поставлен до операции. Таким образом, из опубликованных до 1914 года 150 случаев беременности в рудиментарном роге правильный диагноз до операции был поставлен 9 раз, т. е. в 6 % случаев.

Из этого мы видим, что распознавание при этой форме внематочной беременности представляет значительные трудности и, во всяком случае, оно не так просто, как находит *Абуладзе*.

Последний автор при наличии внематочной беременности обещает безошибочно ставить диагноз беременности в зачаточном роге матки на основании только безболезненности и подвижности плодместилища. Однако, *Werth* и другие авторы не придают этим признакам безусловно решающего значения и вместе с *Бекманом* гораздо больше считаются с признаком *Pfannenstiel'*a, который состоит в том, что снаружи от плодместилища удается прощупать круглую связку. Но надо иметь в виду, что прощупать круглую связку удается далеко не в каждом случае, и, повидимому, это достигается легче при доношенной или вообще более поздней беременности. Так, например, правильные диагнозы были поставлены на основании этого признака *Оттом* и *Linder'*ом, при чем в обоих случаях была доношенная беременность.

Наиболее надежным диагностическим признаком служит в определенных случаях характер ножки и ее отношение к небеременной половине матки; например, в первом случае *Шербиной* ножка, связывающая небеременную половину матки с круглой опухолью, расположенной в малом тазу, начиналась на уровне внутреннего зева в виде довольно широкого образования. Но и этот признак не всегда одинаково выражен, так как ножка может быть весьма различной толщины и длины и под влиянием беременности она может быть настолько размягчена, что прощупать ее совершенно не удастся.

В первые месяцы беременности, когда плодместилище еще находится в малом тазу, довольно характерным оказывается взаимное расположение небеременной части матки и беременного рудиментарного рога, именно, они обычно располагаются в расходящемся снизу вверх направлении.

В более поздние периоды беременности плодместилище перемещается из малого таза в свободную брюшную полость и по мере увеличения занимает симметричное положение, при чем небеременная матка оттесняется книзу и располагается в резкой антеверзии или ретроверзии, нередко симулируя собою опухоль половых органов, например, узел фибромиомы. В этих случаях правильному распознаванию помогают два обстоятельства: во-первых, доказать наличие беременности в том образовании, которое находится в полости живота не трудно, благодаря признакам со стороны плода, как движение и сердцебиение его; кроме того, иногда удается вызвать сокращение стенки плодместилища; во-вторых, выяснить характер находящегося в малом тазу тела и убедиться, что это небеременная половина матки, можно посредством зондирования.

В тех случаях, когда плод успел погибнуть, распознавание становится более трудным, но здесь может помочь делу выделение из небере-

ременной части матки слепка децидуальной оболочки, формой своею напоминающего полость матки.

В некоторых случаях, например, в описанном *Бекманом* случае, правильное распознавание облегчается наличием раздвоения влагалища или остатка перегородки, что позволяет предполагать раздвоение и вышележащих дериватов Мюллеровых нитей.

Перечислив по возможности все признаки, характеризующие собою беременность в рудиментарном роге матки, мы должны признать, что каждый из них, взятый в отдельности, не является абсолютным; так, например, круглую связку удаётся определить преимущественно в поздние сроки беременности; ножка, связывающая рудиментарный рог со второй половиной матки, может быть весьма различна по длине, консистенции и толщине; зондирование может дать тот же результат, как и при интерстициальной или вообще внематочной беременности и т. д.; поэтому приходится считаться с совокупностью целого ряда признаков.

Возвращаясь к нашей больной, мы можем отметить следующие из них: находящееся в малом тазу круглое тело связано с маткой довольно широкой ножкой, начинающейся от матки на уровне внутреннего зева; тело матки отклонено несколько влево, т. е. в противоположную сторону; опухоль довольно подвижна и безболезненна; круг-

лые связки не определяются; раздвоения влагалища нет; в виду раннего срока беременности признаков со стороны плода обнаружить не удастся; так как в виду увеличения размера матки не исключалась возможность маточной беременности, зондирование не было произведено.

Из сказанного видно, что допустить в настоящем случае наличие беременности в рудиментарном роге матки мы могли только с известной вероятностью, поэтому вполне естественно наше решение



Интерстициальная беременность.



Беременность в добавочном роге.

Рис. 28.

поместить больную в клинику для дальнейшего наблюдения, тем более выжидание при беременности в рудиментарном роге матки для больной менее опасно, чем при других формах внематочной беременности, так как ее нарушение обычно происходит более поздно, чаще в периоде между тремя и шестью месяцами.

При повторном исследовании через две недели нами были получены следующие данные: матка очень мало увеличилась, в то время, как лежащее с нею рядом в малом тазу тело стало заметно больше и достигло величины апельсина; форма и консистенция его остались прежними, а подвижность стала еще свободнее.

На основании этих данных диагноз беременности в правом рудиментарном роге матки стал из предположительного достоверным и, установив наш диагноз, как *graviditas corni rudimentarii dextri uteri*, мы должны определить наше отношение к этой аномалии беременности и наметить план лечения.

Но для того, чтобы все наши заключения было строго обоснованы, мы должны прежде всего, точно установить, что принято понимать под „беременностью в рудиментарном или зачаточном роге матки“, и какие анатомические изменения происходят в нем под влиянием беременности.

Впервые беременность в зачаточном роге матки описана *Mauriceau* и *Vassal'em* в 1669 году, а вполне точно она установлена *Stolz'em* в 1832 году и *Rokitansk'im* в 1842 году. Сперва число этих случаев эктопической беременности накапливалось в литературе весьма медленно, и до 1888 года их было описано всего 33. Затем благодаря усовершенствованию гинекологической диагностики число их стало возрастать значительно быстрее и в 1814 году по данным *Щербиной* их насчитывается уже 150, что, однако, по сравнению с числом внематочных беременностей вообще составит только небольшие доли процента.

В настоящее время понятие о беременности в зачаточном или рудиментарном роге матки установлено вполне точно, именно, недоразвитый рог матки характеризуется тем, что он является замкнутым в нижнем своем отделе; с нормально развитым рогом матки он не сообщается, а соединяется с ним посредством тяжа, не имеющего вовсе просвета, или имеющего просвет, который может быть обнаружен только при помощи микроскопа; недоразвитый рог имеет свою трубу и яичник и от наружного его конца отходит круглая связка; мускулатура его развита слабо, а местами, по наблюдению *Бекмана*, она почти совершенно вытеснена соединительной тканью; полость в нем не большая и выслана недоразвитой слизистой оболочкой.

Возникает эта аномалия в развитии матки еще в первые месяцы внутриутробной жизни плода вследствие недостаточного образования просвета в одной из Мюллеровых нитей и неполного их слияния, которое здесь происходит только в области нижней и отчасти средней их трети.

Благодаря этим несовершенствам анатомического строения рудиментарного рога матки возникает целый ряд уклонений в его физиологической функции; так, например, слизистая оболочка зачаточного рога вследствие своего недоразвития не дает отделения крови во время месячных или дает его только в исключительно редких случаях; иначе мы бы имели в каждом случае зачаточного рога образование *haematometr'y* в нем, благодаря отсутствию свободного оттока крови, в то время, как на деле это наблюдается очень редко; способность

к зачатию тоже значительно понижена, так как полное отсутствие сообщения с полостью цервикального канала и второго рога матки или наличие микроскопического канала делает проникновение сперматозоидов в соответствующую трубу совсем или почти невозможным, и имплантация оплодотворенной яйцевой клетки в зачаточном роге возможна только путем перехода сперматозоидов или оплодотворенного уже яйца с противоположной стороны; наконец, зачаточный рог не соответствует назначению плодместилища, во-первых, потому, что недоразвитая слизистая оболочка не может способствовать образованию нормальной децидуальной оболочки и благодаря этому ворсинки хориона приобретают возможность беспрепятственно проникать в толщу мышечной стенки, хотя при этом и не происходит полного ее проредания, как при трубной беременности, но истончение мышцы способствует возникновению разрыва плодместилища; во-вторых, значительное количество соединительной ткани в стенке зачаточного рога



Рис. 29. Беременность в левом добавочном роге.

не дает ему возможности гипертрофироваться в достаточной степени в первые месяцы беременности, благодаря чему в дальнейшем происходит перерастяжение и истончение отдельных участков стенки и наклонность к разрыву.

Уяснив себе сущность анатомических изменений, происходящих в рудиментарном роге при наличии в нем беременности, нам уже не трудно будет установить наше отношение к этой форме эктопической беременности.

Так как роды естественным путем при беременности в рудиментарном роге матки совершенно невозможны и, так как беременность при этом в большинстве случаев нарушается преждевременно, обычно в периоде между третьим и шестым месяцем беременности, представляя очень серьезную опасность для больной, то не может быть спора о том, что наше оперативное вмешательство здесь оказывается неизбежным, и весь вопрос будет сводиться только к выбору наиболее подходящего для него времени.

Большинство гинекологов, например, *Бекман*, *Витт* и другие, предлагают применять оперативное лечение без выжидания, как только

будет выяснен диагноз, считая последнее опасным для больной; напротив, *Абуладзе* рекомендует путем выжидания достигнуть жизнеспособности плода и только тогда произвести кесарево сечение; свою точку зрения он основывает на том обстоятельстве, что по статистике *Werth'a* из 100 случаев беременности в роге матки вообще, в 9 случаях, относящихся несомненно к беременности в зачаточном роге, были получены жизнеспособные дети. Однако, если мы с одной стороны, представим себе ту опасность, которую представляет собою выжидание для матери, а с другой стороны примем в соображение, что по наблюдениям *Winkel'a* у 50% детей, развивающихся вне матки, имеются различного рода уродства и дифформации, то мы не можем не согласиться со мнением *Щербиной*, что выжидание принесет вероятный вред матери и даст крайне сомнительную надежду на получение живого и правильно развитого плода; поэтому оно может быть допущено только по настоятельному требованию матери, при чем если она согласится все время беременности находиться под наблюдением врача в больничной обстановке.

Оставляя в стороне эти исключительные случаи, мы будем держаться точки зрения большинства и в нашем случае будем настаивать на безотлагательном оперативном вмешательстве, признавая здесь диагноз беременности в зачаточном роге установленным.

Что касается техники операции, то она должна производиться путем брюшностеночного чревосечения, независимо от того, имеются ли уже признаки нарушения беременности или нет, при чем должен соблюдаться возможный консерватизм, именно, следует удалять только беременный рог, сохраняя придатки с обеих сторон и небеременный рог, так как, во-первых, в дальнейшем не исключается возможность нормальных родов, а во-вторых, надвлагалищная ампутация обоих рогов матки или одновременное удаление придатков, соответствующих беременному рогу, несколько не ускоряет производство операции.

Самый способ удаления беременного рога матки ничем существенным не отличается от обычной надвлагалищной ампутации матки; различие состоит только в том, что приходится перевязывать сосуды: *ramus tubarius*, *ramus ovarii* и *ramus lig. rotundi*, с одной, а не с обеих сторон.

Культи трубы, яичниковой связки, круглой связки и ножки, соединяющей беременный рог со второй половиной матки, должны быть тщательно перитонизированы по общим правилам.

Намеченного плана операции мы будем держаться и в данном случае.

Внематочная беременность второй половины.

История болезни седьмой больной следующая:

Больная С. И., 34 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику поступила неделю тому назад из-за сильных болей в животе, особенно справа, в верхней его части.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Болела ли чем в детстве, больная указать не может.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и приходили всегда правильно через 4 недели по 3 дня без болей и не обильно; последние месячные были восемь с половиною месяцев тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж на двадцатом году и каких-либо заболеваний половых органов в это время не отметила.

4. *Беременности и их исходы.* Всего имела 5 беременностей, все закончились срочными нормальными родами; первая беременность наступила вскоре после замужества; последние роды были 6 лет тому назад. Всех детей больная сама кормила до года. Вторые и последние роды осложнились в послеродовом периоде лихорадочным заболеванием, вследствие чего больно́й пришлось лежать первый раз 2 недели, а последний раз около месяца, характер заболевания она выяснить не может. По словам больной восемь с половиною месяцев тому назад она снова забеременела, при чем первые четыре месяца она чувствовала себя хорошо; в начале пятого месяца у нее без видимой причины появились сильные боли внизу живота справа, сопровождавшиеся головокружением и рвотой; спустя два дня появилось отделение крови в умеренном количестве и выделился порядочной величины сгусток; температура была повышена до 38 градусов; больная около двух недель провела в постели и приглашенный врач высказал предположение о возможности начинающего выкидыша и воспалении червеобразного отростка. Постепенно состояние больной улучшилось; беременность продолжала развиваться дальше, и больная вскоре начала чувствовать движение плода, но со времени этого заболевания она постоянно жаловалась на боли в животе справа, которые ощущались особенно сильно в связи с движением плода. В остальном беременность развивалась дальше без особых осложнений.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная относит начало своего заболевания к пятому месяцу беременности, когда имело место

упомянутое уже осложнение; так как она жила вне города и обращаться к врачу было трудно, то она терпела до тех пор; когда боли стали трудно переносимы и, наконец, приехала в Ленинград и поступила в клинику.

6. *Болела ли раньше?* Кроме упомянутых заболеваний после вторых и последних родов больная других болезней не указывает.

7. *Отправления кишечника.* Больная всегда жаловалась на склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Мочеиспускание правильное.

II. Status praesens.

1. Данные общего исследования.

Больная среднего роста (158 см), правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 58 кг). Температура держится в пределах 36,8 до 37,3 градусов, пульс 90 ударов в минуту; число дыханий 20 в минуту; кровяное давление в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен. Грудь дряблые, околососковые кружки резко пигментированы, Монтгомеровы железки ясно выступают, легко удаётся выдавить каплю молозива. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Живот равномерно выпячен; окружность его на уровне пупка равна 92 см, при пальпации живот мало болезнен; в нём определяется тело овальной формы, напоминающее собою матку и своим верхним краем доходящее до нижнего края ребер; вызвать сокращение стенок этого тела посредством растирания не удаётся; в верхнем правом его сегменте отчетливо прощупываются мелкие части плода; головка плода стоит подвижно над тазовым входом, спинка его обращена влево; рукою и глазом ясно определяются движения плода; при выслушивании слева ниже пупка хорошо определяется сердцебиение плода, имеющие 144 удара в минуту. Размеры таза нормальны.

2. Данные гинекологического исследования.

Наружные половые органы и волосистость на них развиты правильно; половая щель зияет; слизистая оболочка влагалищного входа синопшная; выделений из влагалища нет.

При внутреннем исследовании влагалищная часть стоит высоко, смещена влево и несколько кзади; наружный зев пропускает кончик пальца; через передний и правый свод влагалища ясно определяется предлежащая часть, именно, головка плода, стоящая подвижно над тазовым входом; позади и несколько влево от нее определяется довольно высоко в тазу плотноватое тело, величиною в небольшой кулак, по форме напоминающее собою тело матки; у левого его угла не ясно определяются придатки. Клетчатка и брюшина таза свободны.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи.

Суточное количество в среднем 1650 куб. см, удельный вес 1018, цвет соломенно-желтый, прозрачность полная. Имеется белок в виде следов; сахара и других патологических элементов не найдено. При исследовании осадка, полученного в очень небольшом количестве, найдены клетки эпителия мочевого пузыря и лейкоциты по одному-два в поле зрения микроскопа; цилиндры не обнаружены.

б. Исследование крови.

Число эритроцитов равно 4100 в куб. миллиметре; количество гемоглобина равно 70%; показатель окраски равен 0,84; количество лейкоцитов слегка увеличено, до 8600 в к. мм, лейкоцитарная формула и

картина Арнета нормальны; со стороны других физико-химических свойств крови ничего ненормального не обнаружено, скорость оседания эритроцитов 1 час 40 мин.

с. Биологические реакции.

Реакция с флоридзином дала отрицательный результат.

Приступая к разбору настоящего случая на основании собранных нами данных, мы прежде всего должны обратить наше внимание на то обстоятельство, что наша больная, считающая себя беременной около восьми с половиною месяцев, обратилась в клинику по поводу сильных болей, которые продолжают уже в течение четырех месяцев и со временем становятся все более интенсивными.

Таким образом, наша ближайшая задача должна состоять в том, чтобы, во-первых, убедиться в наличии беременности и в том, на-



Данные наружного исследования. (Членорасположение плода).

Данные внутреннего исследования. (Отношение матки к плодместилищу).

Рис. 30.

сколько она правильна, а во-вторых, выяснить причину болей и связь их с беременностью.

Что касается первого вопроса, т.-е. установления наличия беременности, то в настоящем случае он решается просто, так как мы имеем здесь безусловные признаки ее, как определяемые рукой и глазом движения плода и определяемое выслушиванием сердцебиение плода, не говоря уже о целом ряде относительных признаков, именно: пигментации околососковых кружков, резком выступании Монтгомеровых железок, получении капли молозива, увеличении живота соответственно сроку беременности и, наконец, определении, как при наружном, так и при внутреннем исследовании, отдельных частей плода.

Итак, беременность здесь должна считаться прочно установленной.

Второй вопрос, касающийся правильного развития беременности в данном случае, напротив, представляется здесь далеко не таким простым и легким.

Хотя мы при исследовании можем здесь констатировать наличие живого плода, по своим размерам отвечающего сроку беременности в восемь с половиною месяцев и находящегося в правильном положении, но на ряду с этим имеются такие данные, которые заставляют нас подозревать, что беременность развивается не вполне правильно.

Данные эти состоят в следующем: влагалищная часть матки стоит высоко и смещена влево; позади и несколько влево от стоящей подвижно над тазовым входом головки определяется довольно высоко в тазу плотноватое тело, величиною в небольшой кулак, по форме напоминающее собою тело матки; вызвать сокращение стенок плодo-местилища при растирании рукою через брюшную стенку не удастся; наконец, стенки плодo-местилища настолько тонки, что через них отчетливо удастся прощупать мелкие части плода.

Остановимся несколько подробнее на приведенных данных и постараемся дать им критическую оценку.

В первую очередь нами было отмечено асимметричное расположение влагалищной части матки; в последние месяцы беременности она обычно стоит довольно высоко в тазу по средней его линии и смещена кзади, здесь же наблюдается, кроме того, смещение ее в левую сторону; само по себе это обстоятельство не является решающим в каком либо отношении, так как неправильное положение влагалищной части может зависеть от рубцовых изменений в клетчатке таза и в крестцово-маточных связках, но на ряду с другими данными оно может говорить за эктопическое развитие беременности.

Далее нами было отмечено, что рядом с предлежащей головкой, несколько влево и кзади от нее, определялось в тазу плотное тело, величиною в кулак и напоминающее собою по форме тело матки. Объяснить его происхождение мы можем двояко: или это тело представляет собою опухоль, чаще всего миому, развившуюся в нижнем сегменте матки, или оно является истинным телом матки, в то время, как плодное яйцо развивается внематочно. Установить правильное распознавание при этом нередко бывает трудно, и описан ряд ошибок в диагнозе, например, в случае *Fritch'a* ошибочно было определена внематочная беременность там, где ее не оказалось, и, наоборот, в случае *Schaut'a* и *Vilson'a* было приступлено к искусственному родоразрешению *per vias naturales* при наличии внематочной беременности. Облегчить правильное распознавание здесь может исследование больной под наркозом; однако, в некоторых случаях внематочной беременности соотношения плодo-местилища и небеременной матки могут быть таковы, что отграничить их один от другого даже под наркозом оказывается невозможным; при таких условиях выяснить истинное положение дела может только зондирование матки; но в виду опасности нарушить маточную беременность, этот прием допустим только тогда, когда подозрение на эктопическое развитие беременности достаточно обосновано. Что касается нашей больной, то мы пока ограничимся только тем, что будем учитывать определение названного тела рядом с головкою плода, как одно из доказательств, которое на ряду с другими будет говорить за возможность здесь внематочной беременности.

Третьим обстоятельством, заставляющим нас предположить здесь неправильное развитие беременности, нами было названо отсутствие сокращений стенок плодовместилища при растирании их рукою через брюшную стенку. Как известно, мы пользуемся этим признаком при дифференциальной диагностике между опухолями брюшной полости и беременной маткой, так как мышечная стенка последней дает сокращения, в то время, как стенки опухолей этой способностью не обладают. Поэтому отсутствие сокращений стенок плодовместилища в данном случае заставляет нас заподозрить, что они не состоят из мышечной ткани матки, и что беременность, следовательно, развивается внематочно.

Наконец, нами было указано, что стенки плодовместилища настолько тонки, что через них чрезвычайно легко удается прощупать отдельные части плода. Хотя этот признак сам по себе и не является решающим в каком-бы то ни было отношении, так как то же самое приходится нередко наблюдать у многорожавших с растянутой, дряблой брюшной стенкой и истонченной стенкой матки, но в совокупности с другими признаками он тем не менее должен учитываться, как говорящий в пользу эктопического развития плода.

Итак, мы видим, что ни одно из приведенных данных не позволяет нам высказаться определенно в отношении диагноза, но все они допускают вероятность развития беременности внематочно.

Остановившись пока на этом заключении, имеющем только предположительное значение, перейдем ко второму из поставленных нами вопросов, именно, к выяснению причины болей, из-за которых больная и обратилась в клинику, и к установке связи их с имеющейся беременностью.

Бекман в своей статье о внематочной беременности последних месяцев придает очень большое диагностическое значение болям и говорит: „Если женщина беременная в последние месяцы жалуется на сильные боли в животе, то всегда следует думать о внематочном развитии плода“.

Важное диагностическое значение болям при распознавании внематочной беременности придается и другими авторами, хотя надо иметь в виду, что они могут встречаться и при маточной беременности, осложненной различными воспалительными изменениями в тазу; поэтому *Рыжков* правильно отмечает, что диагностическая ценность их увеличивается в том случае, если можно установить их зависимость от движений плода.

Наша больная определенно отмечает, что боли в животе ощущаются особенно сильно при движениях плода, при чем с течением беременности они вообще постепенно усиливались и за последнее время стали почти невыносимы. Таким образом, здесь боли скорее всего говорят за наличность внематочной беременности; однако, с другой стороны, вспоминая анамнез нашей больной, мы находим указание на то, что два раза послеродовые периоды были осложнены какими-то воспалительными заболеваниями, при чем после последних родов она болела около месяца; поэтому здесь нельзя исключить вполне наличности в брюшной полости сращений между маткой и кишками или другими соседними органами, и боли могут зависеть от этих хронических изменений в брюшине.

Вообще происхождение болей при внематочной беременности последних месяцев объясняют различно; иногда они могут зависеть

просто от растяжения плодместилища, например, в случаях ненарушенной трубной беременности, в других случаях они являются результатом образования воспалительных спаек и сращений между плодным мешком и брюшными органами; *Бекман* объясняет в своих случаях происхождение болей механическим раздражением брюшины движениями плода, свободно лежащего в брюшной полости.

Таким образом поставленный нами вопрос о происхождении болей в данном случае и об их отношении к имеющейся беременности получает следующее разрешение: они несомненно связаны с наличием беременности и заставляют нас заподозрить здесь эктопическое ее развитие.

Из всего сказанного с достаточной ясностью вытекает, что возможность у нашей больной внематочной беременности становится весьма вероятным, поэтому мы и остановимся сейчас на диагнозе:

graviditas extrauterina menses VIII.

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы подтвердить этот диагноз, и, в случае, если это удастся, выяснить форму внематочной беременности и наметить план нашего отношения к больной.

Как известно, первый случай доношенной внематочной беременности с живым плодом был опубликован *Müller*'ом в 1809 году. Начиная с этого времени и до 1914 года *Бекманом* собрано в литературе 230 случаев внематочной беременности последних месяцев, а за последние годы в литературе наберется еще несколько десятков случаев, что доказывает, какой небольшой процент этих случаев приходится наблюдать по отношению к общему количеству внематочных беременностей.

Знакомясь с литературой о внематочной беременности последних месяцев, прежде всего поражаешься обилием диагностических ошибок, что объясняется трудностью распознавания, поэтому приходится согласиться с *Sittner*'ом, который замечает, что глава о доношенной внематочной беременности есть вместе с тем глава диагностических ошибок.

Трудность распознавания заключается не в том, чтобы определить наличие беременности, а в том, чтобы выяснить ее расположение, при условии, однако, что плод живой.

Признаки, которыми здесь приходится руководствоваться, сводятся к следующему: во-первых, возможность более или менее полного ограничения небеременной матки от плодместилища; во-вторых, ясное определение частей плода под брюшными покровами, и, в-третьих, сильные боли в животе в последние месяцы беременности, особенно, если они связаны с движениями плода.

К этим основным признакам следует добавить наблюдаемое в некоторых случаях смещение влагалищной части кверху или в ту или другую сторону и отсутствие рефлекторного сокращения стенок плодместилища при механическом раздражении их через переднюю брюшную стенку.

Кроме того, *Бекман*, обращает внимание, как на один из признаков доношенной внематочной беременности, на ложные родовые боли, которые обычно появляются несколько раньше срока родов, и несмотря на то, что они продолжают долго, не вызывают раскрытия зева.

Наконец, как на одно из крайне редких явлений, наблюдающихся при внематочной беременности последних месяцев, можно указать на *hydrorrhoea gravidarum*, описанную *Краснопольским*.

Все перечисленные признаки, взятые в их совокупности, достаточно характерны, чтобы выяснить правильный диагноз, но, к сожалению, только в исключительных случаях они имеются все налицо и выражены с достаточной определенностью, а кроме того они могут наблюдаться и при маточной беременности. Так, например, нами было уже указано, что опухоли, исходящие из половых органов и находящиеся в тазу, могут симулировать небеременную матку; ясное определение частей плода через брюшную стенку хотя и говорит в пользу эктопического развития беременности, но, с одной стороны, оно может наблюдаться и при маточной беременности, если брюшная стенка и стенка матки дряблая и тонкая, а с другой стороны, и при внематочной беременности ощупать части плода совершенно не удается, если брюшная стенка толстая, если имеется сильная болезненность при исследовании или если послед развивается на передней брюшной стенке, как это описано в случае *Рыжкова*; боли, наблюдаемые обычно при внематочной беременности, как было уже сказано, могут зависеть от хронических воспалительных изменений в брюшине и наблюдаются нередко и при маточной беременности; смещение влагалищной части матки тоже иногда может зависеть от перенесенных прежде воспалительных заболеваний клетчатки и брюшины таза; отсутствие сокращения стенок плодовместилища при их механическом раздражении является довольно характерным признаком, но и этот признак теряет свое значение, если плодный мешок образован растянутой трубой и рудиментарным рогом матки и содержит мышечные волокна; наконец, появление ложных родовых болей тоже имеет только относительное значение, так как может иметь место только при доношенной внематочной беременности.

Разобрав все признаки, которыми пользуются при распознавании внематочной беременности, мы должны прийти к выводу, что среди них нет ни одного, который безусловно мог бы решить диагноз, и что даже их совокупность не исключает иногда возможности сомнения, поэтому в тех случаях, где вопрос остается недостаточно выясненным, рекомендуют произвести зондирование матки.

Возвращаясь к нашей больной, мы должны согласиться, что диагноз эктопического развития беременности хотя весьма и вероятен, но не безусловно достоверен, поэтому, имея в запасе только что упомянутый прием, прежде чем им воспользоваться, постараемся объективные диагностические признаки пополнить данными анамнеза, которые тоже не редко могут оказать большую услугу в деле распознавания внематочной беременности.

Просматривая анамнез нашей больной, мы видим, что он в первой своей части не содержит ничего, что могло бы благоприятствовать внематочной беременности, так как детство, наступление половой зрелости и начало половой жизни ничем не осложнялось, и только воспалительные заболевания, сопровождавшие вторые и особенно последние роды, могли бы послужить обстоятельством, благоприятствующим возникновению внематочной беременности.

Переходя к той части анамнеза, которая совпадает с моментом, признаваемым больной за начало ее болезни, мы здесь находим следующие указания: после того, как первые четыре месяца настоящей беременности прошли благополучно, в начале пятого месяца появились без видимой причины сильные боли внизу живота справа, сопровождавшиеся головокружением и рвотой; спустя два дня появилось из

влагалища отделение крови в умеренном количестве и выделился порядочной величины сгусток; температура была повышена до 38 градусов; больная около двух недель провела в постели, и приглашенный врач высказал предположение о возможности начинающегося выкидыша и воспалении червеобразного отростка; затем, состояние больной постепенно улучшилось, беременность продолжала развиваться, но с этого времени больная стала жаловаться на боли внизу живота справа, которые постепенно прогрессировали.

Приведенные данные анамнеза, взятые сами по себе, без отношения к дальнейшей картине болезни, могли отвечать тому диагнозу, который был высказан приглашенным в то время врачом, но они не исключали и другого толкования, т.е. нарушения правосторонней внематочной беременности, и в литературе имеется много указаний на возможность такого рода диагностических ошибок.

Как известно, при начинающемся, например, трубном выкидыше обычно наблюдаются боли внизу живота в соответствующей стороне; при этом часто приходится отмечать головокружение, иногда доходящее до обморока, и из матки выделяется децидуальная оболочка, что сопровождается отделением крови; и несмотря на это беременность может развиваться дальше. Повышение температуры до 38° тоже не представляет здесь исключительной редкости и, вероятно, зависит от раздражения брюшины или от всасывания излившейся в брюшную полость крови.

Таким образом, если анамнез нашей больной и содержит в себе очень мало данных, предрасполагающих к образованию внематочной беременности, то, с другой стороны, заболевание, имевшее место на пятом месяце беременности, довольно характерно и скорее всего говорит в пользу того, что здесь действительно имеется эктопическое развитие беременности.

Имея в своем распоряжении все эти данные, нам остается только окончательно подкрепить наш диагноз, произведя зондирование матки.

Результаты, полученные при зондировании, следующие: введенный в цервикальный канал зонд направлялся влево и несколько кзади и проникал на глубину в 9 см. Таким образом, его направление и глубина проникновения вполне отвечали расположению и величине того тела, которое определялось в тазу рядом с предлежащей частью плода; другими словами, это тело представляло собою небеременную матку, и, следовательно, наш диагноз внематочной беременности должен считаться доказанным.

Однако, имея в виду, что при внематочной беременности имплантация и дальнейшее развитие яйца может происходить в различных отделах не только трубы, но и таза вообще, мы не можем считать диагноз полным до тех пор, пока мы и в данном случае не установим точно место развития яйца и характер плодместилища.

В отношении характера плодместилища *Werth* предлагает все случаи внематочной беременности второй половины разбить на две группы: к первой—он относит те случаи, где беременность развивается в замкнутом плодном мешке, например, в трубе или рудиментарном роге, при чем надо иметь в виду, что трубная беременность последних месяцев наблюдается крайне редко и может иметь место только при имплантации яйца в ампулярной части трубы, являющейся более объемистой; ко второй группе относятся случаи с открытым плодме-

стилищем, при чем плод может находиться в оболочках или лежать свободно в брюшной полости.

Внематочная беременность с открытым плодместилищем в свою очередь может возникать двояким образом, именно, она может образоваться первично или вторично.

К первичной форме внематочной беременности с открытым плодместилищем относятся случаи *graviditas fimbriae ovaricae*, где яйцевая клетка прикрепляется к определенной бахромке трубы, а затем растущее плодное яйцо занимает соседние участки тазовой области; и случаи истинной брюшинной беременности. Что касается последней формы, то в прежнее время, с легкой руки *Hecker'a*, который в своей работе из 196 случаев внематочной беременности второй половины—132 относит к первичной брюшинной беременности, большинство авторов держалось этой же точки зрения. Хотя сейчас, благодаря более детальному анатомическому обследованию каждого случая, ошибочность этого взгляда стала очевидна, тем не менее *Werth* не находит достаточных оснований, чтобы совершенно отвергнуть существование истинной брюшинной беременности, и допускает ее существование, но в исключительно редких случаях.

Значительно чаще приходится наблюдать вторичное образование внематочной беременности с открытым плодместилищем, при чем в этих случаях она развивается следующим образом: или плодное яйцо, находящееся в ампулярном отделе трубы, постепенно растягивает брюшное отверстие трубы, выступает значительной своей частью в брюшную полость, и, наконец, целостность оболочек яйца нарушается, плод выходит в свободную брюшную полость, а послед остается прикрепленным к внутренней поверхности трубы, или же развивающаяся в маточном отделе трубы беременность нарушается посредством разрыва стенки трубы и плод рождается в брюшную полость, в то время, как связь последа с внутренней поверхностью трубы сохраняется; последняя возможность наблюдается исключительно в первые месяцы беременности.

Для выяснения в каждом отдельном случае формы внематочной беременности последних месяцев, кроме данных исследования, имеет большое значение анамнез, так как он помогает нам установить время и характер нарушения беременности, если таковой имел место.

И в нашем случае, благодаря имеющимся в анамнезе указаниям, мы имели возможность установить, что в начале пятого месяца беременности, повидимому, произошло ее нарушение, которое сопровождалось резкими болями и головокружением, т. е. надо думать, что произошел разрыв плодместилища. А так как в громадном числе случаев внематочная беременность развивается в одной из труб, то, вероятно, здесь произошел разрыв стенки трубы и мы, следовательно, имеем внематочную беременность с открытым плодместилищем, образовавшимся вторично.

Высказав предположение, что беременность у нашей больной развивалась в трубе, естественно возникает вопрос о том, в каком отделе трубы произошла имплантация яйца, другими словами, имеем ли мы здесь *graviditas tubaria ampullaris, isthmica* или *interstitialis*.

При трубной беременности второй половины принято, по предложению *Werth'a*, различать в зависимости от формы плодместилища и его отношения к матке две формы: одну с образованием ножки и вторую, имеющую широкое основание.

Первая форма характеризуется тем, что плодovместилище относится к матке подобно опухоли яичника на ножке, при чем матка располагается или в резкой антеверзии или, наоборот, в ретроверзии и отнесена книзу и в сторону; эта форма возможна при развитии беременности в ампулярном отделе трубы.

При этой форме плодovместилище связано с маткой широким основанием, при чем нижний сегмент плодного мешка в большей или меньшей степени опускается в область малого таза, а матка оказывается смещенной кверху и в сторону; эта форма наблюдается при *graviditas isthmica* и *graviditas interstitialis*, при чем в первом случае матку бывает возможно контурировать отдельно от плодного мешка, а во втором случае удается, самое большее, определить один свободный угол матки.

Так как у нашей больной плодovместилище не имело ножки, но тем не менее удавалось рядом с ним определить тело, своєю формой и величиною напоминающее матку, то скорее всего мы должны признать, что здесь имелось первоначально *graviditas isthmica*.

Кроме трубной беременности вопрос здесь мог идти о беременности в рудиментарном роге или в дивертикуле матки.

Что касается первой возможности, то она не может быть вполне исключена на основании данных исследования, но против нее до известной степени говорит, как большая редкость случаев беременности в рудиментарном роге вообще, так и отсутствие ножки, идущей от области внутреннего зева матки.

Беременность в дивертикуле матки тоже представляет очень большую редкость и таких случаев описано до сих пор не более десятка, при чем первый подробно изложен *Schickelé*, который отмечает следующие, характерные для этой формы беременности, признаки: дивертикул обычно находится в области дна матки, поэтому придатки располагаются ниже плодного мешка на их обычном месте; тоже самое приходится сказать и относительно круглых связок; стенка плодного мешка содержит в себе гладкую мускулатуру, и, наконец, всегда имеется широкое сообщение между плодovместилищем и полостью матки: Приведенных данных достаточно, чтобы в нашем случае исключить эту форму беременности.

Итак, наиболее вероятным диагнозом в данном случае будет:

„Вторичная брюшная беременность живым восьмимесячным плодом, развившаяся из нарушенной путем разрыва стенки *graviditas isthmica*“.

Придя к этому диагнозу, мы должны, однако, иметь в виду, что здесь распознавание в значительной мере облегчалось благодаря тому, что плод был живой, и, таким образом, наличие беременности решалось просто.

В тех случаях, когда приходится иметь дело с мертвым плодом при внематочной беременности второй половины, распознавание значительно труднее, так как вопрос идет иногда не только о том, чтобы определить эктопическое развитие беременности, но о наличии беременности вообще; а это нередко чрезвычайно трудно, так как после смерти плода все субъективные и объективные признаки беременности могут совсем исчезнуть и плод может резко деформироваться, благодаря происходящим в нем изменениям, которые могут состоять в мацерации, скелетировании, высыхании и об'извествлении.

Переходя к лечению внематочной беременности второй половины, мы не будем останавливаться на способах, применявшихся в давно

прошедшее время, как, например, умерщвление плода посредством впрыскивания морфия в плодный мешок и т. п., так как все они представляют только исторический интерес. В настоящее время все сходится на той точке зрения, что единственный правильный образ действия представляет здесь оперативное вмешательство.

Однако, принимая это основное положение, как незыблемый закон, акушеры расходятся в вопросе о выборе времени для операции и о способе ее выполнения.

Относительно первого вопроса существует два взгляда, именно, большинство русских акушеров, как, *Отт, Рейн, Снегирев* и другие, придерживаются того мнения, что при прогрессирующей внематочной беременности, зашедшей во вторую половину, не следует торопиться с операцией и необходимо выждать момента, когда можно получить наиболее жизнеспособный плод; другие же акушеры, как: *Werth, Schauta, Bumm, Бекман* и прочие, считают, что операция должна быть произведена сейчас же по установке диагноза, совершенно игнорируя интересы плода, так как выжидание представляет опасность для матери, во-первых, вследствие разрыва плодного мешка, а во-вторых, потому что со временем имеющиеся в брюшной полости сращения становятся более плотными и производство операции делается более затруднительным.

Кроме того, они приводят тот довод, что по исследованиям *Winkel'a* приблизительно у 50% плодов, развивающихся внематочно, наблюдаются различные деформации, особенно часто в области головки.

Правда, *Малиновский* приходит к выводу на основании опубликованных в литературе случаев, что выжидание не ухудшает прогноза, но число случаев, на котором он строит свои заключения, так ограничено, что заключения его мало убедительны. Мне кажется, примирить до известной степени обе точки зрения можно таким образом, если согласиться, что выжидание будет тем более допустимо, чем срок беременности ближе к моменту наступления жизнеспособности плода. Кроме того беременная должна находиться в лечебном учреждении, где ей во всякое время может быть оказана хирургическая помощь. Далее, следует считаться с тем, имеется ли беременность в закрытом или открытом плодместилище и были ли во время беременности явления нарушения ее или нет, так как при наличии закрытого плодместилища и отсутствии указаний на нарушение беременности имеется меньше оснований бояться образования плотных сращений. Наконец, операция должна быть произведена прежде, чем наступит срок родов, так как этот момент связан особенно сильно с возможностью произвольного разрыва плодного мешка.

Что касается техники операции, то до настоящего времени в этом отношении тоже имеется некоторое разногласие, именно, сейчас конкурируют два способа: первый состоит в полном удалении плодместилища и плода, а второй ограничивается извлечением одного только ребенка с оставлением последа и частичным удалением плодместилища.

Допустимость второго способа оправдывается опасностью кровотечения при отделении последа и опасностью поранения тех органов, с которыми связан послед и плодместилище.

Хотя некоторые авторы, например, *Potocki*, держатся того взгляда, что опасность кровотечения может быть вполне исключена, если предварительно перевязать все сосуды, питающие плодместилище и по-

след, т.-е. маточную и яичниковую артерии, однако, надо иметь в виду, что в некоторых случаях очень крупные сосуды направляются к последу позади плодместилища из сальника или брыжейки кишек.

В свою очередь и второй способ не лишен весьма больших опасностей для больной, во-первых, благодаря возможности вторичных кровотечений вследствие отделения последа впоследствии, при чем справиться с этим кровотечением значительно труднее, чем во время операции, а во-вторых, благодаря большой вероятности инфекции вследствие омертвения последа.

На основании приведенных соображений, мне кажется, принципиально должен быть признан только один способ оперативного вмешательства, именно, полное удаление всего плодместилища и последа, а второй способ не должен рассматриваться как самостоятельный метод, а только, как неизбежная уступка, вызванная особенностями каждого данного случая.

Следовательно, всегда надо стремиться к тому, чтобы удалить все плодместилище и послед, и только, если это окажется невозможным из-за опасности поранить кишки или другие органы, можно оставить по возможности малые части последа и плодного мешка.

Этой точки зрения мы будем держаться, приступая к операции нашей больной, при чем здесь нет надобности откладывать операцию, так как плод уже жизнеспособен и нет никаких оснований заставлять больную страдать от тяжелых болей, с которыми она поступила в клинику, тем более, что здесь имеются данные, указывающие, на бывшее нарушение беременности и, следовательно, на возможность образования более прочных сращений в брюшной полости в связи с выжиданием.