

18.1  
Эболотский А.  
Клиника ретен-  
ционных кист фал-  
лопиев. ТРУБ



Заболотский А. П.

618.1

Лечение ретенцион. кист фаллопиевых труб  
расширенной матки

618.1

№ 11176

2012

ВВЕДЕНИЕ.



Изучение болѣзней фаллопиевыхъ трубъ и способовъ леченія ихъ въ ряду другихъ заболѣваній женской половой сферы занимаетъ въ настоящее время довольно видное мѣсто въ гинекологической литературѣ.

Благодаря дружной работѣ въ этомъ направленіи многихъ выдающихся гинекологовъ и хирурговъ (Lawson-Tait, Hegar, A. Martin, Freund, Cornil Terillon, Mangin, Gusserow, Славянскій и многіе другіе), собранъ уже и разрабатывается громадный матеріалъ, правда, носящій еще казуистическій характеръ, требующій для своей разработки массы труда и рукъ, но онъ уже есть, надо лишь привести его въ систему и дать ему стройный видъ.

Самою трудною и вмѣстѣ съ тѣмъ самою необходимою задачею является, между прочимъ, разработка и установка клиническихъ признаковъ различныхъ формъ заболѣваній фаллопиевыхъ трубъ, такъ какъ признаки эти до сихъ поръ носили и носятъ на себѣ болѣе или менѣе вѣроятный характеръ, а прочныхъ, несомнѣнныхъ признаковъ у постели больныхъ мы еще не имѣемъ.

Правда, мы теперь уже умѣемъ дифференцировать нѣкоторыя болѣзни трубъ и главнымъ образомъ кисты, по ихъ характерной формѣ, консистенціи, отношенію къ маткѣ, но здѣсь мы принимаемъ въ соображеніе весь комплексъ болѣзненныхъ признаковъ и указанія самихъ больныхъ, и все же при этомъ мы не гарантированы въ нашемъ диагнозѣ отъ многихъ и частыхъ ошибокъ. Kaltenbach (Tageblatt der 59. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin, von 18 — 24 September 1886, Berlin, 1886, стр. 314) назадъ тому пять лѣтъ высказался такъ: «наши познанія въ пато-

ИНВЕНТАР  
№ 12597

1952 г



логіи трубъ имѣють еще многіе пробѣлы не только въ отношеніи етіологіи, но также и въ отношеніи діагноза и исходовъ заболѣваній. вмѣстѣ съ этимъ невозможна и точная установка показаній».

Профессоръ К. Ф. Славянскій въ своихъ лекціяхъ (Воспаленія и ретенц. кисты фаллоп. трубъ, Журн. ак. и ж. б. 1891) на страницѣ 160, говоря о распознаваніи *pyosalpinx* и перечисляя признаки его, говоритъ, что, принимая во вниманіе данныя объективнаго изслѣдованія и извѣстное сочетаніе припадковъ, такъ какъ каждый изъ нихъ самъ по себѣ не представляетъ ничего патогномическаго, но вмѣстѣ взятые довольно постоянны, можемъ уже съ большею вѣроятностью высказаться... А ниже на нѣсколько строкъ высказывается еще болѣе опредѣленно: «Опредѣленіе характера ретенціонной кисты обыкновенно представляется уже болѣе затруднительнымъ» и дальше на страницѣ 161—«при существованіи обширныхъ сращеній, плотно спаивающихъ кисту трубы съ яичникомъ, діагнозъ нашъ можетъ быть только приблизительнымъ», а на страницѣ 163 уже окончательно высказывается такъ: «несмотря на всѣ вышеприведенныя данныя, все таки еще широко поле для ошибокъ при распознаваніи кистъ трубы и всегда будутъ встрѣчаться случаи трудной и иногда проблематической постановки его».

Такимъ образомъ выводъ изъ сопоставленія взглядовъ на одинъ и тотъ же вопросъ двухъ авторитетныхъ авторовъ ясенъ,—за эти пять лѣтъ мы хотя и двинулись впередъ, но ушли еще недалеко.

Путь, котормъ шла до сихъ поръ и котормъ идетъ теперь эта, такъ сказать, подготовительная работа, былъ и есть по преимуществу хирургическій. Хирургія оказала намъ здѣсь неоцѣненную услугу. Съ тѣхъ поръ какъ, благодаря усовершенствованной хирургической техники, операциі въ брюшной и тазовой полостяхъ приобрѣли право гражданства и сдѣлались обыденнымъ явленіемъ, изученіе болѣзней внутренней половой сферы женщины пошло быстрыми шагами впередъ и гинекологи съ гордостью могутъ указать на рядъ знаменитыхъ именъ лицъ, стяжавшихъ себѣ вполне заслуженную славу своими умѣлыми операциями, число которыхъ



опредѣляется не десятками, а сотнями и даже тысячами. Благодаря неутомимой энергіи этихъ тружениковъ и плодотворной пытливости ихъ ума, изученіе болѣзней трубъ макро и микроскопически на свѣжевырѣзанныхъ, такъ сказать, живыхъ препаратахъ освѣтило многія темныя стороны въ этиологіи, патологической анатоміи и симптоматологіи трубныхъ заболѣваній и опредѣлило патологическую роль трубы относительно сосѣднихъ съ нею органовъ. Словомъ, дѣло быстро пошло впередъ. Теперь остается только ожидать наилучшихъ способовъ леченія для наиуспѣшнѣйшей борьбы со столь частыми и тяжелыми заболѣваніями.

Но какъ ни велики заслуги оперативной гинекологіи, какъ ни славны имена лучшихъ ея представителей въ дѣлѣ изученія темныхъ сторонъ болѣзней фаллопиевыхъ трубъ, все же нельзя удержаться, чтобы вмѣстѣ съ S. Gottschalk'омъ (*Zur Behandlung der Pyosalpinx. Deutsche Medicinal. Zeitung* 1889. № 30) не сдѣлать этимъ корифеямъ справедливаго упрека за слишкомъ сильное увлеченіе своимъ радикальнымъ, а чаще «профилактическимъ въ самомъ широкомъ смыслѣ» методомъ хирургическаго леченія, граничащимъ, по мѣткому выраженію S. Gottschalk'a, съ членовредительствомъ. Въ самомъ дѣлѣ, какъ отнестись къ заявленію такого выдающагося гинеколога—хирурга какъ Lawson Tait (*Edinburgh. Medical Journal, March 1886*. Цитирую по S. Gottschalk'у), который ставитъ такое положеніе, что слѣдуетъ удалять не только hydro или pyosalpinx, но вырѣзать при операци и здоровую трубу на другой сторонѣ, чтобы устранить возможность заболѣванія ея въ будущемъ, лишая тѣмъ женщину естественной ея функціи. Подобное заявленіе такого крупнаго авторитета несомнѣнно нашло не мало ретивыхъ поклонниковъ операторовъ, которые, опираясь на авторитетъ Lawson-Tait'a, смѣло вырѣзали такъ легко заболѣвающіе, по наблюденіямъ его, органы, но этимъ путемъ можно оправдать удаленіе изъ организма любого органа на томъ простомъ основаніи, что онъ можетъ заболѣть въ будущемъ.

Такое заключеніе несомнѣнно очень логично, но едва ли можетъ быть оправдано съ точки зрѣнія не хирургической, ибо слѣдуетъ лечить больной органъ, а не удалять его, а тѣмъ паче ща-



дить здоровый органъ. Идя послѣдовательно, Gusserow (Erfahrungen über Pyosalpinx und deren operative Entfernung. Arch. f. Gynäkol. Band XXXII. Heft 2 1888 стр. 165—192) держится такого же взгляда на удаление трубъ, хотя тутъ же заявляетъ, что иногда страданія, по поводу которыхъ дѣлалась счастливая лапаротомія, усиливались послѣ нея, такъ что и послѣ операціи излеченіе больной осталось неупроченнымъ. Такое противорѣчіе своего взгляда на необходимость удаленія трубъ съ фактами страданій послѣ операцій онъ примиряетъ тѣмъ, что де необходимо оградить больную отъ возможнаго разрыва трубы. Опасеніе, конечно, законное и естественное, но мнѣ кажется, что эти страхи преувеличены—ибо разрывы при кистахъ трубъ не такъ часто наблюдаются врачами и опасность разрыва не такъ велика, чтобы такъ смѣло вырѣзать трубы изъ опасенія летальныхъ исходовъ въ случаяхъ разрывовъ. Впрочемъ Gusserow при одностороннемъ заболѣваніи сохраняетъ при операціи здоровую трубу и самъ же приводитъ примѣръ, когда, благодаря сохраненію здоровой трубы, больная, оправившись отъ операціи, забеременѣла и благополучно родила.

Price (The american journal of obstetrics and diseases of women and children, 1888 стр. 124 и 1303) стоитъ за удаленіе всякаго гнойнаго сальпингита и не смотря на то, что онъ наблюдалъ много случаевъ, когда во время операціи гной самъ собою вытекалъ изъ мѣшка трубы въ матку, все же остался при этомъ своемъ взглядѣ. Онъ говоритъ: «труба содержитъ гной и женщина или умираетъ отъ своей болѣзни, или выздоравливаетъ отъ операціи». Другаго выхода нѣтъ—или операція или смерть. Между тѣмъ съ давнихъ временъ извѣстные случаи Salpingitis profluens, —самопроизвольнаго истеченія гноя въ матку изъ трубы во время операцій, наглядно указывали (Price) на тотъ естественный путь, которымъ, хотя бы только въ нѣкоторыхъ случаяхъ, можно было опоражнивать водяночные или гнойные мѣшки трубъ. Попытка леченія кистъ трубъ этимъ путемъ тѣмъ болѣе казалась бы возможной, что въ литературѣ были уже указанія на самопроизвольное опорожненіе (Robertson и другіе) трубно-яичниковыхъ кистъ. Этимъ путемъ можно было бы удалять



изъ организма опасные для жизни продукты безъ необходимости вскрывать брюшную полость и вырѣзать быть можетъ еще способный въ будущемъ къ его функціи органъ.

Многіе другіе авторы смотрятъ на этотъ вопросъ такимъ же образомъ. Обиліе описываемыхъ въ текущей литературѣ случаевъ лапаросальпинготоміи говоритъ именно за то, что увлеченіе ею еще очень сильно.

Но на ряду съ этимъ увлеченіемъ лапаросальпинготоміей начинаетъ выступать въ литературѣ противоположное теченіе, начинаютъ раздаваться въ разныхъ мѣстахъ голоса противъ такого направленія и число этихъ противниковъ радикализма все возрастаетъ, протестъ принимаетъ болѣе рѣзкую и опредѣленную форму противъ огульной оперативной помощи.

Hofmeister (въ 9 изданіи Schroeder'овскаго руководства къ женскимъ болѣзнямъ) говоритъ: «При накопленіи гноя въ фаллопиевой трубѣ сальпинготомія вообще бываетъ необходима, такъ какъ болѣзнь эта постоянно причиняетъ жестокія страданія и всегда угрожаетъ опасностью жизни». (стр. 430 и 431. Шредеръ К. Руководство къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ. Изд. «Жур. Практ. Мед.» Спб. 1890) Но высказавшись такимъ образомъ, авторъ этотъ допускаетъ и исключенія для тѣхъ случаевъ, когда содержимое трубы стущается, боли исчезаютъ и воспалительныхъ явленій болѣе не наблюдается. Авторъ, какъ видно изъ этого, вноситъ уже нѣкоторое ограниченіе въ показанія къ операціи и прямо указываетъ тѣ случаи, которые можно оставить неоперированными безъ боязни за печальныя послѣдствія для больныхъ.

Alexandre Rizkallah (These de Paris. 1890. Реф. въ Centr. f. Gynäk, 1891, № 1) говоритъ во второмъ своемъ выводѣ: «Вырѣзываніе трубъ не есть единственное пособіе, какъ думаютъ нѣкоторые хирурги. Оно можетъ быть примѣнено при стоящихъ внѣ всякаго сомнѣнія старыхъ pyosalpinx'ахъ, объемистыхъ haematosalpinx'ахъ и при туберкулезныхъ сальпингитахъ, какъ только они діагносцированы».

Въ своемъ третьемъ выводѣ онъ говоритъ: «Въ случаяхъ такъ называемаго катаррального сальпингита salpingoectomia представляется безцѣльнымъ обезображиваніемъ. Кто стре-



мится къ большому, чѣмъ имѣть хорошую статистику, не обратится къ этой операціи». И далѣе въ выводѣ четвертомъ заявляетъ: «Для этихъ случаевъ рекомендуется выскабливаніе матки съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ іода по Pozzi; при совсѣмъ свѣжихъ случаяхъ haematosalpinx слѣдуетъ всегда попробовать этотъ способъ раньше, чѣмъ приступать къ болѣе тяжелымъ оперативнымъ пособіямъ.» Въ заключеніе онъ признаетъ возможнымъ дѣлать salpingoectomiю только при невыносимыхъ боляхъ, указывающихъ на кистовидное перерожденіе или на приращеніе яичниковъ, но тогда она будетъ только добавочною къ ovariotomy. Словомъ Rizkallah суживаетъ предѣлы salpingoectomiи до очень скромныхъ размѣровъ, указывая границы, въ предѣлахъ которыхъ, въ добавокъ при точномъ діагнозѣ, позволительно дѣлать операцію.

W. A. Freund (Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. Volkmanns Sammlung Klin. Vorträge, 1888, № 323) идетъ еще дальше по этому пути; онъ уже раздѣляетъ трубы на двѣ категоріи: на трубы нормально развитыя и недоразвитыя, описываетъ клиническіе признаки тѣхъ и другихъ и признаетъ, что только содержащія гной недоразвитыя (инфантильныя) трубы, какъ обладающія мѣстными истонченіями въ стѣнкахъ и склонныя къ сращеніямъ съ окружающими частями, подлежатъ удаленію

Стало бытъ Freund трубы нормально развитыя, хотя бы и съ гнойнымъ содержимымъ, не считаетъ опасными для жизни больныхъ и признаетъ возможнымъ лечить ихъ безъ операціи.

Нельзя не привести здѣсь строгаго, но справедливаго, по моему, приговора Freund'a по поводу той смѣлости и щедрости, съ которыми нѣкоторые врачи, иногда безъ достаточныхъ показаній, позволяютъ себѣ дѣлать лапаротоміи. Онъ говоритъ: «нынѣ не требуется ни особеннаго искусства, ни большого мужества, чтобы приступить къ самой рѣшительной операціи, и тотъ, кто держится строго удерживающихъ показаній, не долженъ подвергаться за это опасности осужденія — быть обезчещеннымъ и дискредитированнымъ, какъ хирургъ». Онъ прямо и рѣшительно возстаетъ противъ чисто



шаблоннаго оперирования, которое мало по малу завоевало себѣ такое мѣсто и значеніе въ этой области.

Упрекъ его несомнѣнно справедливъ для многихъ случаевъ лапаротомій, производимыхъ безъ достаточныхъ показаній, иногда просто для счета, что сдѣлана де большая операція, благо, благодаря асептикѣ и антисептикѣ и успѣхамъ хирургической техники, можно смѣло манипулировать въ брюшной полости, и благо авторитетное слово великихъ операторовъ дало право гражданства, въ ряду другихъ операцій, пробной лапаротоміи, чѣмъ развязало руки черезъ-чуръ смѣлымъ операторамъ ухватившимся за нее, какъ за спасительный якорь, прикрываясь въ своихъ ошибкахъ именами санкціонировавшихъ ее авторитетовъ.

Противъ пробной лапаротоміи высказывается въ своей работѣ и проф. Феноменовъ (Къ патологіи и терапіи фаллопиевыхъ трубъ, «Врачъ» № 49, 1885), который находитъ, что этимъ дается слишкомъ много произвола, а клиническое распознаваніе сводится на то, чтобъ только умѣть прощупать опухоль и, успокоивъ себя, что у больной въ тазу «что то не ладно», какъ выразился однажды Lawson-Tait, приступить къ лапаротоміи.

Doléris (Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie 1889, № 6, Salpingite et castration etc) также сильно возстаетъ противъ современнаго увлеченія гинекологической хирургіей, рѣзко нападаетъ на злоупотребленіе эксплоративной лапаротоміей, которую признаетъ мѣриломъ неумѣлаго распознаванія болѣзней, выражающимъ сознание въ полномъ невѣжествѣ... и нѣсколькими строками ниже, справедливость своихъ нападокъ подтверждаетъ указаніемъ на факты, какъ у двухъ женщинъ послѣ разрѣза живота не оказалось ничего патологическаго, чѣмъ бы можно было оправдать эти хирургическіе, по его выраженію, опыты. Онъ негодуетъ на хирурговъ, которые, по неопытности своей въ гинекологіи, и создали пробную лапаротомію. Но пусть здѣсь говоритъ лучше самъ Doléris.

«Если мы только подумаемъ, съ какимъ легкимъ сердцемъ предлагаютъ нынѣ сальпинготомію при леченіи сальпингитовъ хирурги, если мы обратимъ вниманіе на поспѣшность, съ ко-



торой нѣкоторые врачи набрасываются на эту операцію за счетъ риска своихъ пациентокъ, на равнодушіе и уступчивость многихъ другихъ врачей и даже на ихъ безсиліе, чтобы отвергнуть эту операцію, то невольно придется спросить себя: что это за новая эпидемія, какое еще неумолимое бѣдствіе прибавилось къ длинному списку столь многочисленныхъ страданій женщины, средоточіемъ которыхъ являются ея производительные органы».

Въ своемъ второмъ выводѣ (1. с.) онъ говоритъ: «Оперативное удаленіе придатковъ матки только тогда имѣетъ смыслъ, когда другими активными, но консервативными способами не удалось достигнуть никакихъ результатовъ», а въ четвертомъ заявляетъ, что «манера съ увѣренностью, а чаще съ рискомъ устанавливать положительный діагнозъ сальпингита и на основаніи этого діагноза приступать въ короткій срокъ къ оперативному удаленію придатковъ—является полнымъ отрицаніемъ принциповъ разумной гинекологіи» тѣмъ болѣе что, какъ говоритъ Doléris выше: «даже безплодіе не есть нѣчто постоянное при этомъ (трубные экссудаты), такъ какъ я наблюдалъ случаи, въ которыхъ спустя много лѣтъ наступало зачатіе».

A. Martin (Ueber Tubenerkrankung. Zeitschr f. Gynäcol. Band XIII стр. 298—311. (Онъ же: Патологія и терапія женскихъ болѣзней Перевелъ съ нѣмецкаго Д-ръ А. М. Максимовъ въ Спб. 1885. VI. Болѣзни фаллопиевыхъ трубъ) держится продолжительнаго примѣненія всасывающихъ и другихъ лекарственныхъ средствъ.

N. I. Boldt (The American Journal of obstetrics and diseases of women and children 1888, p. 124) приступаетъ къ операціи послѣ того, какъ всякіе другіе способы леченія были испробованы и не помогли, да и при томъ только тогда, когда pyosalpinx является въ пуэрперальныхъ процессахъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ онъ удаляетъ заболѣвшую трубу немедленно.

Такимъ образомъ лучшіе представители хирургической гинекологіи держатся взгляда—до послѣдней крайности щадить больныя трубы, даже въ случаѣ pyosalpinx'a, не говоря уже про hydrosalpinx, который оперируется въ наше время



довольно щедро. Не приводя подробно относящуюся сюда статистику, я для примѣра приведу нѣкоторыя данныя изъ трехъ русскихъ работъ послѣдняго времени. Такъ въ диссертациі доктора Шлезингера (Къ вопросу о леченіи нѣкоторыхъ болѣзней фаллопиевыхъ трубъ чрезосѣченіемъ. Спб. 1887 г.) приведено 48 операцій по поводу водянки трубъ. Въ отчетѣ о ста лапаротоміяхъ проф. А. И. Лебедева (Ежедневная клиническая газета, №№ 21—22, 1 іюня 1889) не показано число операцій надъ трубами по поводу водянки ихъ, но въ диссертациі доктора Михнова (Къ вопросу о заболѣваніи фаллопиевыхъ трубъ и проч. Спб. 1889) значится 9 лапаротомій надъ hydrosalpinx и 3 надъ катарральнымъ сальпингитомъ. Приведенные у Михнова 22 случая вѣроятно одни и тѣ же, которые значатся въ отчетѣ проф. А. И. Лебедева.

Всѣ эти случаи, если держаться взгляда большинства авторитетнѣйшихъ авторовъ, опасности для жизни больныхъ не представляли и возможно, что хотя бы нѣкоторая часть ихъ могла быть излечена и безъ операціи. Ясно, что такое повальное оперированіе, и нерѣдко пробное, заставило многихъ задуматься надъ вопросомъ: нельзя ли при кистахъ трубъ найти такой способъ, который бы, излечивая болѣзнь, не требовалъ кровавой операціи, сохраняя бы женщинѣ ея функціональные производительные органы. И вотъ, отвѣтомъ на этотъ вопросъ, самъ собою возникавшій, явились послѣдовательно три работы: Walton'a изъ Бельгіи, Doléris'a изъ Франціи и Gottschalk'a изъ Германіи, которыя уже цитировались отчасти мною и которыя послужили толчкомъ къ настоящей моей работѣ, предпринятой по предложенію проф. К. Ф. Славянскаго.



## Патологическая анатомія кистъ трубъ.

Необходимымъ условіемъ для образованія кисты трубы должно быть закрытіе тѣмъ или другимъ путемъ обѣихъ отверстій яйцепровода, какъ наружнаго (М. А. Воскресенскій, «Журн. Акуш. и Жен. бол.». Сент. 1891 г.) фимбриальнаго, такъ и внутренняго, маточнаго, или по крайней мѣрѣ одного наружнаго.

Патолого-анатомическія измѣненія, обусловливающія закрытіе отверстій трубъ, сводятся авторами къ слѣдующему: Rokitansky (Руководство къ частной патологической анатоміи. Часть вторая. Москва. 1884, стр. 816—817) говоритъ, что расширеніе канала трубы происходитъ отъ «суженія, запиранія, засоренія обѣихъ ея отверстій» въ зависимости отъ катарра трубы, чаще запирающаго слизью или набуханіемъ слизистой «перепонки» маточное отверстие трубы, а фимбриальное отверстие закрывается «ложною клѣтчатою плевою изъ организованнаго экссудата брюшины».

Далѣе къ этому онъ прибавляетъ, что труба, пріобрѣтаетъ неправильное положеніе, загибъ «на заднюю поверхность широкой связки, яичника, матки и съ ними срастается», при туберкулезѣ слизистой оболочки съ гипертрофіей и утолщеніемъ стѣнокъ пріобрѣтаетъ «змѣящееся, на подобіе кишки извивающееся, направленіе», а иногда при растяженіи съ утонченіемъ стѣнокъ получаетъ «необыкновенную длину и прямое направленіе». Пріобрѣтая неправильное положеніе, труба срастается съ окружающими частями при помощи продукта воспаленной брюшины. Затѣмъ, разобравъ разныя болѣзни тканей и указавъ на причины образованія трубнаго мѣшка, онъ отмѣчаетъ многія мѣшечтатыя расширенія. Онъ различаетъ въ отдѣлѣ о воспаленіи: 1) катарральное воспаленіе съ переходомъ его въ водянку трубы, съ утонченіемъ стѣнокъ, доводящую ее до величины кулака, какъ послѣдствіе катарра, который, при длительномъ теченіи, переходитъ иногда въ нагноеніе съ излитіемъ содержимаго въ брюшину и другіе органы; 2) экссудатный процессъ съ набуханіемъ стѣнокъ, съ инфильтраціей, съ краснотой и ссадинами на слизистой оболочкѣ, которая расплывается, при чемъ каналъ наполненъ гнойною жид-



костью. Этотъ процессъ бываетъ послѣ родовъ и переходитъ съ матки.

Virchow (Ученіе объ опухоляхъ (онкологія) т. I. СПб. 1867), опредѣляя кисты, какъ особый отдѣлъ опухолей и называя ихъ ретенціонными, въ силу растяженія ихъ чакопляющимся секретомъ, какого бы характера онъ не былъ, на стр. 175 говоритъ, что «кистовидное перерожденіе ихъ (трубъ) можетъ происходить только въ томъ случаѣ, если заперто ostium abdominale. Для такой атрезіи необходимъ процессъ зарощенія, а для него perimetritis, хотя бы и очень ограниченнѣй. Со стороны матки труба сама по себѣ очень узка и можетъ совершенно запереться отъ складки, въ видѣ клапана, или отъ набуханія слизистой оболочки и прочихъ частей, соотвѣтствующихъ стѣнкѣ, или отъ накопившейся слизи, легче всего въ самомъ маточномъ отверстіи, иногда же и передъ нимъ».

Klob (Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane, Wien, 1864 стр. 288—292) высказываетъ, что расширеніе трубъ, является обычно воспаленіемъ слизистой оболочки трубы вслѣдствіе распространенія процесса на брюшину или на фимбріи, что вызываетъ зарощеніе наружнаго конца трубы, при чемъ отъ набуханія слизистой оболочки, труба суживается или распирается маточный конецъ ея, оговариваясь, что при закрытіи даже одного брюшнаго отверстія, безъ воспаленія, достаточно нормальнаго секрета, чтобы или наружный конецъ его или весь каналъ расширялся.

Проф. Феноменовъ («Врачъ», № 49, 1885) также говоритъ, что причиною кистовидныхъ образованій служатъ различнаго рода процессы, влекущіе за собою растяженія трубъ при помощи жидкаго содержимаго.

Ziegler (Руководство общей и частной патологической анатоміи и патогенеза. Часть III. Кіевъ. 1886; стр. 1163—1165) приписываетъ образованіе кистъ воспаленію брюшины при условіи плотнаго сращенія брюшнаго конца трубы съ окружающими частями и при длительномъ существованіи катарра трубы.

Mangin (Etude sur la salpingite catarrhale «Marseille médical», 1889, стр. 415) высказывается въ томъ же смыслѣ, придавая большее значеніе овуляціи, при которой труба брюшиннымъ концемъ плотно примыкаетъ къ яичнику «и прикрѣпляется къ нему экссудативнымъ продуктомъ, распространяющимся на яичникъ и зубцы трубы подобно паутинѣ», а если этотъ выпотъ не всасывается, а организуется, то труба срастается съ яичникомъ, хотя иногда, въ силу экссудатовъ на бахромкахъ, онъ заворачиваются внутрь трубы, склеиваются, и брюшной конецъ закрывается.



Pozzi (Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris, 1890) на стр. 641 говоритъ, что труба съ заращеніемъ брюшнаго конца растягивается въ двухъ наружныхъ третяхъ, а у матки остается не расширенной и плотной, что труба часто срастается съ яичникомъ и рѣдко имѣетъ свободнымъ брюшинный конецъ. Помимо этого она срастается съ окружающими частями сращеніями, которыя иногда притягиваютъ ее въ Дугласово пространство. Величину кисты онъ опредѣляетъ отъ груши до головы новорожденнаго и здѣсь же замѣчаетъ, что трубы иногда перекручиваются около своей оси спирально. На стр. 642 говоритъ, что иногда на трубахъ существуютъ выпячивания, гдѣ стѣнка тонка, и что эти истонченныя мѣста легко рвутся.

Grapow (Die postfötale Entwicklung der weiblichen Zeugungsorgane und deren Beziehungen zur Pathologie derselben. Deutsch. medic. Wochenschrift, 1890, № 35) подробно разбираетъ значеніе указаннаго еще Freund'омъ (l. c.) анатомическаго условія для образованія трубныхъ кистъ—это недоразвитіе трубъ, неполное раскручиваніе спирали ихъ во внѣутробной жизни, отъ чего бы оно ни происходило, отъ недостатка ли энергіи въ ростѣ, или отъ прежде протекшаго воспаленія, перешедшаго съ кишки на широкую связку, чѣмъ фиксированная труба лишается свободы раскручиваться и остается или сполна ( $4\frac{1}{2}$  оборота), или частично спиральной. Эти физиологическія спирали трубъ онъ отличаетъ отъ загибовъ, образовавшихся на прежде нормально развитой трубѣ, вслѣдствіе сращеній и рубцовыхъ стягиваній при воспаленіяхъ. Кисты, образовавшіяся въ нормальныхъ трубахъ, имѣютъ гладкій овальный видъ однокамерныхъ мѣшковъ, на недоразвитой же трубѣ—киста является удлиненною, многокамерною, съ перехватами, тонкостѣнною, расширенною отъ середины трубы къ наружному ея концу. Эти кисты легче страстаются съ окружающими частями, въ силу медленнаго хода патологическихъ процессовъ въ нихъ, и легко разрываются.

Schauta (Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis. Arch. f. Gyn., Bd. XXXIX, N. 1, стр. 27—38) считаетъ за самую раннюю стадію хроническаго катарра трубы появленіе рѣзко очерченныхъ, величиною отъ горошины до воложкаго орѣха, узловъ у маточнаго конца трубы, названныхъ Chiari, который былъ первымъ, описавшимъ ихъ анатомически, salpingitis isthmica nodosa. Chiari микроскопически, на поперечныхъ разрѣзахъ, нашель въ нихъ просвѣтъ трубы, лежащій или центрально, или эксцентрически, и выстланный гладкою или слегка складчатою слизистою оболочкою.



Утолщеніе въ этихъ узлахъ зависитъ отъ гипертрофіи и гиперплазіи продольнаго и круговаго мышечныхъ слоевъ.

Узлы эти уже были раньше извѣстны Rokitansk'ому, Klebs'у и другимъ, считавшимъ ихъ за миомы. Kugelman считаетъ ихъ за параметритическій эксудатъ. Negar заявляетъ, что они чаще всего наблюдаются при бугорчаткѣ трубъ, и смотритъ на нихъ, какъ на гипертрофію стѣнки трубы; узлы же, наблюдаемые при хроническомъ катаррѣ и водянкѣ трубы, признаетъ за фибромиомы. На самомъ же дѣлѣ, какъ доказали Martin, Orthman и Werth, въ этихъ узлахъ находятся выпячиванія слизистой оболочки въ мышечный слой трубы. Узлы эти, по мнѣнію Schauta и авторовъ, суть собственно отшнуровыванія отъ трубы. Они имѣютъ или рѣзкіе контуры, или незамѣтно въ видѣ конуса входятъ въ трубу.

Такимъ образомъ, по мнѣнію авторовъ, необходимымъ анатомическимъ факторомъ образованія кистъ трубъ является закрытіе обѣихъ или, по крайней мѣрѣ, одного отверстія и накопленіе жидкаго содержимаго, которое при нормальномъ состояніи трубъ отдѣляется слизистой оболочкою ихъ и стекаетъ черезъ открытыя отверстія, незамѣтно, по немногу въ полость брюшины и, вѣроятно, матки. Впрочемъ въ кистѣ трубы можетъ быть и плотное содержимое, осадокъ изъ секрета, жидкія части котораго излились или всосались.

Этотъ нормальный секретъ иногда можетъ быть очень значителенъ, хотя, какъ говоритъ Landau, количество его не поддается опредѣленію, и мы допускаемъ его только теоретически.

Если въ трубѣ вслѣдствіе тѣхъ или другихъ причинъ, является какое нибудь раздраженіе,—при регулахъ, при кровяномъ застоѣ, при страданіи сосѣднихъ органовъ,—количество отдѣленій въ трубѣ eo ipso увеличивается, а разъ оно не находитъ себѣ стока вслѣдствіе закрытія отверстій, вызваннаго тѣми или другими причинами, то неизбѣжно является растяженіе канала трубы, и киста готова.

Кистовидныя опухоли трубъ рѣдко можно найти лежащими въ маломъ тазу совершенно свободными и подвижными, чаще же онѣ сращены периметритическими склейками то болѣе, то менѣе крѣпко съ яичникомъ, съ петлями тонкихъ кишекъ, съ соесум, S-romanum, прямой кишкой, съ маткой и между собою такъ, что представляютъ изъ себя конгломератъ тазовыхъ органовъ, склеенныхъ эксудатомъ, массу, въ которой иногда трудно разобраться и отыскать трубу.

Кисты трубъ бываютъ или съ одной, или съ обѣихъ сторонъ, рознясь между собою и по величинѣ, и по содержимому въ нихъ. Величина ихъ колеблется отъ толщины пальца до величины дѣтской головы, но онѣ бываютъ и очень значительныхъ размѣровъ. Такъ Мако-



вещкій въ своей диссертациі (Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопиевыхъ трубъ, Спб., 1888, стр. 41) описаль случай очень рѣдкій по величинѣ. Schröder (l. c. стр. 42\*) указываетъ на случай Peoslec, который трубную кисту принялъ за яичниковую, дѣлалъ два прокола для выпусканія жидкости и на вскрытіи нашель 18 ф. жидкости. Вообще же надо сказать, что *hydrosalpinx*'ы достигаютъ большихъ размѣровъ, чѣмъ *pyo*-или *haematosalpinx*'ы.

Кисты трубъ обыкновенно лежатъ съ боковъ отъ матки и немного кзади, но иногда помѣщаются въ Дугласовомъ пространствѣ или спереди матки, иногда даже выходятъ изъ малаго таза, лежа въ *fossae iliacae*.

Матка, часто увеличенная, при односторонней опухоли отдѣляется въ свободный сводъ, при двустороннихъ—впередъ и немного книзу, при чемъ, если опухоли разныхъ величинъ,—то въ сторону меньшей, и даже поднимается къ верху. Словомъ, ея положеніе опредѣляется положеніемъ и величиной опухоли и количествомъ и степенью сращеній.

Форма опухолей различна—чаще она продолговато-овальная, гладкая, при значительномъ скопленіи—круглая, но бываетъ колбасовидная, четкообразная и булавовидная, при чемъ кисты болѣе или менѣе цилиндрическія лежатъ иногда прямо, или бываютъ различно изогнуты, въ зависимости отъ своего отношенія къ широкимъ связкамъ и отъ сращеній съ окружающими частями.

Консистенція кистъ бываетъ чаще всего эластическая, но здѣсь большую роль играетъ содержимое кистъ и состояніе ихъ стѣнокъ. Кисты съ гнойнымъ содержимымъ съ гипертрофированными стѣнками всегда болѣе плотны, водяночныя кисты съ тонкими стѣнками представляютъ больше упругости.

По мѣрѣ накопленія жидкости труба все болѣе и болѣе растягивается, стѣнки ея истончаются и атрофируются за счетъ мускульнаго и слизистаго слоевъ, при чемъ слизистая оболочка постепенно теряетъ складки, становится гладкой и блестящей; эпителий изъ цилиндрическаго преобразуется въ плоскій. Растяженіе трубы, вслѣдствіе прикрѣпленія ея къ широкой связкѣ, обуславливаетъ ея перегибы и углы, гдѣ слизистая оболочка сохраняется и даетъ видъ перегородокъ,

Жидкое содержимое въ кистахъ трубъ бываетъ, какъ извѣстно—или водянистое—*hydrosalpinx*, или гнойное—*pyosalpinx*, или кровавистое—*haematosalpinx*, но оно рѣдко остается безъ измѣненій въ качественномъ отношеніи.

*Hydrosalpinx*, являясь вслѣдствіе усиленнаго отдѣленія жидко-



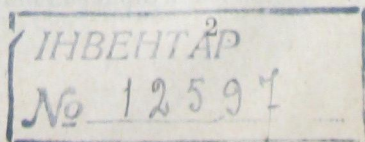
сти слизистой оболочки и задержки оттока ее, характеризуется составом секрета, который макроскопически представляется мутнымъ, бѣловатымъ, даже гноевиднымъ, отъ присутствія цилиндрическаго эпителия, отслаивающагося отъ слизистой оболочки трубъ, и желтоватымъ отъ большого количества бѣлыхъ шариковъ, густымъ и тягучимъ отъ слизи, но съ теченіемъ времени дѣлается болѣе жидкимъ, постепенно освѣтляется и наконецъ становится прозрачнымъ, какъ вода.

## Этіологія кистъ фаллопиевыхъ трубъ.

Образованіе кистъ фаллопиевыхъ трубъ, какъ страданіе первичное, конечно, возможно, и безъ уничтоженія просвѣта трубы. Кисты эти, конечно, могутъ быть только небольшими. Скопленія слизи въ трубѣ совершенно достаточно для этого. Такое состояніе допускаютъ проф. Славянскій (1. с. стр. 136) и Martin (1. с. стр. 338). Послѣдній, допуская образованіе кистъ, какъ самостоятельное, первичное страданіе, ставитъ его въ зависимость отъ вѣроятнаго набуханія слизистой оболочки трубы и усиленнаго отдѣленія секрета во время менструальнаго періода.

Этихъ двухъ факторовъ, конечно, совершенно достаточно для образованія небольшой кисты на протяженіи трубы. Но къ этимъ двумъ условіямъ присоединяются и другія: отслойка эпителия трубы и допускаемая авторами (Rokitansky, Virchow, Klob, Ziegler, Ивановскій, Славянскій, Martin и др.) небольшія кровоизліянія отъ усиленнаго прилива крови къ слизистой оболочкѣ трубы. Сумма этихъ условій, конечно, неизбежно поведетъ къ образованію кисты на совершенно физиологической почвѣ.

Но для образованія ретенціонной кисты болѣе или менѣе солидныхъ размѣровъ необходимо болѣе прочное закрытіе или обоихъ отверстій трубы въ какомъ либо пунктѣ ея, или по крайней мѣрѣ одного брюшнаго. Условія, при которыхъ происходятъ такого рода стойкія препятствія, могутъ быть раздѣлены на врожденныя и приобретенныя. Къ врожденнымъ условіямъ принадлежатъ атрезія матки или трубы, т. е. зарращенія на какихъ либо мѣстахъ, и недоразвитіе трубы, или неполное раскручиваніе трубы послѣ рожденія. Достаточно при такихъ условіяхъ нормальнаго отдѣленія секрета слизистой оболочки трубы, при отсутствіи стока его или въ матку, или въ полость брюшины, чтобы образовалась киста.





Но еще гораздо чаще развиваются кисты трубъ вслѣдствіе пріобрѣтенныхъ условій—отъ ненормальнаго положенія трубъ: сжатіе трубы, загибы и перегибы, сращенія легко ведутъ къ атрезіи и къ образованію кистъ.

Самымъ же главнымъ условіемъ для происхожденія кистъ служатъ различныя заболѣванія, какъ самой трубы, различныхъ слоевъ стѣнки ея, такъ и окружающихъ ее органовъ, особенно матки, въ зависимости отъ развивающихся въ ней процессовъ большею частію инфекціоннаго характера (эндометриты).

Заболѣванія самой трубы обусловливаются развитіемъ въ ней катаррального процесса подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ общихъ болѣзней: простуды, золотухи, растройствъ питанія. При этихъ заболѣваніяхъ, по заявленію Martin'a (l. c. стр. 338), можетъ образоваться киста, даже безъ доступа раздражителей извнѣ, если имѣется въ наличности случайное закрытіе просвѣта трубы на ея протяженіи, мѣшающее свободному стоку катаррального секрета.

Большинство старыхъ авторовъ ставили образованіе кистъ трубъ въ зависимость отъ катарровъ въ пуэрперальномъ періодѣ. Такъ Rokitansky (l. c., стр. 816—822), говоря о воспаленіи трубъ, заявляетъ, что оно бываетъ «остаткомъ пуэрперальнаго страданія слизистой оболочки трубы», и что оно перешло сюда изъ влагалища и матки, существуетъ одновременно съ воспаленіемъ въ нихъ, или послѣ того, какъ катарръ въ этихъ органахъ исчезъ. Далѣе онъ говоритъ, что при этомъ труба расширена въ различной степени, описываетъ ея видъ и сообщаетъ, что при закрытіи отверстій катарръ очень часто переходитъ въ водянку, а ниже указываетъ уже на возможное нагноеніе, при ожесточеніяхъ хроническихъ катарровъ. Онъ указываетъ на бугорчатку, какъ на причину кистъ трубы. Въ рубрикѣ «Экссудатный процессъ» указываетъ онъ на существованіе этого процесса одновременно въ маткѣ и трубахъ послѣ родовъ, на распуханіе и инфильтрацію стѣнокъ трубы и на наполненіе расширеннаго канала ея разнообразными продуктами, гнойной и ихорозной жидкостью. Онъ перечисляетъ условія закрытія отверстій, при которыхъ можетъ образоваться киста трубы, и раздѣляетъ ихъ на врожденныя и пріобрѣтенныя.

Klob (l. c.) объясняетъ образованіе кистъ трубъ катарральнымъ процессомъ, но допускаетъ развитіе ихъ и безъ катарра, отъ закрытія отверстій при неправильностяхъ искривленныхъ трубъ. Онъ указываетъ на *colpitis* и *metritis* въ послѣродовомъ періодѣ, какъ на причину образованія кистъ, говоритъ о перерожденіи „катаррального пуэрперальнаго гноя въ разлагающійся“ гной и перечисляетъ



послѣдствія отъ *metrosalpingitis menstrualis puerperalis*, et какъ онъ называетъ ихъ.

Virchow (l. c.) признаетъ главной причиной образованія кистъ периметритъ и имъ объясняетъ закрытіе брюшнаго конца трубы, форму, величину и положеніе кистъ, которыя, увеличиваясь въ объемѣ и срастаясь, особенно съ кишками, надрываются; эти надрывы воспаляются, происходитъ перфорация, и содержимое кишки, попадая въ мѣшокъ трубы, вызываетъ нагноеніе со всѣми тяжелыми его послѣдствіями.

Ziegler (Руководство общей и частной патологической анатоміи и патогенеза. Ч. III. Кіевъ. 1886 г., стр. 1163—1165) образованіе кистъ трубъ приводитъ въ связь съ воспаленіемъ тазовой брюшины, яичника и матки, въ видѣ слизистаго или гнойнаго катарра, влекущаго за собой сращенія трубъ съ окружающими органами, что ведетъ къ закрытію брюшнаго конца трубы и накопленію въ ней содержимаго. Если закрывается и маточный конецъ отъ закупорки трубы, отъ перегиба или врожденной атрезіи, то скопленіе слизистой, слизисто-серозной, гнойной или кровянистой жидкости увеличивается до значительныхъ размѣровъ. Онъ признаетъ возможность перехода гноя въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ матки въ трубы и скопленія его въ нихъ, при закрытіи брюшнаго конца. Кромѣ того, онъ описываетъ туберкулезныя кисты трубъ.

Schröder (l. c.) придаетъ значеніе особенно эндометриту, какъ наиболѣе частому фактору образованію кистъ, и воспаленію вообще, переходящему съ сосѣднихъ органовъ.

Такимъ образомъ большинство авторовъ высказываются за переходъ воспалительнаго процесса на трубы съ сосѣднихъ органовъ. Одни видятъ причину его въ *puerperium*'ѣ и въ переходѣ процессовъ на трубы съ сосѣднихъ органовъ, съ матки и брюшины, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ уже выдвигаютъ (Rokitansky и Ziegler) бугорчатку, какъ причину образованія кистъ. Оригинально объясненіе Virchow'a относительно нагноенія въ трубахъ, зависящаго отъ паданія въ кисту трубы, сросшейся съ кишкой, содержимаго изъ этой послѣдней, что вызываетъ нагноеніе и перитонитъ. Онъ не объясняетъ только, откуда является мѣстный перитонитъ, дающій начало образованію склеекъ между трубою и прилежащею кишкою.

Пуэрперальный процессъ, выставляемый, какъ причина возникновенія кистъ трубъ, до Buhl'a, хотя и указывался авторами, но научной разработкѣ не подвергался. Со времени появленія работы Buhl'a, (*Bericht über 280 Leichenöffnungen. Zeitschrift f. ration. Med. Bd. VIII стр. 106*) явился рядъ работъ, въ которыхъ взгляды



его подвергались всесторонней критикѣ на основаніи дальнѣйшихъ наблюдений. Traube (Ueber den Einfluss starker und anhaltender Diarrhöen auf die Gestaltung peritonitischer Adhaesionen nebst Bemerkungen über pleuritische Adhaesionen. Berlin. klin. Wochenschrift 1874 № 4—6) высказалъ уже мнѣніе, что эндометритъ по трубамъ идетъ на брюшину, и приходитъ къ необходимости допустить проникновеніе въ брюшину зародышей нагноенія отъ эндометрита и сальпингита. Lawson-Tait (Transact. of the obstetr. soc. of London, T. XXV) считаетъ роды и выкидышъ возможнымъ источникомъ развитія pyosalpinx'a. Дѣйствительно, присматриваясь къ фактамъ послѣродовыхъ заболѣваній, приходится признать, что родильный періодъ даетъ несомнѣнные толчки къ появленію и развитію ихъ. Тоже надо сказать и относительно выкидышей, которые служатъ благопріятнымъ условіемъ для мѣстныхъ околоматочныхъ заболѣваній, ежедневно констатируемыхъ гинекологами.

Нельзя не замѣтить, что послѣродовой періодъ можетъ также служить толчкомъ къ дѣятельному проявленію того или иного заболѣванія трубъ, находившагося до этого въ латентномъ состояніи.

Въ виду возможности возникновенія заболѣваній трубъ отъ менструальныхъ приливовъ, особенно при простудахъ, и нѣкоторыхъ общихъ болѣзняхъ, допустить такое толкованіе вполне возможно.

Стало бытъ пуэрперальный процессъ является или, какъ непосредственная причина для заболѣванія трубъ и брюшины, вслѣдствіе передачи на нихъ sepsis'a, или является только, такъ сказать, пособникомъ развитію процесса, находившагося въ скрытомъ состояніи до благопріятнаго момента, каковымъ является дѣйствіе вышечисленныхъ заболѣваній на трубу, какъ на *locus minoris resistentiae*.

Къ числу такихъ особенно вліяющихъ заболѣваній слѣдуетъ причислить и туберкулезъ. Многіе авторы (Rokitansky (l. c.), Klob (l. c.) и другіе) считаютъ трубу наиболѣе любимымъ мѣстомъ для развитія бугорчатки, ибо находятъ ее въ трубахъ гораздо чаще, чѣмъ въ другихъ органахъ таза. Процессъ здѣсь является или вслѣдствіе перехода съ брюшины, при общемъ туберкулезѣ, или, какъ самостоятельный, вслѣдствіе прониканія туберкулезныхъ бациллъ и ихъ споръ при coitus'ѣ, или прямо изъ воздуха, черезъ родовой каналъ.

Такимъ образомъ туберкулезная бацилла, послѣ септической инфекции, является второй причиной происхожденія гнойныхъ туберкулезныхъ кистъ трубъ.

Дальнѣйшая разработка этиологіи происхожденія кистъ трубъ стала постепенно выяснять, что источникомъ происхожденія ихъ являются, помимо септического и туберкулезнаго зараженія, другія формы ин-



фекціи, влекушія за собою процессы, могущіе дать въ конечномъ результатѣ возникновеніе кистъ трубъ. Эти инфекціонныя формы заболѣваній суть гоноррея, сифились и актиномикозъ.

Въ послѣднее время изслѣдованіями, касающимися распространенія гонорройной инфекціи на слизистую оболочку цервикальнаго канала, полости тѣла матки и на трубы, усердно занимаются многіе авторы, благодаря массѣ чревосѣченій, и въ особенности, — что важно для даннаго вопроса — лапаросальпинготомій, съ легкой руки Noegerrath'a, хотя и раньше его Requin, Bernutz и Goupil (по Михнову) указывали на возможность проникновенія гонорройнаго яда въ трубы и далѣе, въ полость брюшины.

Выставивъ свои три положенія: 1) гоноррея у мужчинъ неизлечима и остается навсегда въ латентномъ состояніи, 2) находящееся въ этомъ состояніи заболѣваніе сохраняетъ свои заразительныя свойства, и 3) заболѣваніе у женщины послѣ гонорройнаго зараженія распространяется на весь половой трактъ, переходитъ на брюшину, сохраняя въ трубахъ очагъ, постоянно поддерживающій болѣзненные процессы въ окружности, Noegerrath вызвалъ споры и пререканія, въ которыхъ приняли участіе многіе видные авторы, горячо ратовавшіе pro и contra высказанныхъ Noegerrath'омъ взглядовъ; возникла, можно сказать, цѣлая литература.

Я не буду входить въ разсмотрѣніе этой научной полемики, находя ее для данной цѣли совершенно излишней, а укажу лишь на новѣйшія работы въ этомъ направленіи, которыя принесли много новыхъ фактовъ, дающихъ почву для рѣшенія выдвинутыхъ Noegerrath'омъ вопросовъ по отношенію къ возникновенію трубныхъ кистъ.

Adolf Schmitt изъ Вюрцбурга (*Zur Kenntniss der Tubengonorrhoe. Arch. f. Gynäkol., Bd. XXXV, N. I., 1889*) въ обстоятельной статьѣ разбираетъ коротко всю литературу, вызванную монографіей Noegerrath'a и, какъ сводъ наблюденій, устанавливаетъ, что цилиндрической эпителий представляетъ наиболѣе благоприятную почву для виѣдренія гонококковъ, которые вызываютъ воспаленіе постепенно, такъ что въ одномъ мѣстѣ гонококковъ много, въ другомъ, новообразовавшемся эпителии ихъ нѣтъ, хотя онъ потомъ и можетъ поразиться. Далѣе онъ указываетъ на препятствія у *orificium internum uteri* и у *orificium tubae uterini* распространенію воспаленія, но послѣднее при благоприятныхъ условіяхъ идетъ за эти преграды и вызываетъ описываемыя авторомъ измѣненія въ тканяхъ трубъ. На стр. 176 Schmitt говоритъ: «Главною цѣлью этого изслѣдованія было найти гонококка въ ткани трубъ. Я дол-



женъ съ самаго начала сознаться, что не могу привести точныхъ доказательствъ ихъ присутствія тамъ». Авторъ на препаратахъ изъ вырѣзанныхъ трубъ находилъ гонококковъ въ гною. Онъ признаетъ развитіе гнойныхъ мѣшковъ черезъ закрытіе отверстій и сращеніе съ окружающими органами и производитъ hydro-, haemato- и pyosalpinx изъ соответствующихъ формъ salpingitis catarrhalis, haemorrhagica и purulenta. Онъ не допускаетъ прониканія гонококковъ черезъ стѣнку трубы, ибо они не могутъ проникнуть даже въ соединительную ткань, онъ отрицаетъ участіе гонококковъ въ образованіи повторныхъ периметритовъ, такъ какъ плоскій эпителий (эндотелий) брюшины защищаетъ ее отъ нихъ, а отсюда и отрицаніе гонорройнаго периметрита, который просто вызывается гноемъ (хотя-бы и были въ немъ гонококки), какъ и всякимъ другимъ раздражителемъ.

Czempin (Ueber die Beziehungen der Uterus-Schleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa des Uterus. Bericht über die Verhandlungen der gynäcologischen Section der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin. Centrbl. f. Gyn., № 45, 1886. — Онъ-же. Ueber die Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa. Zeitschrift f. Geburtskunde und Gynäcol. Bd. XIII p. 339—359) также сообщаетъ о заболѣваніяхъ трубъ, какъ подъ влияніемъ септического зараженія, такъ и гонорреи

Menge (Salpingitis gonorrhoeica. Bericht über die Verhandlungen der 8 Abtheilung des X internationalen Kongresses zu Berlin 1890. Centralbl. f. Gynäcol. 1890, p. 81—82) сообщаетъ о 26 случаяхъ гнойнаго заболѣванія трубъ, изъ коихъ въ 8 найдены въ гною микроорганизмы. Изъ этихъ 8 случаевъ, въ 2-хъ найдены streptococcus pyogenes, въ 1-мъ staphylococcus albus и въ 1-мъ подвижная сапрофитическая палочка. Всѣ выросли на агаръ-агарѣ. Въ остальныхъ случаяхъ гной казался безплоднымъ, но подъ микроскопомъ найдены диплококкъ, окрашивающійся по Gram'у, и 3 раза гонококки Neisser'a, которыхъ не удалось окрасить даже въ тканяхъ, вырѣзанныхъ при операціи.

Проф. Н. Н. Феноменовъ (1, с., апр. 30) считаетъ чрезвычайно важнымъ для точной установки діагноза pyosalpinx'a знаніе, не было ли у больной триппера, и говоритъ, что это «можетъ служить краеугольнымъ камнемъ для дифференціального распознаванія».

Scheaffer (Zwei Fälle von Ovarialabscess nebst Mittheilungen über den bakteriellen Befund bei eitrigen Erkrankungen der Adnexa. Zeitschrift f. Geb. Bd. XX. H 2) заявляетъ, что при 10 pyosalpinx' ахъ ни разу не было найдено стрептококка, культуры были безплодны, а при 2 яичниковыхъ абсцессахъ получились культуры піогеннаго стрепто-



кокка. Авторъ перечисляетъ наблюдателей, получившихъ или не получившихъ результаты. Terillon получилъ не во всѣхъ случаяхъ; Westermарк въ одномъ; Orthman доказалъ диплококковъ; Gusserow (Centralbl. f. Gyn. № 45. 1886) получилъ отрицательные результаты и отъ дальнѣйшихъ поисковъ гонококковъ при pyosalpinx отказался; Wertheim (Ein Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhoe beim weibe. Wiener Klin. Wochenschrift № 25, 1890) нашелъ гонококковъ въ 5 случаяхъ.

Orthman (Virchow's Arch. Bd. 108 стр. 194) сообщаетъ, что онъ получилъ въ 7 случаяхъ отрицательные результаты и считаетъ за причину отсутствія гонококковъ или слишкомъ малое количество ихъ, такъ что они не попадаютъ въ препараты, или въ отсутствіи окраски. Schaeffer видитъ причину этого въ смерти гонококковъ, такъ что ни окраски, ни питательныя среды не обнаружатъ ихъ. Разрывы трубъ при такихъ условіяхъ и излитіе гноя въ брюшину не дали ничего вреднаго для здоровья субъекта: гной, за ихъ гибелью, утратилъ инфекціонныя свойства.

Авторъ считаетъ случай Kaltenbach'a и Ebert'a, нашедшихъ въ гною оперированной ими трубы при pyosalpinx — стрептококковъ, недоказательнымъ: они производили операцію въ два приѣма, черезъ 10 дней. Въ первый разъ они вшили опухоль въ брюшную рану, а во второй выпустили троакаромъ гной и собирали его въ пробирку, хотя стерилизованную, но прикладывали ее къ стѣнкѣ опухоли. Поэтому и культуры получились и нихъ смѣшанныя, нечистыя, какъ капля воды, а желтоватыя.

Ислѣдованія самого Schaeffer'a дали:

Изъ 18 ислѣдованныхъ случаевъ, ни въ одномъ pyosalpinx 'ѣ не было найдено нагноительныхъ микробовъ, тогда какъ въ двухъ яичниковыхъ абсцессахъ ихъ нашли. Отсюда авторъ заключаетъ, что очевидно соединительная ткань, которою такъ богатъ яичникъ, представляетъ лучшую питательную среду для микроорганизмовъ, чѣмъ слизистая оболочка трубы, эпителий которой ведетъ упорную борьбу съ микробами, разрушая ихъ. Онъ ставитъ предположеніе о гибели микробовъ въ избыткѣ продуктовъ собственнаго метаморфоза (токсинъ) въ замкнутой полости растянутой трубы, особенно когда ихъ размножается очень много.

Zweifel Ueber Salpingo-Oophorektomie (Archiv f. Gyn. Bd. XXIX, H. 3, стр. 353—392) сообщаетъ, что ему въ трехъ случаяхъ удалось найти въ гноѣ трубъ цѣпочнаго кокка; въ двухъ этихъ случаяхъ было послѣродовое заболѣваніе, а въ одномъ брюшной тифъ. Кромѣ того Zweifel считаетъ за виновниковъ нагноенія туберкулез-



ную бациллу, капсульнаго диплококка Fränkel'a, которыхъ онъ встрѣтилъ.

Zweifel указываетъ на Döderlein'a, который въ 8 свѣжихъ случаяхъ, послѣ нѣсколькихъ недѣль зараженія, нашелъ въ гною трубы гонококка, въ старыхъ же случаяхъ поиски его были безрезультатны, изъ чего авторъ выводитъ предположеніе, тождественное съ предложеніемъ Schaeffer'a, что гонококкъ мало жизнеспособенъ и скоро погибаетъ въ продуктахъ своего обмѣна веществъ. Тоже самое заявляютъ Zweifel и Sänger. При этомъ авторъ замѣчаетъ, что гной, за смертью гонококковъ, подвергается жировому распаду и всасывается, а вмѣсто него полость наполняется серозной жидкостью, стѣнки трубы истончаются—получается hydrosalpinx. Это послѣднее мнѣніе высказываютъ и другіе авторы, но говорятъ только объ освѣтленіи и разжиженіи гноя.

Sänger (Триперъ у женщинъ. Переводъ съ нѣмецкаго. Ланцъ. Москва, 1891) перечисляя клиническіе критеріи для установки трипернаго зараженія у женщины, въ рубрикѣ 8, на стр. 12, ставитъ триперъ на первое мѣсто по отношенію къ инфекціонному сальпингиту и другимъ заболѣваніямъ придатковъ матки. Ниже, на стр. 16 и 17, говоритъ: «Узкость маточныхъ отверстій трубъ и направленное въ ихъ сторону движеніе мерцательнаго эпителія, затрудняетъ гонококкамъ проникновеніе въ трубы, тѣмъ не менѣе такое прониканіе наблюдается нерѣдко. Въ этомъ случаѣ развивается острый гнойный сальпингитъ». Затѣмъ, сославшись на изслѣдованіе Freund'a, что труба поражается на всемъ протяженіи, если она имѣетъ прямое протяженіе и т. д., говоритъ «Простой гнойный сальпингитъ, при значительномъ скопленіи гноя и частичномъ и полномъ закрытіи брюшиннаго конца трубы, можетъ превратиться въ pyosalpinx, съ образованіемъ, напоминающихъ нарывы, гнойныхъ мѣшковъ въ дѣтскую голову» и т. д. Еще ниже, на стр. 20 заявляетъ, что salpingitis gonorrhoeica purulenta ведетъ къ hydrosalpinx.

Задаваясь вопросомъ, почему въ однихъ случаяхъ пораженіе трубы крайне злокачественно, даетъ нагноеніе стѣнокъ и гнойныя скопленія, а въ другихъ нѣтъ, Sänger предполагаетъ, что это зависитъ отъ количества и степени заразительности введенныхъ зародышей и отъ анатомическихъ условій.

Въ томъ же смыслѣ на стр. 14 высказывается проф. К. Ф. Славянскій, (I. с.) указывая на недоразвитую трубу, какъ на благоприятное условіе для пораженія ея, особенно при гонорройной инфекціи.

Wertheim (Zur Lehre von der Gonorrhöe. Centralblatt f. Gynäk.



№ 24, 1891, стр. 484—489) въ 6 случаяхъ въ гною трубъ помощію культуръ доказаль гонококковъ, когда микроскопъ не обнаруживалъ ихъ, доказаль также, что они долго сохраняють свои заразные свойства, что въ 5 случаяхъ прививка ихъ на мужскую уретру вызвала типическій трипперъ и что переносомъ чистыхъ культуръ на брюшину разныхъ животныхъ на твердыхъ субстратахъ вызывался перитонитъ. Онъ изъ эксудатовъ получалъ культуры гонококковъ, а на срѣзахъ изъ брюшины находилъ ткань ея пронизанною гнойными клѣтками, въ которыхъ констатировалъ гонококковъ. Путемъ проникновенія служатъ лимфатическія щели, такъ что гонококки проникають по нимъ даже въ мышечный слой. Такимъ образомъ Wertheim установилъ, что гонококки могутъ вызвать перитонитъ.

Хотя не всѣ авторы, искавшіе гонококковъ въ гною и тканяхъ при *pyosalpinx*, находили ихъ, но все же большинство нашло ихъ. Стало быть фактъ происхожденія кистъ трубъ отъ гонорройной инфекции установленъ твердо и во всѣхъ случаяхъ, гдѣ въ анамнезѣ являются указанія на перелой, можно ожидать напередъ найти при изслѣдованіи тѣ или другія пораженія придатковъ, до кистъ трубъ включительно, съ распространеніемъ пораженія на тазовую брюшину, параметрій и проч.

Перехожу къ изложенію другихъ инфекціонныхъ этиологическихъ моментовъ, вызывающихъ кисты трубъ.

Въ ряду инфекціонныхъ моментовъ, вліяющихъ на возникновеніе кистъ трубъ, укажу еще на сифилисъ и актиномикозъ.

Первый хотя и очень распространенъ въ наше время, но случаи образованія кистъ сифилитическаго характера крайне рѣдки и въ литературѣ ихъ извѣстно два случая, изъ которыхъ только одинъ *pyosalpinx* (Boldt. Specimen of *pyosalpinx* removed during the acute stage of syphilis. The med. Record. 20 Aug. 1887, 212), но еще не доказано, что *pyosalpinx* этотъ специфическаго происхожденія, такъ какъ онъ могъ быть случайнымъ совпаденіемъ съ сифилисомъ, имѣя въ основѣ совершенно другую причину, а въ случаѣ Bouchard et Lepine (*Syphilis tertiaire, ramollissement général, hépatite; gommés des trompes de Fallope. «Gazette Méd. de Paris», 1866, p. 726*) представляетъ только утолщеніе стѣнокъ трубы, съ образованіемъ въ нихъ гуммозныхъ опухолей, такъ что трубы имѣли толщину пальца, и при разрѣзѣ въ каждой трубѣ найдено по три гуммы величиною въ орѣхъ, мягкихъ и красноватыхъ. Судя по этому литературному матеріалу, можно думать, что *syphilis* едва ли можетъ считаться частымъ источникомъ образованія трубныхъ кистъ.



Что касается актиномикоза, то случай Zemman'a (Ueber die Aktinomykose etc. Med. Jahrbücher herausgegeben von der K. K. Gesellschaft der Aerzte. Wien 1883. стр. 477—495) есть *unicum* въ литературѣ. Уже по тому одному, что онъ такъ рѣдко встрѣчается, онъ занесенъ въ рядъ инфекціонныхъ причинъ образованія кистъ трубъ ради полноты, какъ вызываемый специфическимъ грибомъ.

Такимъ образомъ главными инфекціонными факторами кистъ трубъ являются гоноррея, послѣродовая септицемія и туберкулезъ.

Разсмотрѣвши специфическія инфекціонныя причины, какъ этиологическіе моменты въ образованіи трубныхъ мѣшковъ, я перехожу къ изложенію общихъ заболѣваній, играющихъ роль въ этомъ смыслѣ по отношенію къ трубамъ.

Сюда относятся простуда, общія разстройства питанія (*anaemia*, *chlorosis*, *scorbutus*, *scrophulosis*) и общія инфекціонныя заболѣванія (тифы), но наблюденій въ этомъ направленіи сдѣлано мало.

Кромѣ того указывается авторами на рядъ другихъ причинъ, вызывающихъ разстройства въ трубахъ: травма, фосфорное отравленіе, которыя могутъ вызвать гнойный катарръ, химическія и механическія раздраженія: примѣненіе пессаріевъ, грубое изслѣдованіе, неопрытные инструменты (*chirurgia minor*). Все это служитъ predisponirujuschimi моментами въ образованіи трубныхъ мѣшковъ, но все это нуждается пока въ дальнѣйшихъ наблюденіяхъ. Landau (l. c.) указываетъ еще на одинъ важный моментъ на *graviditas tubaria* въ раннихъ ея періодахъ. Онъ допускаетъ раннюю смерть яйца въ неразорвавшейся трубѣ. Всѣ части яйца могутъ всосаться, но если всасываніе задержится почему либо, то вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки трубы, которая образуетъ изъ себя отпадающую оболочку, можетъ произойти закупорка трубъ въ концахъ ея. При наступленіи ближайшей менструаціи отпадающая оболочка отдѣляется, явится кровотеченіе, которое, растянувъ трубу, остается или кровянистымъ, или перейдетъ въ нагноеніе.

Подобное состояніе допустимо, но едва ли такъ часто, какъ думаетъ Landau. Фактической подкладки у него нѣтъ. Это болѣе или менѣе остроумное соображеніе. Трубная беременность ставится авторами въ тѣсную связь съ заболѣваніемъ трубъ. Стало быть и помимо трубной беременности въ трубѣ существовали условія, которыя сами по себѣ могли бы вызвать, безъ плоднаго яйца, образованіе кисты трубы, что мнѣ кажется имѣеть за себя болѣе основаній, а трубная беременность является здѣсь только осложненіемъ, или слѣдствіемъ того же патологическаго состоянія трубы.



## Припадки.

Болѣзненные припадки, наблюдаемые при кистахъ трубъ, такъ многочисленны и разнообразны, что разобратся въ ихъ массѣ не легко: въ однихъ случаяхъ выступаютъ на первый планъ одни симптомы, въ другихъ — другіе. Рѣзко характерныхъ припадковъ, которые указывали бы сразу на данныя заболѣванія, были бы патогномическими, нѣтъ.

Присутствіе трубныхъ кистъ съ тѣмъ или другимъ жидкимъ содержимымъ, въ томъ или другомъ мѣстѣ таза, вызываетъ различныя болѣзненные явленія, при чемъ интензивность и продолжительность припадковъ не всегда гармонируетъ съ величиною опухолей, что, конечно, объясняется особенностями каждаго даннаго случая, анатомическимъ состояніемъ трубъ, особенностями ихъ содержимаго и общимъ состояніемъ организма каждой больной. Обыкновенно наблюдаются боли въ нижней части живота съ одной или съ обѣихъ сторонъ. Боли эти то постоянны, то временны, — ноющего, стрѣляющаго, колющаго или схваткообразнаго характера, различны у разныхъ субъектовъ, по силѣ и продолжительности. Боли часто иррадируютъ въ межреберья, въ спину, въ крестецъ, въ копчикъ и въ бедра, особенно на внутреннюю ихъ поверхность, отъ давленія опухоли на нервы, идущіе на бедро. Онѣ усиливаются при всякомъ мышечномъ напряженіи: при работѣ, ходбѣ и вообще при перемѣщеніяхъ тѣла изъ одного положенія въ другое. Нерѣдко эти боли приобрѣтаютъ тотъ особый отпечатокъ, который авторы характеризуютъ названіемъ *colica scortorum*. Походка такихъ больныхъ медленная, осторожная, съ наклоненнымъ впередъ туловищемъ, нерѣдко съ хромотой на ту или другую ногу.

Крови приходятъ неправильно, часто съ сильными болями до начала ихъ, которыя исчезаютъ въ моментъ появленія крови, иногда же держатся все время регулъ и исчезаютъ только нѣсколько дней спустя по окончаніи ихъ. Часто наблюдаются *meno* и *metrorrhagiæ*, иногда же развивается *amenorrhoea* на довольно значительные сроки.

Zweifel (Ueber Salpingo-Oophorektomie. Arch. f. Gyn., V. XXXIX, II. 3) отмѣчаетъ интересный фактъ, что при гнойномъ сальпингитѣ, развившемся на почвѣ зараженія стрептококками и капсульными кокками, больная не жаловалась на расстройство и болѣзненность регулъ, а при гонорройномъ эта жалоба была обычною. Фактъ этотъ, конечно, важенъ въ діагностическомъ отношеніи, но



пока онъ еще единичный и нуждается въ подкрѣпленіи дальнѣйшими наблюденіями.

Далѣе, у больныхъ очень часто наблюдается *dyspareunia*, *vaginitis* (*Mangin*) и очень часто сильный *pruritus vulvae*.

Дефекація у такихъ больныхъ происходитъ неправильно, съ сильными болями, что заставляетъ ихъ воздерживаться отъ нея и тѣмъ усиливать такъ часто существующій уже запоръ. Болѣзненность эта и запоры вызываются между прочимъ, какъ непосредственнымъ давленіемъ опухоли на прямую кишку, такъ и часто бывающими при этомъ сращеніями, затрудняющими правильное сокращеніе кишки, особенно при лѣвостороннихъ опухоляхъ и при смѣщеніяхъ ихъ въ Дугласово пространство.

Мочеотдѣленіе часто, затруднено и сопровождается также сильными болями (случай № 9, 11). Иногда позывы очень часты, но безрезультатны, рѣже бываетъ *enuresis*. Недержаніе мочи вызывается по всей вѣроятности атоніей пузыря и его сфинктера (случай № 23).

Частыми, почти постоянными спутниками кистъ трубъ являются общая легкая возбудимость нервной системы, раздражительность, безпокойство, сердцебіенія, одышка, частью рефлекторная, а частью обусловливаемая общимъ упадкомъ питанія. Часто наблюдаются общія или мѣстныя головныя боли, усталость, вялость, вообще упадокъ силъ физическихъ и моральныхъ.

При нагноительныхъ процессахъ въ кистахъ трубъ весьма важнымъ симптомомъ является лихорадка.

Zweifel P. (l. c. стр. 353) нотируетъ, что стрептококки и капсульные кокки при гнойномъ сальпингитѣ вызываютъ сильно ремиттирующую лихорадку, при туберкулезномъ—она является вспышками, а при гонорройномъ ея обычно не бываетъ,—фактъ, заслуживающій въ діагностикѣ вниманія и наблюденія.

При гнойныхъ кистахъ наблюдаются часто явленія перитритической, являющіяся иногда неожиданно, нерѣдко рецидивирующія, сопровождающіяся болями, тошнотой, рвотой и лихорадкой.

Гной при быстромъ накопленіи можетъ сильно растянуть трубу, порвать клейки бахромокъ и, излившись въ брюшину, вызвать картину общаго перитонита. Излитіе гноя въ сосѣдніе полые органы *coecum*, *rectum*, *vesica urinaria* и пр., бываетъ рѣже.

Незначительныя кровоизліянія въ трубу, бывающія особенно при регулахъ, не сказываются какими либо рѣзкими явленіями, но обильныя кровоизліянія, независимо боли отъ давленія, могутъ дать явленія острой анэміи, а при изліяніи крови въ брюшину—легкія явленія перитонита, который однако быстро стихаетъ.



Наблюдались впрочемъ случаи смерти отъ анэміи или отъ воспаления брюшины.

Иногда у больныхъ наблюдается, при незакрытіи маточнаго отверстия трубы, или небольшія, постоянныя истеченія изъ матки, или обильныя, появляющіяся вдругъ (*salpingitis profluens*) въ неопредѣленные промежутки. Такія обильныя истеченія, конечно, можно было бы принять за выдѣленія изъ матки, такъ какъ при заболѣваніяхъ трубъ всегда бываетъ эндометритъ; но это предположеніе исключается одновременнымъ уменьшеніемъ или даже исчезновеніемъ околоматочной опухоли и сразу наступающимъ улучшеннымъ самочувствіемъ больной, на что указываютъ Lawson-Tait, Chadwick и др. Эти истеченія несомнѣнно бываютъ въ дѣйствительности чаще, чѣмъ ихъ приходится констатировать клинически, но они просматриваются, чаще совпадая съ періодомъ регуль. Характеръ этихъ истеченій зависитъ, конечно, отъ свойства трубной кисты: онѣ бываютъ водянистыя, гнойныя или кровянистыя. Послѣ такихъ истеченій боли, какъ уже сказано, на время стихаютъ и больная чувствуетъ себя нѣкоторое время хорошо.

Нѣкоторые авторы указываютъ на разные отдѣльные признаки, кромѣ указанныхъ Zweifel'емъ, какъ на патогномическіе. Lawson—Tait считаетъ *dyspareunia* характернымъ признакомъ для *pyosalpinx'a*, Hunter придаетъ такое же значеніе околорегульнымъ болямъ *menstrua profusa*, *leucorrhoea* и т. д. Однако ни одинъ изъ этихъ признаковъ, самъ по себѣ, не имѣетъ абсолютнаго значенія, и лишь совокупность ихъ, въ связи съ данными объективнаго изслѣдованія, при продолжительномъ наблюденіи, рѣшаютъ съ большею вѣроятностію вопросъ.

Нельзя не отмѣтить здѣсь однако факта, на который указываютъ многіе авторы, и которому, по моему мнѣнію, скорѣе всего можно дать значеніе патогномическаго признака.

T. Spencer Wells (Case of removal of both ovaries for dysmenorrhoea (Battey's operation). Transactions of the American Gynecological Society, vol. 4, 1879. Boston, 1880. стр. 198—200) рассказывая о больной, которой онъ дѣлалъ операцію Battey'я, приводитъ письмо д-ра Франка, наблюдавшаго ее раньше, изъ котораго видно, что при повторныхъ изслѣдованіяхъ этой больной передъ регулами, Франкъ находилъ съ правой стороны антефлексированной матки опухоль почти въ куриное яйцо, дававшую впечатленіе маточной фибромы. При изслѣдованіяхъ послѣ регуль онъ не находилъ и слѣда опухоли, матка занимала то же положеніе, была подвижна и нормальнаго очертанія. Chadwick во время преній (по поводу этого доклада Spencer-Wells'a),



сообщая о многих случаях подобных же наблюдений и заявляя, что онъ «ниразу не провѣрилъ своего діагноза путемъ операціи или аутопсіи», даетъ этимъ фактамъ такое объясненіе: «жидкость скопляется въ трубѣ, брюшной (бахромчатый) конецъ которой закрытъ (непроходимъ) до того, что она значительно растягивается; когда подходит мѣсячный періодъ, въ трубѣ происходятъ повторныя перистальтическія сокращенія, сопровождающіяся значительною болью, стремящіяся прогнать жидкость сквозь временно закрытый маточный конецъ трубы. Это продолжается съ перерывами, съ возрастающею силою, пока во время менструальнаго расслабленія (разрыхленія) матки, жидкое содержимое трубы не будетъ прогнано сквозь отверстіе въ полость матки, съ непосредственнымъ облеченіемъ страданій.

Оба автора отмѣчаютъ фактъ повторнаго появленія опухолей передъ менструальнымъ періодомъ и исчезанія ихъ послѣ него, каковому факту Chadwick и даетъ только что приведенное объясненіе. Онъ сводитъ дѣло къ *salpingitis profluens*, наблюдавшійся съ издавна и многими другими авторами. Въ этомъ сообщеніи важно существованіе факта исчезновенія и появленія опухолей около матки въ трубахъ въ связи съ менструальнымъ періодомъ. Колебаніе въ величинѣ опухолей, въ ихъ появленіи и исчезновеніи даетъ въ руки наблюдателя важный діагностическій признакъ, по которому дается возможность отличать трубныя опухоли отъ другихъ опухолей: подсерозныхъ фиброміомъ, кистъ яичниковъ и проч., что такъ важно въ вопросѣ выбора терапіи для даннаго tumor'a.

Lawson-Tait (*Diseases of the ovaries Errors of development of ovaries and oviducts. The pathology and treatment of diseases of the ovaries, 1883, стр. 66—67*) между прочимъ говоритъ, что при нѣкоторыхъ своихъ изслѣдованіяхъ онъ находилъ опухоли на одной или обѣихъ сторонахъ матки, между тѣмъ какъ при другихъ — нельзя было замѣтить ни малѣйшихъ слѣдовъ опухоли. Вслѣдъ за этимъ онъ, сообщая наблюденія Duncan'a объ исчезновеніи опухоли, тождественныя съ его собственнымъ наблюденіемъ, и приводя объясненія послѣдняго, что исчезаніе происходитъ вслѣдствіе лопанья (разрыва) пароваріальныхъ кистъ, не вызывается периметритомъ и не вызываетъ его, заявляетъ, что, признавая правильнымъ объясненіе Duncan'a для нѣкоторыхъ случаевъ, онъ думаетъ, что причина этого явленія лежитъ въ разрывахъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ, что и даетъ рецидивирующіе периметриты.

Meyer (*Arch. f. Gyn., 1884, Bd. XIX. N. I., стр. 55*) говоритъ: «Въ одномъ случаѣ, (при изслѣдованіи яичниковъ во время менструаціи), мнѣ показалось, что существуетъ набуханіе трубъ». Это мимоходомъ,



такъ сказать, брошенное замѣчаніе въ связи съ заявленіями другихъ наблюдателей о набуханіи, вообще объ увеличеніи трубъ даетъ основаніе признать фактъ колебаній въ величинѣ трубныхъ опухолей, въ зависимости отъ періода регуль съ одной стороны, а съ другой, указываетъ на условія, благопріятствующія образованію трубной писты, разъ труба способна къ набуханію въ фізіологическомъ ея состояніи.

Проф. А. И. Лебедевъ (Краткій отчетъ о 100 чревосѣченіяхъ «Еженед. Клинич. газ.», № 21—22. 1889) также отмѣчаетъ этотъ фактъ, ставитъ его въ связь съ овуляціей, считаетъ его постояннымъ явленіемъ и заявляетъ, что онъ въ сомнительныхъ случаяхъ даетъ большое подспорье для дифференціального діагноза.

Михновъ (Къ вопросу о заболѣваніи фаллопиевыхъ трубъ и ячниковъ въ патологоанатомическомъ и клиническомъ отношеніи. Диссерт. СПб. 1889), приводя этотъ признакъ, указывая на свои случаи и ссылаясь на авторовъ, наблюдавшихъ при вскрытіяхъ приливъ крови къ трубамъ, даетъ такое объясненіе, что увеличенію объема опухоли при менструаціи способствуетъ нѣсколько факторовъ: увеличеніе объема трубы и ячника отъ переполненія кровью вслѣдствіе менструальнаго прилива, созрѣваніе траафова пузырька и, наконецъ, увеличенное отдѣленіе секрета заболѣвшею слизистою оболочкою трубы при менструаціи.

Эти объясненія имѣютъ за себя данныя, но, какъ замѣчаетъ Landau (Ueber Tubensäcke, Arch f. Gyn. Bb. XL, N. 1 стр. 1—93) по поводу образованія кистъ трубъ и участія въ ихъ образованіи отдѣленной слизистой оболочки трубъ, въ виду неопредѣленности данныхъ объ участіи слизистой оболочки при менструаціи, какъ и при нормальной секреціи, указанныя объясненія періодическаго измѣненія величины трубныхъ опухолей можно допустить только съ нѣкоторою вѣроятностью.

Мнѣ также не разъ приходилось наблюдать колебаніе въ объемѣ кистъ трубъ на своихъ больныхъ (случаи №№ 3, 5, 6, 10). Объясненія этихъ фактовъ я подробно коснусь ниже.

Вслѣдствіе приливовъ крови къ трубѣ, при менструаціи и въ зависимости отъ другихъ причинъ, сосуды слизистой оболочки иногда разрываются и къ водяночному секрету прибавляется кровь, отъ чего образуется *hydrops tubae sanguinolentus*, дающій жидкости, отъ присутствія въ ней красныхъ шариковъ, красноватую, буроватую окраску.

Микроскопически въ жидкости наблюдаются гнойные шарики, слизистыя тѣльца, перерожденный эпителий; иногда клѣточныхъ элементовъ въ ней очень мало.



Слизистая оболочка, смотря по степени растяженія, представляется или складчатой, и складки эти длинны и вѣтвисты, или на ней существуютъ только небольшіе выступы, или она представляется совершенно гладкою.

Мышечная ткань атрофируется по мѣрѣ расширенія, мускульныя волокна постепенно исчезаютъ, остается соединительная ткань, сосудовъ мало, они сжаты и находятся только ближе къ брюшинѣ.

Pyosalpinx чаще наблюдается двустороннимъ. Въ диссертациі Шлезингера собраны данныя относительно этого вопроса, при чемъ на 115 случаевъ его приходится на двусторонній—65, на лѣвосторонній—19, на правосторонній—11, и 20 показано безъ указанія стороны. Опухоли обыкновенно образуются быстро, и только въ рѣдкихъ случаяхъ достигаютъ значительныхъ размѣровъ.

Pyosalpinx'ы гораздо чаще водяночныхъ кистъ трубъ даютъ мѣстныя воспаленія брюшины (по Шлезингеру на 115 случаевъ въ 92-хъ). Это обуславливается тѣмъ, что замкнутый въ мѣшкѣ трубы гной, при извѣстныхъ условіяхъ, можетъ разорвать сращенія въ брюшинномъ концѣ и излиться въ брюшину.

Рѣзкія и бурныя сокращенія матки, сильное давленіе, грубое низведеніе матки, чрезмѣрное растяженіе мѣшка содержимымъ, менструальный приливъ—все это благоприятствуетъ такому разрыву и излитію гноя, которое и вызываетъ мѣстные перитониты, обуславливающіе обильныя сращенія мѣшковъ трубъ съ окружающими частями, настолько значительныя, что даже на секціонномъ столѣ невозможно бываетъ разобрать въ существующихъ анатомическихъ отношеніяхъ.

Интензивность воспаленія брюшины зависитъ какъ отъ количества гноя, такъ и отъ качества его (степень вирулентности), отъ состоянія самой брюшины, степени ея восприимчивости и пр.

Далѣе, при длительныхъ нагноеніяхъ въ кистѣ, измѣненная стѣнка можетъ порваться, и гной этимъ путемъ излиться въ брюшину или въ окружающія трубы сращенія, что, по мнѣнію Lawson-Tait'a, случается въ 50%.

Pyosalpinx дѣйствуетъ на брюшину не только путемъ прямого излитія гноя, но и черезъ стѣнку, вызывая perisalpingitis.

Опухоль pyosalpinx'a обычно меньшихъ размѣровъ, чѣмъ hydro-salpinx, хотя, какъ уже сказано, бываютъ и исключенія. Будучи всегда двустороннимъ (другая труба можетъ быть и водяночной) онъ всегда, по мнѣнію Landau, имѣетъ или кишкообразную, или колбасовидную, или цилиндрическую форму; стѣнки кисты плотны, тверды на ощупь, не эластичны.



Микроскопическія измѣненія въ стѣнкахъ гнойнаго мѣшка таковы: слизистая оболочка отсутствуетъ, замѣняясь грануляціонною тканью; мускульный слой дѣлается толще, но при дальнѣйшемъ теченіи, отъ давленія скопившагося въ трубѣ содержимаго, наступаетъ атрофія и истонченіе стѣнки; кровеносные сосуды, сначала увеличенные въ числѣ и переполненные кровью, при развитіи соединительной ткани запусѣваютъ.

Содержимое *pyosalpinx*'а является обыкновенно въ видѣ гноевидной, сливообразной жидкости, иногда очень густой, съ рѣзкимъ зловоннымъ запахомъ, иногда наоборотъ безъ запаха, жидкой (*Lan-dau*); въ нѣкоторыхъ случаяхъ гнойные элементы подвергаются жировому распаду и всасываются, и тогда получается переходъ (*Martin, Pozzi, Zweifel*) въ *hydrosalpinx*; въ другихъ же случаяхъ, наоборотъ, всасываются жидкія составныя части содержимаго, и тогда въ трубѣ находятся творожистыя массы.

Подъ микроскопомъ содержимое показываетъ: гнойныя тѣльца, жирно и гіалиново-перерожденныя эпителиальныя клѣтки, иногда мерцательный эпителий, жировыя капли и микроорганизмы (гонококки).

Туберкулезный *pyosalpinx* наблюдается обычно, какъ вторичное явленіе, и рѣдко встрѣчается первично (см. Климовичъ и Петлинь. Къ казуистикѣ первичнаго туберкулеза фаллопиевыхъ трубъ. „Еженед. Клин. Газета“, 1889, №№ 21 и 22). Онъ по внѣшнему виду почти не отличается отъ обыкновеннаго, почему прежніе авторы и смѣшивали ихъ между собою.

Кисты трубъ бугорковаго характера могутъ встрѣтиться во всякомъ возрастѣ, но чаще въ періодѣ функциональной дѣятельности женщины; онѣ бываютъ обычно двустороннія и чаще начинаются съ брюшнаго конца трубы (*Klob*, 1. с. стр. 297).

Бугорковый *pyosalpinx* отличается отъ обыкновеннаго микроскопическими особенностями, выражающимися характернѣе всего бугорками съ бактеріями и присутствіемъ гигантскихъ многоядерныхъ клѣтокъ.

*Haematosalpinx*, по внѣшнему виду, не представляетъ какихъ либо особенностей въ формѣ или величинѣ кисты трубы и рознится отъ другихъ только своимъ содержимымъ, которое представляетъ или настоящую кровь или видоизмѣненія ея.

Кровь, излившаяся въ трубу въ большемъ или меньшемъ количествѣ, при существованіи препятствій къ оттоку, образуетъ кисту большей или меньшей величины, смотря по количеству ея. Уже выше было замѣчено, что при водянкѣ трубы иногда находится кровь, явившаяся въ ней изъ сосудовъ слизистой оболочки трубы во время



регуль, но всегда въ маломъ количествѣ; при хроническихъ страданіяхъ сердца и легкихъ (Славянской, 1. с. стр. 32) и при яѣкоторыхъ общихъ и инфекціонныхъ болѣзняхъ (Михновъ, 1. с. стр. 28) кровь можетъ излиться въ трубу въ значительномъ количествѣ. Еще большія скопленія крови въ трубахъ являются при трубной беременности, которая, по мнѣнію Landau (1. с.), болѣе часта, чѣмъ до сихъ поръ думали, но что она въ равныхъ стадіяхъ смерти яйца легко просматривается въ силу того, что кромѣ короткаго перерыва регуль другихъ явленій не даетъ. Излившаяся кровь или остается иногда долгое время жидкою, чаще-же сгущается, при чемъ жидкія части всасываются, а твердыя отлагаются въ видѣ фибринныхъ сгустковъ, при чемъ красные кровяные шарики, видоизмѣняясь, подвергаются распаду.

Что касается патологической анатоміи сифилитическихъ пораженій трубы, то въ немногочисленныхъ случаяхъ этого рода наблюдались гуммозные опухоли.

Актиномикозъ фаллопиевыхъ трубъ, какъ уже сказано выше, описанъ только въ одномъ случаѣ.

## Распознаваніе и предсказаніе

При изложеніи припадковъ, наблюдаемыхъ при кистахъ трубъ, мы видѣли, что они крайне разнообразны и большею частью не характерны. Утилизировать эти симптомы для распознаванія тѣмъ труднѣе, что въ нашемъ распоряженіи, какъ уже сказано, нѣтъ ни одного припадка, на которомъ бы можно было остановиться, какъ на вполне патогномическомъ. Выше мы уже говорили, что Lawson-Tait считаетъ за характерные и постоянные признаки кистъ трубъ *dyspareuniю*, *dysmenorrhoeю*, *menorrhagiю* и боли; Landau утверждаетъ, что характернымъ признакомъ для *hydrosalpinx'a* является «пружинность» опухоли; онъ-же склоненъ придавать діагностическое значеніе трубнымъ коликамъ. (Landau. Diagnostische und therapeutische Erfahrungen über Tubensäcke (Hydrosalpinx). Arch. f. Gyn., Bd. XL, H. I).

Можно было бы, конечно, указать и на другихъ авторовъ, принимающихъ тотъ или другой припадокъ за патогномическій, но и приведенныхъ, по моему, достаточно, чтобы составить представленіе о господствующей въ этомъ отношеніи шаткости возрѣній, даже при современномъ состояніи нашихъ знаній относительно патологіи трубныхъ кистъ, не говоря уже про болѣе старыхъ авторовъ, какъ



напримѣръ проф. Горвиць, который (Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. Ч. II СПб. 1876, стр. 1110) говоритъ: «я до сихъ поръ ни разу не видалъ ни одного случая, гдѣ можно было бы установить хоть бы даже сомнительную діагностику сальпингита». Онъ же черезъ нѣсколько страницъ, говоря о водянкѣ трубъ (стр. 1113), заявляетъ, что распознаваніе трубной водянки, пока она не достигла значительныхъ размѣровъ, весьма затруднительно.

Такимъ образомъ установка діагноза должна основываться главнымъ образомъ на данныхъ объективнаго изслѣдованія.

Martin (I. с. стр. 344), говоря объ изслѣдованіи трубъ, заявляетъ: «я, слѣдовательно, ставлю діагнозъ лишь въ томъ случаѣ; когда мнѣ возможно бываетъ прощупать соединеніе этой опухоли при посредствѣ маточнаго конца съ самой маткой», и ниже указываетъ на трудность діагноза, обусловленную сращеніемъ опухоли съ окружающими частями.

Проф. Славянскій (Perimetritis lateralis и его лечение. Журн. Акушер. и Женск. болѣзней 1888. II стр. 272) также указываетъ на трудности діагноза, создаваемые сращеніемъ кисты съ окружающими частями, склеенными периметрическимъ эксудатомъ. Scherfer (I. с.) предлагаетъ при сильныхъ периметрическихъ сращеніяхъ, когда трудно прослѣдить переходъ *ligamentum latum* на опухоль, довольствоваться діагнозомъ трубно-яичниковыхъ кистъ.

Veit (Gynäkologische Diagnostik. Die Diagnose der Tubenekrrangungen. Cop. 8. S. 147—152. Stuttgart. 1890), указавши признаки кистъ трубъ, признаетъ, что вполне точно діагностировать ихъ очень трудно, благодаря сращеніямъ. Маковецкій (I. с. стр. 32) также указываетъ на это обстоятельство. Словомъ, авторы считаютъ крайне труднымъ распознавать ретенціонныя кисты трубъ при существованіи сращеній съ окружающими частями, и особенно одновременно съ кистами яичника, такъ что, по замѣчанію профессора Славянскаго, (I. с. стр. 50) «даже и при анатомическомъ изслѣдованіи съ пинцетомъ и скальпелемъ въ рукахъ приходится потратить много времени, чтобы точно опредѣлить отношеніе частей».

Но тѣмъ не менѣе, не смотря на только что указанныя трудности, все таки есть возможность въ значительномъ большинствѣ случаевъ установить діагнозъ ретенціонной кисты трубы и даже характеръ ея содержимаго изъ сопоставленія данныхъ объективнаго изслѣдованія, теченія болѣзни и симптомовъ ея, въ связи съ данными этиологіи и анамнеза.

Уже при наружномъ изслѣдованіи, если брюшная стѣпка подат-



лива, можно иногда въ повздошныхъ областяхъ съ той или другой стороны тѣла матки прощупать опухоли, болѣзненные къ давленію плотной консистенціи и различной величины. При двойномъ изслѣдованіи въ сводахъ находимъ опухоли,—занимающія по отношенію къ маткѣ различныя положенія, но всегда связанныя съ нею ножкою бѣльшей или меньшей длины,—опухоли различной формы, величины, подвижности и плотности. Чаше эти опухоли помѣщаются съ боковъ отъ матки и при значительной величинѣ ихъ отходятъ немного кзади въ Дугласово пространство; иногда-же эти опухоли, при очень значительной величинѣ, даже поднимаются въ большой тазъ. Рѣже онѣ ложатся въ передніе боковые своды и еще рѣже совершенно впереди матки. Опухоли бываютъ двухъ и одностороннія. Величина ихъ колеблется отъ шнура, толщиною въ палецъ, до размѣровъ дѣтской головы; въ исключительныхъ случаяхъ онѣ достигаютъ громаднхъ размѣровъ. Въ наблюденіяхъ, приводимыхъ у Клоб'а, авторы находили кисты, изъ которыхъ выпускалось жидкости до 150 фунтовъ (Cyrrianus); въ случаѣ Маковецкаго (1. с. стр. 41) *ruosalpinx*, выполняя часть таза, поднимался выше пупка на 4 пальца. Форма опухолей не всегда одинакова. Кисты принимаютъ форму болѣе или менѣе толстаго шнура, прямого или изогнутаго, четкообразнаго (*saccatus*), шишкообразнаго, иногда имѣютъ форму кишки, колбасы, булавы, груши, подковы (Оттъ. Проток. Акуш.-Гин. Общ. въ Спб., годъ 2, № 11), апельсина, но чаще всего продолговато-овальную, яйцевидную. Такое разнообразіе формы ретенціонныхъ кистъ зависитъ отъ участка трубы, въ которомъ накапливается содержимое, отъ отношенія къ широкой связкѣ и окружающимъ частямъ и отъ анатомическихъ особенностей трубы, на что уже было указано выше.

Обыкновенно большихъ размѣровъ достигаютъ трубы съ водянистымъ содержимымъ, но бываютъ громаднхъ размѣровъ и *ruosalpinx*'ы (случай Маковецкаго). Незначительные размѣры при гнойномъ содержимомъ обуславливаются гипертрофіей стѣнокъ ихъ и склейками съ окружающими органами, мѣщающими кистѣ распространяться въ стороны.

Въ прямой зависимости отъ величины сращеній съ окружающими органами находится степень подвижности кистъ, которая бываетъ также разнообразна. Кромѣ склеекъ тутъ играетъ роль и величина опухоли и мѣсто, которое она занимаетъ въ тазу. Обычно опухоли, помѣщающіяся въ *sacum Douglasii*, наименѣе подвижны. Двухстороннія опухоли могутъ быть и одинаковой величины, но чаще одна изъ нихъ больше другой.



Плотность опухолей также различна: то онѣ мягки, податливы, то эластично-упруги, «пружинисты», то плотны, почти тверды, такъ что напоминаютъ собою солидные опухоли, фибромы или миомы. Мягкія опухоли, «пружинистыя», обыкновенно бываютъ при hydrosalpinx'ѣ или haematosalpinx'ѣ, плотныя, большею частью, при pyosalpinx'ѣ. Впрочемъ, это различіе въ плотности еще не указываетъ непременно на тотъ или иной характеръ содержимаго, ибо pyosalpinx можетъ при ощупываніи дать такую же плотность, какъ и hydrosalpinx, что, конечно, происходитъ отъ большей или меньшей толщины его стѣнокъ и отъ густоты самаго гноя.

Болѣзненность опухолей также не одинакова. Болѣе чувствительными къ давленію бываютъ, по понятнымъ причинамъ, pyosalpinx'ы, какъ опухоли, дающія наичаще реактивныя воспаленія окололежащей брюшины. Но и болѣзненность не можетъ быть принимаема за основаніе для опредѣленія характера опухоли; при малой опухоли съ ничтожными сращеніями и съ водянистымъ содержимымъ боли иногда бываютъ очень сильныя и наоборотъ, что, конечно, въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ индивидуальной организаціи, степени раздражительности и воспримчивости субъекта.

Матка при кистахъ трубъ бываетъ то нормальнаго объема, то увеличена. Положеніе ея зависитъ отъ мѣстонахожденія и величины опухолей и числа ихъ. Одиночная опухоль, лежащая сбоку матки, отклоняетъ послѣднюю въ свободный сводъ на большую или меньшую величину. Опухоль, находящаяся въ Дугласовомъ пространствѣ, если она одиночна, отклоняетъ матку въ переднебоковой сводъ, двойная—прижимаетъ матку то сильнѣе, то слабѣе къ симфизу, при чемъ, смотря по величинѣ опухолей, она поднимается болѣе или менѣе кверху. При положеніи кисты трубы болѣе спереди, матка отходитъ или совсѣмъ назадъ, или въ заднебоковые своды съ поднятіемъ кверху или опусканіемъ книзу, что, конечно, зависитъ отъ величины опухоли.

Вообще, надо сказать, что положеніе матки зависитъ не только отъ величины и числа опухолей, ихъ мѣстоположенія, но и отъ степени сращенія кистъ съ окружающими органами. Часто опухоли бываютъ приращены къ самой маткѣ. Сращенія кистъ трубъ, бываютъ съ яичниками, съ соесум, S-romanum, rectum, съ мочевымъ пузыремъ, петлями тонкихъ кишекъ и со стѣнками таза. Сращенія эти бываютъ то въ видѣ просто фибринозныхъ склеекъ, то совершенно организованныхъ соединительно-тканыхъ сращеній съ обиліемъ сильно развитыхъ сосудовъ; иногда онѣ на столько прочны, что отдѣлить ихъ, безъ разрыва кисты или серьезной травмы для



соотвѣтствующаго органа, невозможно. Такія сращенія, какъ уже указано выше, даютъ иногда при изслѣдованіи опухоли плотныя, болѣзненные, совершенно неподвижныя, такъ что нѣтъ никакой возможности опредѣлить въ этой массѣ, какіе органы входятъ въ ея составъ, и имѣется-ли въ данномъ случаѣ растянутая до той или другой величины труба, или нѣтъ. Лишь только путемъ иногда очень продолжительнаго клиническаго наблюденія и длительнаго соотвѣтствующаго леченія удается обособить органы другъ отъ друга и найти здѣсь кисту трубы, которая чаще и была источникомъ образованія такой смѣшанной опухоли; иногда же обособить органы другъ отъ друга не удается даже при чревосѣченіи или на секціонномъ столѣ.

Указавши въ общихъ чертахъ на форму, величину и проч. ретенціонныхъ кистъ и ихъ отношеніе къ маткѣ, разберу всѣ эти данныя болѣе подробно.

Въ ранней стадіи развитія труба, превращающаяся въ кисту, представляетъ изъ себя шнурокъ, который отъ угла матки направляется кнаружи. Шнурокъ этотъ сначала прощупывается болѣе круглымъ и плотнымъ, но постепенно дѣлается эластичнѣе и толще. Ощупываніе такой трубы иногда даетъ у маточнаго конца ея ощущеніе плотныхъ узловъ, которые были знакомы уже Rokitansk'ому (I. с. стр. 822) и описаны имъ подъ названіемъ фибромъ, величиною съ горошину. Узлы эти, по его мнѣнію, иногда входятъ въ толщу трубы. Форма узловъ или круглая, или плоско-округлая.

Shauta считаетъ появленіе этихъ узловъ за раннюю стадію хроническаго катарра трубы. Negar признаетъ ихъ за гипертрофію стѣнки трубы и считаетъ, что они чаще наблюдаются при бугорчаткѣ трубы, а такіе же узлы при хроническомъ катаррѣ и водянкѣ считаетъ за фибромы. Martin, Orthman и Werth показали, что это суть стягиванія слизистой оболочки съ послѣдующей отшнуровкой этихъ выпячиваній. Martin назвалъ эту форму *salpingitis follicularis*, а Chiari, описавшій ихъ анатомически, — *salpingitis isthmica nodosa*.

Перечисляя этихъ авторовъ, Schauta сообщаетъ, что эти узлы суть мѣстныя гипертрофіи и гиперплазіи мышечнаго слоя трубы, явившіяся, какъ результатъ воспаленія слизистой оболочки трубы, съ послѣдующимъ отшнурованіемъ, при чемъ въ узлахъ этихъ микроскопически найдено строеніе трубы съ просвѣтомъ канала, въ которомъ находится эпителий трубы. Узлы эти происходятъ подъ влияніемъ впячиванія въ мускульный слой слизистой оболочки. Узлы эти имѣютъ или рѣзкія границы, или постепенно переходятъ въ трубу, на подобіе конуса. Ощупываніе этихъ узловъ и не нахожденіе остальной трубы при двойномъ изслѣдованіи, и совокупность припадковъ:



частыя неправильныя кровотеченія изъ родовыхъ путей, катарръ матки, *sterilitas* и боли приступами черезъ неправильныя промежутки, коликообразнаго характера, особенно при регулахъ, въ связи съ гонорреей въ этиологіи, давали ему данныя для діагноза. Боли онъ объясняетъ суженіемъ просвѣта входа изъ трубы въ матку вслѣдствіе опуханія слизистой оболочки или гипертрофіи и гиперплазіи мышечныхъ элементовъ, ведущей къ стенозу, что вызываетъ судорожныя сокращенія трубы въ остальныхъ ея частяхъ.

Schauta въ 18 случаяхъ, руководствуясь этими узлами, установилъ діагнозъ начинающагося сальпингита.

На существованіе этихъ узловъ указываетъ также проф. Славянскій (1. с. стр. 19) и вопреки Негару замѣчаетъ, что они не могутъ быть признаны за патогномическій признакъ туберкулезнаго сальпингита, именно на этомъ мѣстѣ на нерасширенномъ концѣ трубы; но онъ признаетъ ихъ доказательными (1. с. стр. 48) при одновременномъ нахожденіи ихъ на широкихъ связкахъ и на наружномъ концѣ трубы.

Иногда труба представляется различно колѣнчато-изогнутою въ зависимости отъ ея прикрѣпленія къ широкимъ связкамъ и сращенія стѣнокъ ея на перегибахъ, что даетъ картину бороздчатости. Змѣвидное состояніе ея Rokitansky (1. с. стр. 817) считаетъ за характерное для бугорчатки. Проф. Славянскій указываетъ на четкообразныя вздутія, прощупываемыя на трубахъ при маломъ растяженіи ихъ, наблюдаемыя при *ruosalpinx* особенно туберкулезнаго происхожденія. Возвышенія эти прощупываются сравнительно легко по ихъ плотности, при чемъ имѣютъ значеніе вышеуказанные плотные узлы на наружномъ концѣ.

Martin считаетъ возможнымъ ставить діагнозъ, когда ему удастся прощупать соединеніе опухоли трубы съ маткой при посредствѣ маточнаго конца трубы. Дѣйствительно, эта часть трубы (Klob. 1. с.) долго остается неизмѣнной и, представляя собою плотный, иногда болѣзненный шнуръ, служитъ путеводителемъ и точкой отправленія при ориентировкѣ въ различеніи околomаточныхъ опухолей.

При накопленіи содержимаго въ наружномъ концѣ трубы, какъ болѣе широкомъ, форма опухоли будетъ колбовидная или булавовидная, ибо маточный конецъ трубы остается нерастянутымъ, представляя собою горло колбы или рукоятку палицы. Вообще нахожденіе бороздки, шейки или шнура между опухолью и угломъ матки наиболѣе характерный объективный признакъ для трубныхъ кистъ.

При значительныхъ растяженіяхъ труба представляетъ собою форму различной величины овоидовъ и даже шаровъ. Въ зависимо-



сти отъ содержимаго, стѣнки этихъ овоидовъ и шаровъ будутъ или плотны, или мягки, такъ что опухоли представляются или плотными, какъ фиброма, или мѣшкообразными, слегка флюктуирующими. Первое наблюдается, какъ уже сказано, чаще при *pyosalpinx*, второе при *hydrosalpinx* и *haematosalpinx*.

Характеръ опухоли при прощупываніи отходящей отъ угла матки ножки или даже просто бороздки, при одновременномъ ощупываніи свободно лежащаго яичника, опредѣляется ясно; но рѣдко бываетъ, чтобы яичникъ лежалъ свободно, онъ скоро срастается съ трубою, представляя съ нею одну общую опухоль, склеенную сращеніями, и тогда распознаваніе дѣлается труднѣе. Впрочемъ, иногда можно еще прощупать борозду между яичникомъ и опухолью трубы, когда сращеній не такъ много, и яичникъ не очень сильно кистовидно перерожденъ; при этомъ яичникъ и киста трубы различаются также по разности консистенціи: яичникъ представляется болѣе округлымъ и плотнымъ тѣломъ.

Затѣмъ, по внѣшнимъ признакамъ трубной опухоли можно отчасти судить и о характерѣ ея содержимаго: плотность стѣнки, сращенія, сплошное растяженіе трубы указываютъ на *pyosalpinx*; опуханіе брюшного конца безъ измѣненія остальной части трубы съ большею вѣроятностью говоритъ за *hydrosalpinx*. Что касается установки діагноза бугорчатки трубъ, то онъ сводится преимущественно на опредѣленіе туберкулеза вообще (чахотка легкихъ).

На сколько существованіе сращеній затемняетъ картину и затрудняетъ распознаваніе, видно изъ слѣдующаго примѣра: Pozzi въ своемъ руководствѣ (*Traité de gynécologie clinique et opératoire*. Paris 1890, стр. 649) сообщаетъ 2 случая изъ практики Doléris'a, когда онъ принялъ завашія въ Дугласово пространство петли тонкихъ кишекъ, по припадкамъ, за сальпингитъ, но на операціи найденъ былъ тазовой перитонитъ, а трубы оказались здоровыми.

Теперь мнѣ остается сказать о діагностическомъ значеніи періодическаго увеличенія и уменьшенія кистъ трубъ въ связи съ періодами регуль. Какъ уже было упомянуто, первый обратилъ на это вниманіе (Spencer Wells, 1. с. стр. 199 — 200) американскій врачъ Frank въ 1872 году, который находилъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ больной передъ регулами, на правой сторонѣ матки опухоль въ куриное яйцо, исчезающую послѣ нихъ и снова являющуюся при новомъ менструальномъ приливѣ.

Chadwick (1. с.) во время преній высказался такъ: «теперь у меня было нѣсколько случаевъ, представлявшихъ одинаковую послѣдовательность симптомовъ, въ которыхъ мнѣ удалось открыть при-



существовании опухоли на одной или другой стороне матки, какую опухоль я диагностировал как кисту фаллопиевой трубы, но никогда не проводил своего диагноза операцией или вскрытием. Мое объяснение симптомов следующее: жидкость скопляется в трубах, брюшинный конец которой закрыт, до того, что она значительно растягивается; когда приближается период месячных, в трубах происходят повторные перистальтические сокращения, сопровождаемые сильной болью, стремящаяся прогнать жидкость сквозь временно закрытый маточный конец трубы. Это продолжается с перерывами с возрастающей силой, пока во время менструального расслабления (разрыхления) матки жидкое содержимое не будет прогнано в полость матки с непосредственным облегчением симптомов».

Lawson-Tait, цитируя эти слова Chadwick'a, и приводя мнение Duncan'a, объясняющего периодическое появление и исчезновение околоматочных опухолей лопанием простых мелких пароваріальных кист, замечает, что он согласен в некоторых случаях с объяснением Duncan'a, но что в большинстве случаев источником этих явлений служат трубы, которые будучи растянуты (hydro и ruosalpinx) дают разрывы в infundibulum.

Meyer (l. c.) также заметил этот факт, но не дал ему никаких объяснений.

Проф. А. И. Лебедев обратил также внимание на это явление и дает ему диагностическое значение, как указано выше. Михновъ, объясняет наблюдавшееся проф. Лебедевым явление увеличением трубы и яичника от переполнения их кровью, под влиянием менструального прилива, выделением, под влиянием того же прилива, крови в полость трубы, набуханием слизистой оболочки и самой стѣнки трубъ, сгравиванием граафова пузырька и предполагаемым им усиленным выделением секрета слизистой оболочки.

Проф. К. Ф. Славянский, указывая на тот же факт, объясняет исчезновение или уменьшение опухолей во время, до и послѣ менструального периода полным или частичным опорожнением кисты, через незакрытое ostium uterinum.

Мнѣ остается сказать еще несколько словъ о дифференціальном распознавании ретенционных кистъ фаллопиевыхъ трубъ.

Эта часть представляет наибольшія трудности при изложении ее, такъ какъ для этого приходится коснуться, если не всѣхъ, то по крайней мѣрѣ большинства болѣзней женской половой сферы, и всетаки обособить кисты трубъ, какъ таковыя, отъ другихъ страданій, дающихъ много сходнаго съ ними, надо сознаться, крайне трудно. Поэтому волей неволей приходится согласиться съ большин-



ствомъ авторовъ (Martin, Scheffer, Landau, Славянскій и др.), что въ этомъ случаѣ надо принимать въ соображеніе анамнезъ, припадки, теченіе, объективное изслѣдованіе, и часто только послѣ длительного наблюденія и примѣненія разныхъ діагностическихъ приѣмовъ, а иногда *ex juvantibus*, да и то не всегда, удается установить отличіе трубной кисты: отъ дермоидныхъ кистъ, отъ небольшихъ яичниковыхъ кистомъ, отъ кистъ интралигаментарныхъ, отъ подсерозныхъ фибромъ, миомъ, трубной беременности, гематомъ, воспалительныхъ экссудатовъ и проч., каковыя опухоли легко смѣшаты съ ретенционными кистами трубъ.

Тѣмъ не менѣе авторы указываютъ на нѣкоторые спеціальныя приемы, по которымъ кисты трубъ иногда сразу удается точно распознать. Прощупываніе ножки, связывающей опухоль съ угломъ матки, или по крайней мѣрѣ бороздки, отдѣляющей опухоль отъ матки, производится не только *per vaginam*, но и *per rectum*, и даже черезъ мочевою пузырь, какъ это рекомендуетъ вмѣстѣ съ другими и проф. Славянскій, при низведенномъ положеніи матки, что даетъ возможность прощупать уголь матки и идущую отъ него ножку кисты.

Landau совѣтуетъ пробный проколъ черезъ влагалище или черезъ брюшную стѣнку, чтобы путемъ химическаго анализа, микроскопа и бактериологическаго изслѣдованія рѣшить, съ чѣмъ имѣется дѣло. Пробный проколъ несомнѣнно можетъ принести данныя для распознаванія, но далеко не всегда. Онъ можетъ указать, имѣется ли въ данномъ случаѣ опухоль съ жидкимъ содержимымъ, но по характеру извлеченной жидкости не всегда возможно рѣшить, киста ли это трубы, или какая либо другая опухоль съ жидкимъ содержимымъ, а этотъ-то вопросъ при леченіи расширеніемъ и необходимо прежде всего выяснитъ.

Въ виду трудности распознаванія, мнѣ кажется, слѣдовало бы дѣлать пробное расширеніе матки, которое во многихъ случаяхъ не только помогло бы рѣшить вопросъ, съ чѣмъ приводится имѣть дѣло, но и прямо бы послужило врачевнымъ приѣмомъ. Этотъ приѣмъ, по моему, не только не противопоказанъ, а напротивъ онъ именно здѣсь уместенъ. Боязнь излитія гноя въ брюшину, конечно, многихъ будетъ удерживать отъ этого діагностическаго приѣма, но, во первыхъ, существующее подозрѣніе на присутствіе гноя въ трубѣ (лихорадочное теченіе) должно удержать отъ примѣненія этого способа, а во вторыхъ, въ случаѣ такого несчастья всегда еще въ резервѣ остается лапаротомія, которая, какъ извѣстно, очень не рѣдко примѣняется въ качествѣ послѣдняго діагностическаго приѣма. Словомъ



сказать, расширение матки можетъ съ извѣстнымъ правомъ претендовать на значеніе цѣлесообразнаго и относительно безвреднаго діагностическаго пріема при вопросѣ о ретенціонныхъ кистахъ трубъ.

Предсказаніе при трубныхъ кистахъ обусловливается преимущественно характеромъ содержимаго опухоли.

*Pyosalpinx* всегда грозитъ здоровью и даже жизни. Длительное теченіе, лихорадки, боли истощаютъ больныхъ, дѣлаютъ ихъ въ тягость себѣ и другимъ, а въ случаѣ разрыва мѣшка грозитъ смерть отъ перитонита или, въ лучшемъ случаѣ, еще болѣе тяжелое длительное страданіе и смерть отъ истощенія. Тоже можно сказать, если гнойный мѣшокъ прорвется въ одинъ изъ близлежащихъ полыхъ органовъ.

При кровяной кистѣ опасность въ случаѣ разрыва грозитъ отъ внутренняго кровотеченія, которое можетъ быть смертельнымъ.

*Hyposalpinx* не грозитъ такими тяжелыми исходами, но непріятенъ своею длительностью и тѣмъ, что больная дѣлается неспособною къ труду.

Что касается способности къ зачатію, то предсказаніе здѣсь также неблагоприятно, особенно при двустороннемъ пораженіи трубъ.

## Л е ч е н і е.

Приступая къ изложенію терапіи, я кратко скажу о примѣнявшихся прежде консервативныхъ способахъ леченія.

Старые консервативные способы леченія кистъ фаллопиевыхъ трубъ заключались въ мѣстныхъ крововызвеченіяхъ, въ разрѣшающихъ, болеутоляющихъ, отвлекающихъ и въ общемъ леченіи, что иногда улучшало болѣзнь, а иногда, по словамъ авторовъ, и совершенно излечивало ее. Иногда излеченію помогала ортопедія, если причиною образованія кисты было неправильное положеніе (чаще *retroflexio*) матки.

Въ послѣднее время примѣнялся и примѣняется массажъ, который механически помогаетъ опорожненію кисты, ибо содержимое частью выдавливается, частью, вызывая сокращеніе мускулатуры трубы, изгоняется, такъ сказать, силами самой природы. Сюда же слѣдуетъ отнести и назначеніе внутрь средствъ, вызывающихъ сокращеніе мускулатуры трубъ, каковы *Secale cornutum*, *Hydrastis canadensis* и т. п.

Затѣмъ, въ виду малой успѣшности всѣхъ этихъ пріемовъ, былъ предложенъ и иногда примѣняется проколъ *per vaginam* или прямо



черезъ брюшную стѣнку съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ раздражающихъ средствъ, чтобы вызвать сокращеніе стѣнокъ мѣшка и заращеніе послѣдняго.

Но теперь чаще всего прибѣгаютъ къ чревосѣченію, которое несомнѣнно имѣетъ свои показанія при леченіи болѣзней фаллопиевыхъ трубъ, вообще, но объ увлеченіи и злоупотребленіи которымъ мною достаточно сказано выше.

Не вдаваясь въ дальнѣйшія подробности по этому вопросу, я прямо перейду къ непосредственному предмету моей диссертациі—къ леченію ретенціонныхъ кистъ трубъ расширеніемъ матки.

Родоначальникомъ и первымъ смѣлымъ проводникомъ этого еще очень юнаго способа въ 1884 г. является бельгійскій врачъ въ Брюсселѣ, Walton, заслугу котораго оцѣнять по достоинству и современные представители медицины и будущій историкъ гинекологической терапіи. Уже по тѣмъ немногимъ еще пока наблюденіямъ методу этому предвидится почетное мѣсто въ ряду другихъ способовъ леченія, и авторъ его по справедливости можетъ гордиться своимъ дѣтищемъ.

Почти одновременно съ Walton'омъ въ Парижѣ въ томъ же направленіи стали работать Doléris, опытный гинекологъ и плодовитый писатель, который внесъ уже нѣкоторыя улучшенія въ этотъ новый методъ.

Третьимъ въ проведеніи этого способа въ практику выступаетъ въ Германіи Gottschalk, повидимому самостоятельно начавшій примѣнять этотъ методъ.

Сдѣлавши это обязательное вступленіе, я перехожу къ изложенію способовъ каждаго автора въ ихъ историческомъ порядкѣ съ указаніемъ особенностей, присущихъ этимъ способамъ, и прежде всего изложу способъ Walton'a, который находилъ возможнымъ примѣнять его для леченія довольно разнообразныхъ гинекологическихъ заболѣваній, эндометритовъ, пери и параметритовъ, оофоритовъ и трубныхъ кистовидныхъ опухолей, создавши себѣ опредѣленную теорію дѣйствія этого новаго способа, какъ будетъ указано ниже.

Первое свое предварительное сообщеніе Walton напечаталъ въ *Annales de la Société de médecine de Gand* въ 1884 году (*Dilatation forcée et discision du col*). Позднѣе онъ опубликовалъ еще рядъ своихъ работъ въ томъ же направленіи и, наконецъ, послѣднюю, обстоятельную работу «*Contributions à l'étude de la pelvipéritonite* (*Académie Royale de médecine de Belgique, juillet, 1887. Bruxelles 1888*). Въ ней онъ самъ устанавливаетъ свое первенство въ проведеніи этого метода. Прочитывая Doléris'a по поводу громадна-



го значенія расширенія матки для внутриматочной терапіи, онъ говоритъ: «Мы счастливы и считаемъ для себя триумфомъ, что д-ръ Doléris дошелъ до того, что сталъ лечить эндометритъ посредствомъ приема почти тождественнаго и аналогичнаго съ нашимъ способомъ, который мы примѣняли въ теченіи уже нѣсколькихъ лѣтъ». Затѣмъ на стр. 104, говоря о громадной важности результатовъ возстановленія проходимости отверстій трубъ и указавъ, что это приемъ новый для леченія «тазовыхъ абсцессовъ у женщинъ», онъ говоритъ: «мы полагаемъ, что можемъ претендовать на то, что мы первые ввели его».

Въ этой своей работѣ, оцѣнивши всѣ способы расширенія матки и указавъ на выгоды и опасности каждаго изъ нихъ, Walton заявляетъ, что признаетъ за самый выгодный и быстрый свой инструментальный способъ расширенія, какъ наиболее безопасный. Методъ его состоитъ въ слѣдующемъ.—Наканунѣ операціи больной дается слабительное, въ день операціи дѣлаются повторно промывательные клистиры и дается мыльная ванна. Послѣ того больная кладется на столъ-кресло Schöberl'я, или просто на столъ въ положеніе на спинѣ, хлороформируется, если возможно, и ей вводится зеркало Rothe; при невозможности хлороформированія больная помѣщается на столъ въ Sims'овскомъ положеніи и въ этомъ случаѣ употребляется зеркало Thomas'a. Пузырь опорожняется катетеромъ, дѣлается тщательное обмываніе vulvae и окружающихъ частей мыломъ, 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> или 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ карболовой кислоты, влагалище орошается сулемой или карболовой кислотой, шейка матки, своды и влагалище вытираются губками съ 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> карболовымъ растворомъ. По обнаженіи шейки, одна изъ губъ ея захватывается крючкомъ Sims'a или длинными щипцами, для фиксаціи матки, и вводится расширитель Priestley'я, смазанный карболовымъ масломъ, въ шейку, до полости матки, чтобы расширить наружное отверстіе. Вслѣдъ за нимъ вводится расширитель Rajot, который растягиваетъ оба отверстія. Далѣе—расширитель Ellinger'a. «До сихъ поръ боль еще весьма сносная», по замѣчанію автора. Четвертымъ вводится расширитель Sims'a съ тремя вѣтвями, производящій небольшое кровотеченіе; каналъ шейки вытирается тонкой губкой съ 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> карболовой воды; шейку удерживаютъ неподвижно, ибо инструментъ этотъ легко выталкивается маткой. Послѣднимъ вводится расширитель Schultze, нѣсколько видоизмѣненный, съ двумя вѣтвями, съ насѣчками для удержанія отъ выскальзыванія. Инструментъ долженъ быть проченъ, ибо сопротивленіе, сокращенія тканей матки громадно; рука въ состояніи удерживать сдвинутыя рукоятки его лишь нѣсколько секундъ (ручка его



въ одну изъ операций сломалась), но благодаря прибавленной Walton'омъ гайкъ, рукоятки удерживаются въ раздвинутомъ состояніи сами собою. Инструментъ этотъ остается въ маткѣ до  $\frac{1}{4}$  часа, ради «подслизистаго разрыва и растяженія нервовъ (plexus submucosus Guerhardti)». Боль у нехлороформированныхъ бываетъ «невыносимой» и длится минутъ 20, но стихаетъ по мѣрѣ утомленія мышцы матки. Примѣненіе этого способа вскорѣ послѣ родовъ и выкидышей не вызываетъ такихъ болей, ибо ткани, по замѣчанію Walton'a, рыхлѣе и податливѣе; но онъ производилъ такимъ способомъ расширеніе даже у дѣвственницъ.

Послѣ расширенія Walton дѣлаетъ выскабливаніе ложечкой Sims'a съ тупыми краями, главнымъ образомъ—дна и угловъ полости матки, для лучшаго открытія отверстій трубъ. Послѣ выскабливанія матка, черезъ катетеръ Vozeman'a, обильно промывается 3% горячимъ карболовымъ растворомъ, а затѣмъ въ нее впрыскивается іодная настойка, или вводится на 24 часа толстый фитиль, пропитанный T-ra jodi, а во влагалище—іодоформированный газъ или пропитанные глицериномъ ватные тампоны. Подъ кожу вспрыскивается морфій.

Бромъ того Walton иногда вводитъ въ матку толстую дренажную трубку, наружный конецъ которой погружаетъ въ растворъ сулемы 1:1000. При помощи этой трубки онъ даетъ свободный стокъ гною и въ тоже время слѣдитъ за количествомъ и качествомъ его.

Этотъ приемъ по автору необходимъ для устраненія прониканія воздуха въ полость абсцесса, а сулема убиваетъ «зловредные микроорганизмы, которые бы могли распространяться въ воздухъ и заразить всю окружающую среду». (Walton. Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcés pelviens. 1888 г. отдѣльная брошюра, стр. 15 и Annales de la société de médecine de Gand, 1888).

«Эта операція, говоритъ Walton, будучи произведена съ тою осторожностью и спокойствіемъ, которыя даются навыкомъ въ гинекологическихъ операціяхъ, не представляетъ никакой серьезной опасности, при условіи, чтобы вѣтви расширителя разводились постепенно, а не сразу».

Послѣдующее леченіе состоитъ въ ежедневныхъ маточныхъ ирригаціяхъ карболовымъ растворомъ, въ такомъ же впрыскиваніи іодной настойки въ теченіи нѣсколькихъ (?) дней, въ глицериновыхъ тампонахъ въ рукавъ и въ примѣненіи горячихъ въ 40—45° С. рукавныхъ душей въ промежуткахъ.

Авторъ сравниваетъ свой способъ съ дренажемъ черезъ брюшную стѣнку и выставляетъ слѣдующія его достоинства: насильственное



расширеніе безопасно, такъ какъ брюшина не трогается и гной опорожняется естественнымъ путемъ; оно не требуетъ искусственнаго удаленія изъ почти вертикальной трубки гноя, скопляющагося внизу ея, какъ дѣлаетъ это Lawson-Tait, или примѣненія смѣнныхъ фитилей изъ іодоформенной марли для высасыванія гноя, какъ—Miculicz, или другіе операторы, прибѣгающіе иногда еще къ контр-апертурѣ черезъ влагалище, для вставленія второй дренажной трубки.

Далѣе Walton выставляетъ на видъ слѣдующія выгоды своего способа: 1) онъ антисептиченъ, 2) полное расширеніе производитъ въ одинъ сеансъ, 3) надолго оставляетъ матку открытою, а главное 4) производитъ подслизистый разрывъ волоконъ и вытяженіе нервовъ, подобно тому, какъ это дѣлается при леченіи невралгій.

При обзорѣннн техники способа Walton'a прежде всего бросаются въ глаза слѣдующіе недостатки: 1) сложность способа: требуется цѣлый арсеналь металлическихъ расширителей разныхъ системъ, примѣненіе которыхъ требуетъ отъ врача и навыка въ обращеніи, чтобы умѣло и быстро распорядиться ими, и сообразнаго употребленія силы, чтобы расширить каналъ и не нанести излишней травмы.

Самъ же Walton, какъ упомянуто выше, сообщаетъ объ одномъ случаѣ, когда у него во время операціи сломалась ручка у расширителя Schultze. 2) Способъ Walton'a по своей крайней болѣзненности требуетъ употребленія хлороформа. О такой болѣзненности своего способа говоритъ и самъ авторъ, что „невыносимая“ боль длится минутъ 20. 3) Онъ не такъ быстръ, какъ думаетъ авторъ его. Правда, онъ производится въ одинъ сеансъ, но послѣдующее леченіе создаетъ врачу много дѣла и серьезнаго ухода за больной въ теченіи 15 и болѣе дней, ибо врачу самому необходимо дѣлать промыванія матки карболовой кислотой или сулемой, самому необходимо впрыскивать іодную настойку, вводить іодные фитили и ставить стеклянную дренажную трубку, слѣдя за выдѣленіемъ черезъ нее гноя; такимъ образомъ быстрота этого способа только кажущаяся.

Нельзя не отмѣтить ученія Walton'a относительно выскабливанія слизистой оболочки матки, которому онъ придаетъ значеніе въ смыслѣ уничтоженія гнѣзда заразы, въ которомъ ютятся микробы.

Walton говоритъ, что онъ ни разу не видѣлъ отъ своего способа дурныхъ послѣдствій. Дѣйствительно, просматривая исторіи болѣзней, приводимыя авторомъ, видимъ, что перѣдко очень серьезныя заболѣванія уступали его способу леченія, Изъ 12-ти приведенныхъ имъ случаевъ нѣкоторые были прямо безнадежны, а между тѣмъ больныя поправлялись.

Изъ рассмотрѣнія этихъ 12-ти исторій болѣзней видно, что



Walton, какъ уже замѣчено выше, примѣнялъ расширение матки не только при распознанныхъ скопленіяхъ въ фаллопиевыхъ трубахъ, но и, вообще, въ случаяхъ такъ называемыхъ «околоматочныхъ абсцессовъ». Нельзя отрѣшиться отъ мысли, что, быть можетъ, въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ были въ дѣйствительности ретенціонныя кисты трубъ (pyosalpinx); тогда будетъ совершенно понятно отмѣчаемое авторомъ опорожнение ихъ черезъ матку. Такое мнѣніе находитъ себѣ, впрочемъ, опору и въ выводахъ самого Walton'a (см. ниже).

Подводя итоги терапевтическимъ результатамъ, достигаемымъ путемъ расширенія матки, Walton приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) При хроническомъ неэкссудативномъ пельвиперитонитѣ боль устраняется насильственнымъ расширеніемъ матки.

2) При экссудативной формѣ насильственное расширеніе, улучшая оттокъ крови, уничтожаетъ околоматочныя опуханія и облегчаетъ всасываніе выпота.

3) Въ случаяхъ околоматочныхъ или тазовыхъ абсцессовъ, которые представляютъ собою, вообще, кисты трубъ, можно, расширяя матку, опорожнить ихъ содержимое черезъ маточный каналъ.

4) Въ случаяхъ послѣродовой септицеміи, симптомы быстро исчезаютъ послѣ операціи.

Ни при какомъ другомъ способѣ нельзя такъ часто дезинфицировать полость матки, гнѣздо микробовъ.

5) Такіе рефлексы, какъ рвота, быстро исчезаютъ подѣ влияніемъ насильственного расширенія мышцъ матки.

Изъ этихъ выводовъ ясно видно, что задача, поставленная себѣ Walton'омъ, гораздо шире, чѣмъ только опороженіе кистъ трубъ. Изъ нихъ также видно, что Walton не думаетъ извлекать гной изъ пери или параметритовъ черезъ матку, какъ это, съ понятнымъ недоумѣніемъ, приписываетъ ему Gottschalk; онъ только, какъ видно изъ вывода второго, облегчая оттокъ крови, желаетъ помочь всасыванію экссудатовъ.

Способъ Walton'a, въ виду обширности его задачъ, быть можетъ, найдетъ широкое примѣненіе въ будущемъ, но онъ уже и теперь сослужилъ большую службу гинекологіи, указавъ естественный путь удаленія изъ организма опаснаго гнѣзда, служившаго для больныхъ источникомъ безконечныхъ тяжелыхъ страданій и заставлявшаго врачей прибѣгать къ единственному и послѣднему средству облегченія—къ чревосѣченію.

Быть можетъ, Walton въ своемъ горячемъ стремленіи облегчить

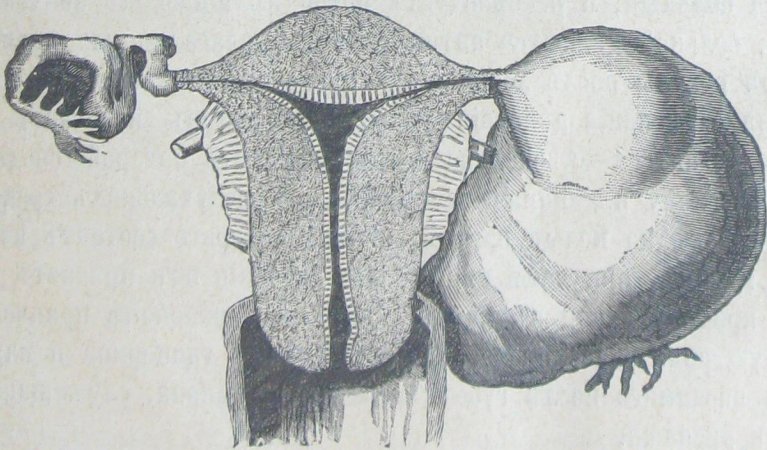


страданія, увлекся своимъ способомъ и своей теоріей, слишкомъ раздвинулъ рамки, захвативъ въ нихъ чуть не всю область воспалительныхъ страданій женской половой сферы, но то, что въ его теоріи и его способъ составляетъ результатъ увлеченія, отпадетъ само собою, и останется въ наслѣдіе только живой фактъ и голая истина.

Идеи Walton'a скоро нашли себѣ послѣдователей; первымъ изъ нихъ явился Doléris, который съ своей стороны внесъ въ Walton'овскій методъ нѣкоторыя видоизмѣненія, какъ въ смыслѣ техники, такъ и съ точки зрѣнія показаній.

**Способъ Doléris'a** состоитъ: 1) въ медленномъ и постепенно усиливаемомъ расширеніи полости матки въ нѣсколько дней, сначала—дезинфицированными палочками *laminariae*, затѣмъ коническими прессованными губками, которыя постепенно, при повторныхъ смѣнахъ, утолщаются, для поддержанія матки въ расширенномъ состояніи (см. рис. 1 и 2) 2) въ крайне осторожномъ выскабливаніи полости матки, главнымъ образомъ ея угловъ и области внутренняго зѣва; 3) въ дренажѣ (осушкѣ) полости матки путемъ набиванія ея іодоформированной марлей, жирно смазанной глицериномъ; подобный дренажъ возобновляется черезъ одинъ или два дня, до времени полного исчезно-

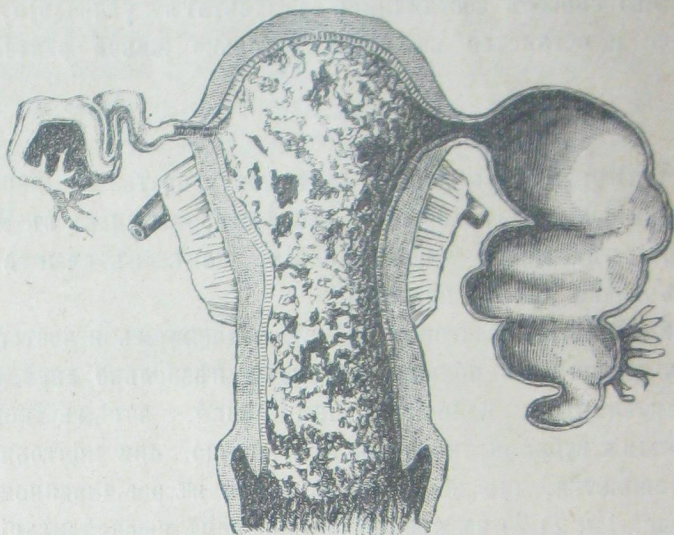
Рис. 1.



Матка и киста трубы до лѣченія



Рис. 2.



Матка расширена губкою, кисть отчасти опорожнилась.

венія опухоли, при чемъ количество вводимой марли постепенно уменьшается. Что касается режима больной, то Doléris приравниваетъ расширенную матку къ такой же послѣ очень ранняго выкидыша, указываетъ тѣ главныя опасности, которымъ могутъ подвергнуться больныя, и рекомендуетъ покой въ широкомъ значеніи этого слова; больной дѣлаются антисептическія влагалищныя промыванія; первыя регулы послѣ леченія она проводитъ въ постели.

Для объясненія дѣйствія расширенія авторъ излагаетъ теорію, нужно сознаться—нѣсколько туманную, суть которой сводится къ механическому и динамическому дѣйствію разбухающихъ средствъ на матку, какъ на полый органъ, стѣнки котораго состоятъ изъ гладкихъ мышцъ, при чемъ наибольшее значеніе онъ придаетъ усиленному притоку крови къ маткѣ. Далѣе онъ склоненъ приписать нѣкоторую роль эндосмотическимъ свойствамъ глицерина и капиллярности вводимаго послѣ губокъ марлеваго тампона, служащаго въ качествѣ дренажа.

Такимъ образомъ Doléris уже значительно упростилъ методъ расширенія матки и сдѣлалъ его менѣ форсированнымъ, менѣ болѣзненнымъ. По этому способу Doléris излѣчилъ 9 случаевъ.

Сущность **способа Gottschalk'a** состоитъ въ томъ, что полость матки растягивается полосками іодоформированной марли исподволь,



но ad maximum. Первые пять дней Gottschalk ежедневно мѣняетъ полоски марли, постепенно увеличивая количество ся. При каждой смѣнѣ марли, онъ промываетъ полость матки 3% растворомъ карболовой кислоты; на шестой день онъ тампонируетъ матку марлей на трое сутокъ и т. д., пока не убѣдится, что опухоль трубы уменьшается. Замѣтивши уменьшеніе опухоли, онъ начинаетъ брать для тампонаціи полоски марли все меньше и меньше.

Gottschalk признаетъ свой способъ расширенія асептичнымъ и антисептичнымъ и не раздѣляетъ опасеній по поводу ruosalpinx'a, который онъ не считаетъ противопоказаніемъ къ расширенію. Онъ признаетъ расширеніе матки всего болѣе пригоднымъ въ свѣжихъ случаяхъ кистъ трубъ и при непремѣнномъ условіи, чтобы трубы были нормально развиты, и чтобы не было сращеній кистъ съ окружающими ихъ частями.

Онъ объясняетъ способъ дѣйствія расширенія динамически. По его мнѣнію, исключительное значеніе при опорожненіи кистъ трубъ принадлежитъ возбуждающему дѣйствию расширенія матки ad maximum на ея мускулатуру, при чемъ это раздраженіе передается на трубы, какъ на зависящіе отъ нея мускульные органы. Мышцы трубъ, подъ вліяніемъ возбужденія, сокращаются и выдавливаютъ гной черезъ открытое устье трубы въ полость матки. Сокращенія трубъ поддерживаются въ своей работѣ высокимъ давленіемъ, подъ вліяніемъ котораго находится содержимое въ трубныхъ мѣшкахъ,

Давленіе это больше въ трубахъ, чѣмъ въ полости матки, такъ что содержимое неизбѣжно изливается въ матку, какъ въ «locus minoris resistentiae».

Gottschalk предлагаетъ, на основаніи двухъ своихъ наблюденій, производить расширеніе до 14 дней, и если за этотъ періодъ не получится опорожненія кисты, тогда уже прибѣгать къ выскабливанію слизистой оболочки и лишь исключительно въ углахъ трубъ, и смотреть на эти случаи, какъ на исключительные.

Разбирая работы Walton'a и Doléris'a, Gottschalk замѣчаетъ, что оба эти автора не отдѣляютъ случаевъ кистъ трубъ, годныхъ для леченія этимъ способомъ, отъ непригодныхъ для него, что несомнѣнно очень важно, такъ какъ послѣднія клинически опредѣлимы по ихъ характерному внѣшнему виду. Недоразвитыя (infantilen) четкообразныя трубы Freund'a представляютъ матеріаль, неудобный для леченія ихъ этимъ способомъ, и по той опасности, которую онѣ представляютъ, и по безуспѣшности, въ силу ихъ анатомическаго строенія, которое представляетъ много серьезныхъ препятствій для ихъ опорожненія.



Gottschalk признаетъ выскабливаніе не только всей полости матки, какъ дѣлаетъ это Walton, излишнимъ, но даже и частичное выскабливаніе въ углахъ матки, какъ практикуетъ Doléris, считаетъ ненужнымъ, называя его орудіемъ обоюдоострымъ; выскабливанію авторъ даетъ только значеніе механически возбуждающаго дѣйствія на сокращеніе мышцъ трубъ.

Въ заключеніе, подводя оцѣнку расширенію матки при леченіи кисты трубъ, авторъ присоединяется къ мнѣнію Doléris'a, что его благотворные результаты безспорны, — «les bons effets sont incontestables».

## Собственныя клиническія наблюденія.

**Предварительныя замѣчанія и приготовленіе больныхъ къ операціи.** Прежде чѣмъ излагать способъ леченія ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ расширеніемъ матки, въ томъ видѣ, какъ онъ примѣнялся мною, считаю обязательно необходимымъ сказать слѣдующее.

Всѣ больныя, у которыхъ устанавливался съ большею или меньшею вѣроятностію діагнозъ кисты трубы, прежде всего подвергались болѣе или менѣе продолжительному наблюденію. Въ это время у больныхъ 3 раза въ день измѣрялась температура, точно вывѣренными максимальными термометрами, сосчитывались пульсъ и дыханіе, изслѣдовались легкія и сердце, мочеотдѣленіе и дѣятельность пищеварительнаго аппарата, и провѣрялись всѣ тѣ явленія, на которыя больная жаловалась. Сообразно даннымъ, полученнымъ отъ этихъ наблюденій примѣнялось то или другое предварительное леченіе. Какъ общій для всѣхъ случаевъ врачебный приѣмъ, если не было острыхъ явленій, больныя дѣлали рукавныя горячія души, температура которыхъ, а равно и число кружекъ колебались. Обыкновенно души назначались отъ 34—40° R., при чемъ температура ихъ, въ зависимости отъ выносливости больныхъ, повышалась черезъ 2—3 дня на 1°, а число кружекъ назначалось отъ 2—3 на ночь, или утромъ днемъ и на ночь. Когда это, такъ оказывать, подготови-



тельное леченіе достигнетъ извѣстнаго результата, когда воспалительные экссудаты, сопутствующіе нерѣдко ретенціоннымъ кистамъ трубъ, рассосутся, подвижность опухоли увеличится, мѣшокъ трубы рѣзко обособится, какъ таковой, словомъ, когда благодаря душамъ діагнозъ сдѣлается болѣе устойчивымъ, я приступаю къ расширенію.

Наканунѣ перваго сеанса больныя обязательно берутъ теплую ванну, имъ дается слабительное и ставится клистиръ. Время для расширенія всегда выбиралось вскорѣ послѣ регуль, чтобы успѣть получить тотъ или иной результатъ до наступленія новаго періода. Всегда при этомъ обращалось серьезное вниманіе на то, чтобы у больныхъ во время расширенія не было никакихъ другихъ заболѣваній, какъ общихъ такъ и мѣстныхъ, которыя бы могли затѣмнить картину даннаго леченія.

**Инструменты и другія приспособленія.** Ложкообразныя зеркала, пулевые щипцы, корнцангъ, Fritsch-Boseman'овскій катетеръ, маточный зондъ, эластическіе бужи разной толщины для измѣренія длины полости матки, тонкіе эластическіе катетеры съ мандринами для зондированія трубъ, расширители Hegar'a до № 8, острия ложки Simon'a, лента въ см. для измѣреній и шкала Шарьера, для измѣренія толщины ламинарій и губокъ,—вотъ тотъ несложный арсеналь, которымъ я пользовался.

Къ этому надо еще прибавить фарфоровую ванну для содержанія инструментовъ въ карболовомъ 5% растворѣ во время операціи, кружку Esmarch'a съ длинной трубкой для промыванія полости матки 1% растворомъ креолина, который я всегда употреблялъ, и бутыль съ такой же длинной трубкой для 2% раствора карболовой кислоты, для обмыванія наружныхъ половыхъ органовъ.

Столъ употреблялся обыкновенный съ привинченнымъ къ его переднему краю цинковымъ ящикомъ, имѣющимъ у задней его стѣнки отводную трубку для стока жидкости. Къ столу придѣланы ногодержатели.

Всѣ инструменты и все, что такъ или иначе приходило въ соприкосновеніе съ больной, предварительно и тщательно промывалось мыломъ и такъ или иначе обеззараживалось.

**Матеріалы для расширенія и приготовленіе ихъ.** Для расширенія я употреблялъ палочки *laminariae, tupelo*, прессованныя губки, томпоны Vulliet'a и бужи Hegar'à.

Вначалѣ ламинаріи и губки я покупалъ, но существующія въ продажѣ матеріалы эти не удовлетворяли меня,—ламинаріи коротки и тонки и часто безъ внутренняго канала, губки не всегда хорошо приготовлены, часто изъ дурнаго, легко рвущагося матеріала, и



всегда короткія и коническія. Въ виду этого я лично приобретаю сырой матеріалъ и уже самъ готовилъ изъ него необходимыя для меня вещи.

Ламинаріи изготовлялись всегда съ внутреннимъ каналомъ длиною отъ 7—10 см. и толщиной до  $\frac{1}{2}$  см. съ прочной, пропущенной черезъ каналъ, длинной шелковой нитью.

Губки дѣлались цилиндрическія, такъ какъ я употреблялъ ихъ уже послѣ того, какъ каналъ матки расширенъ предварительно бурами Hegar'a, ламинаріями, или тампонами Vulliet'a. Длина губокъ также колебалась отъ 7—10 см. и толщина до 1 см.

Тампоны Vulliet'a приготовлялись изъ стерилизованной гигроскопической ваты и пропитывались насыщеннымъ растворомъ іодоформа въ эфирѣ.

Что касается палочекъ tupelo, то я пользовался продажными, хотя вообще примѣнялъ ихъ рѣдко, по ихъ черезъ-чуръ скорой разбухаемости, легкой сжимаемости, а главное потому, что, разбухнувъ онѣ принимаютъ часто неправильную четырехгранную форму съ острыми краями. Правда иногда и ламинаріи принимаютъ неправильную бугристую форму, но это встрѣчается рѣдко, такъ какъ и выбиралъ для точки ихъ круглыя правильныя палочки.

Иногда я за недостаткомъ свѣжихъ ламинарій или тупело пользовался бывшими уже въ употребленіи высушенными и вновь стерилизованными при  $140-150^{\circ}$ , и дурныхъ послѣдствій отъ этого не видѣлъ. Въ примѣненіи этого способа леченія въ бѣдной практикѣ, одни и тѣ же матеріалы послѣ ихъ дезинфицированія, могутъ такимъ образомъ примѣняться повторно, если только послѣ высушки палочки не примутъ неудобной для введенія, уродливой формы.

Всѣ эти матеріалы я обезпечивалъ въ Koch'овскомъ шкафу для сухой стерилизаціи при температурѣ отъ  $130-150^{\circ}$  С въ теченіи получаса и оставлялъ ихъ тамъ до охлажденія. Однажды, случайно забытые въ термостатѣ ламинаріи при стерелизаціи инструментовъ были повторно прокалены и, сдѣлались благодаря этому, негодными къ употребленію по своей хрупкости, прорѣзались шелкомъ, дробились на мелкіе куски и вообще причиняли хлопоты при ихъ удаленіи изъ матки. Сохранялись матеріалы въ сверткахъ, въ стеклянной прокаленной, съ притертой пробкой, банкѣ.

Передъ моментомъ введенія ламинаріи, губки или тупело въ матку, я всегда жирно смазывалъ ихъ іодоформированнымъ глицериномъ 2,0 на 30,0 или сулемованнымъ вазелиномъ 1:1000.

Іодоформированная марля, (30%) употреблявшаяся для тампонаванія матки послѣ выскабливанія, покупалась готовою.



Влагалищные тампоны дѣлались изъ гигроскопической ваты, смачивались 1:1000 сулемовымъ растворомъ и посыпались йодоформомъ.

Для промыванія полости матки я примѣнялъ 1% растворъ креолина, постоянно употребляемый для этой цѣли въ нашей клиникѣ, а иногда и 3% растворъ карболовой кислоты, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда представлялась надобность въ болѣе энергичномъ обеззараживаніи, напр. при появленіи запаха въ отдѣленіяхъ и т. п.

**Техника расширения.** Въ началѣ, при своей работѣ я пользовался услугами любезныхъ моихъ товарищей по клиникѣ, но потомъ справлялся съ дѣломъ съ одной сидѣлкой, которая помогала мнѣ укладывать больную, держать инструменты и пр.

Положивши больную на край стола, на спину, устроивши ступни высоко поднятыхъ ногъ, въ гнѣздахъ ногодержателя, самъ я садился на табуретъ между ногъ больной. Всѣ инструменты помѣщались на отдѣльномъ столѣ слѣва отъ меня на близкомъ разстояніи, такъ что я легко доставалъ ихъ самъ. Кружка съ креолиномъ помѣщалась также слѣва отъ меня на стѣнѣ, а длинная трубка ея съ Fritsch-Boseman'овскимъ катетеромъ перекидывалась черезъ лѣвый ногодержатель; кишка съ наконечникомъ отъ карболовой воды также устраивалась черезъ правый ногодержатель. Сидѣлка помѣщалась у лѣвой ноги больной, справа отъ меня. Устроивши все такимъ образомъ, я приступалъ уже къ самой операціи. Наружныя половыя части больной и внутреннюю часть бедеръ я всегда повторно обмывалъ рукою 2% карболовой кислотой съ мыломъ. Вслѣдъ за этимъ также съ мыломъ промывалъ влагалище и своды, указательнымъ и среднимъ пальцами правой руки и усиленно выполаскивалъ потомъ рукавъ сильной струей той же карболовой воды. Послѣ обмыванія я вводилъ въ рукавъ ложкообразныя зеркала, при чемъ верхнее—держала сидѣлка, а нижнее—я самъ, обнажалъ влагалищную часть, и за верхнюю губу захватывалъ ее пучевыми щипцами. Фиксировавъ такимъ образомъ матку, я удалялъ верхнюю ложку зеркала, передавалъ щипцы для держанія сидѣлкѣ, а самъ банникомъ или просто ватой въ корнцангѣ обтиралъ влагалищную часть и наружное отверстіе зѣва отъ слизи. Послѣ этого я зондомъ или бужемъ измѣрялъ длину и ширину канала матки, выбиралъ соответствующей длины и толщины ламинарію, смазывалъ ее какъ сказано выше, и, захвативши указательнымъ и большимъ пальцами правой руки, вводилъ ее въ матку, при чемъ лѣвой рукой снаружи, черезъ брюшную стѣнку надавливалъ на дно матки, чтобы еще больше фиксировать ее и легче провести ламинарію, которая, имѣя изгибъ и подходящую тол-



щину, легко входитъ въ каналъ матки до ея дна. Затрудненіе при проведеніи ламинаріи черезъ внутренній зѣвъ встрѣчалось мнѣ рѣдко, болѣе при этомъ почти не бываетъ. Когда палочка проведена до дна матки, я указательнымъ пальцемъ нажимаю на выступающій изъ зѣва конецъ ея и ввожу тампоны, чтобы удержать палочку въ маткѣ, удаляя при этомъ сначала пулевья щипцы, а потомъ нижнюю ложку зеркала. Больная на носилкахъ уносится въ палату.

Палочки ламинаріи я оставлялъ въ первый разъ на 22—24 часа, а въ слѣдующіе разы на 46—48 ч. безъ всякаго вреда.

Послѣ операціи я даю больной всегда наставленіе лежать спокойно въ постели, назначаю клистиры и выпусканіе мочи катетеромъ, чтобы больная не вставала, въ случаѣ сильныхъ болей, назначаю ледъ въ пузырѣ.

При удаленіи ламинаріи и при замѣнѣ ея новой болѣе толстой я добавляю, къ только что описанному, промываніе полости матки креолиномъ при помощи Fritsch-Boseman'овскаго катетера. При этомъ, удаляя прежде всего тампоны изъ рукава, я внимательно осматриваю ихъ, слѣжу за отдѣленіями изъ рукава, далѣе удаляю за нитку ламинарію и здѣсь слѣжу за тѣмъ же, соображая по разбухлости палочки, какой толщины и длины надо ввести вновь.

Губки я ввожу тогда, когда уже каналъ матки достаточно проходимъ, и оставляю ихъ только на сутки. Въ одномъ случаѣ губка, оставленная въ маткѣ 44 часа при извлеченіи издавала легкой гнилостный запахъ (случай 8-й), хотя въ другомъ случаѣ (случай 6-й) черезъ 2 сутокъ запаха не было; впрочемъ въ случаѣ 16 тоже наблюдалось и съ ламинаріей. Кромѣ того губки, оставленные въ маткѣ свыше сутокъ, легко рвутся, что конечно представляетъ неудобное осложненіе.

Израсходовавъ за это время много расширительнаго матеріала, и оцѣнивая достоинства каждаго изъ нихъ въ примѣненіи къ данной цѣли, я пришелъ къ убѣжденію, что лучший матеріалъ для расширения матки, особенно при первыхъ его сеансахъ, суть палочки *laminariae digitatae*, при томъ достаточно длинныя и съ центральнымъ каналомъ. Въ пользу этого говорятъ слѣдующія соображенія: 1) ламинарія, вообще, набухаетъ въ теченіи 15—20 ч. Слѣдовательно, довольно медленно и такимъ образомъ меньше причиняетъ раздраженія, ибо матка, такъ сказать, приспособляется къ давленію постепенно; 2) отдѣлимое изъ матки и трубъ легче будетъ удаляться черезъ каналъ палочки; 3) удалять ламинаріи съ каналомъ, черезъ который проведена нитка легче, ибо сила дѣйствуетъ на палочку по всей ея длинѣ, а не только на нижній конецъ; 4) нитка, проведенная черезъ



каналъ, способствуетъ вслѣдствіе волосности движенію по ней жидкости; 5) ламинарію и легче приготовить, и удобнѣе сохранять стерелизованною, чѣмъ, напр. губку; 6) ламинарія значительно разбухаетъ и въ длину, что очень выгодно для нашей цѣли.

Тампоны Vuliet'a и марля, рекомендуемые Gotlschalk'омъ (1. с.) выгодны при сильныхъ загибахъ матки и при неподатливости внутреннего зѣва, такъ какъ въ первомъ случаѣ, даже изогнутыми, ламинарію, губку или тупело, трудно ввести, а марлю и тампоны можно продвинуть постепенно, во второмъ же случаѣ мнѣ удавалось тампонами пройти и открыть матку, что не удавалось сдѣлать ламинаріями. Вообще же говоря и тампоны и марля при обыкновенныхъ условіяхъ невыгодны (Doleris, Walton 1. с.), ибо дѣйствіе ихъ медленно и болѣзненно, а отъ марли и неравномѣрно.

Здѣсь я считаю нужнымъ сказать, что коническая губка, удобная для введенія, мало пригодна, какъ расширитель, во первыхъ, потому что тонкій конецъ ея мало раздвинетъ именно ту часть канала матки, расширение которой всего болѣе необходимо для раскрытія маточныхъ отверстій трубъ, во вторыхъ, потому, что подвляніемъ сократительной силы мышцъ она, какъ легко сдавливаемое тѣло, скорѣе сожметъ, и легче выскользнетъ изъ полости матки, чѣмъ употребляемая мною цилиндрическая губка.

Иногда послѣ расширения я примѣнялъ выскабливаніе слизистой оболочки матки въ углахъ ея, въ мѣстахъ отхожденія трубъ, а иногда и всей полости матки.

Всего сдѣлано мною 4 выскабливанія въ случаяхъ 3, 6, 17 и 20. Выскабливаніе дѣлалъ я, послѣ предварительнаго промыванія полости матки креолиномъ. Послѣ выскабливанія я снова промывалъ матку и тампонировалъ её полоской іодоформированной марли, конецъ которой оставлялъ въ рукавѣ, который выполнялъ 3—4 сулемово-іодоформированными тампонами. Марлю я оставлялъ въ маткѣ на двое сутокъ.

Выскабливаніе имѣло въ моихъ случаяхъ значеніе вспомогательнаго средства, о чемъ будетъ сказано въ своемъ мѣстѣ.

Изложивъ такимъ образомъ возможно подробно всѣ техническія детали примѣнявшагося мною способа расширения матки, я перехожу въ описанію лѣченныхъ мною по этому методу случаевъ.



### Случай первый.

Марія М—ва, жена чиновника, 28 лѣтъ, православная, родилась и живетъ постоянно въ С.-Петербургѣ, занимаясь домашнимъ хозяйствомъ; поступила въ клинику 28-го августа 1889 года. Больная жалуется на боли въ правой паховой области, являющіяся по временамъ и усиливающіяся при ходьбѣ. Экзамень больной далъ слѣдующее: первыя регулы открылись у нея на 16-мъ году и потомъ годъ отсутствовали; явившись снова, приходили уже всегда правильно черезъ 18—20 дней и держались по 6 дней безъ болей и съ малымъ количествомъ крови. Замужъ вышла на 18-мъ году, рожала одинъ разъ, въ срокъ, на первомъ году замужества, живого младенца. Болѣзнь явилась 4 года назадъ въ видѣ ноющихъ болей въ правомъ паху. Раньше этого она ничѣмъ не страдала.

Больная средняго роста, хорошаго сложенія и питанія. Наружные половые органы никакихъ отступленій отъ нормы не представляютъ. Внутренніе половые органы найдены въ слѣдующемъ видѣ: влагалищная часть шейки матки мала, нормальной консистенціи, обращена къ зади; матка въ переднемъ сводѣ, увеличена и болѣзненна; въ правомъ сводѣ прощупывается немного опущенный, увеличенный и болѣзненный яичникъ, а въ лѣвомъ—опредѣляется опухоль, идущая отъ угла матки и связанная съ нею, эластической консистенціи, грушевидной формы и величины, обращенная широкимъ концомъ къ наружи, а болѣе узкимъ къ маткѣ, отдѣляясь отъ нея углубленіемъ. Опухоль мало подвижна, крайне болѣзненна, фиксируетъ матку при движеніи ея вправо; но движенія матки спереди назадъ и обратно и сверху внизъ возможны, хотя крайне болѣзненны.

Установленъ діагнозъ: *Cysta tubae sinistrae*.

Больная въ день поступленія въ клинику начала менструировать, регулы длились 6 дней безъ болей, крови мало. На третій день по окончаніи регулъ появились боли въ лѣвой подвздошной области, ноющего характера; боли эти то появлялись, то исчезали, то усиливались, то ослабѣвали, являясь то съ правой, то съ лѣвой стороны до 17-го сентября, когда снова наступили регулы, длившіяся 6 дней. По поводу этихъ болей назначались согрѣвающие компрессы и смазываніе паховыхъ областей іодной настойкой. На третій день послѣ регулъ опять усилились боли слѣва, съ перерывами и съ колебаніями въ интензивности и продолжительности, до новаго менструальнаго періода, наступившаго 10-го октября и окончившагося 16-го октября. За время виѣ менструальнаго періода больной назначались горячіе души и narcotica въ видѣ свѣчекъ на ночь, *in rectum*.

На четвертый день по окончаніи регулъ, 20-го октября, приступлено къ леченію расширеніемъ матки. Послѣ обмыванія наружныхъ половыхъ частей и влагалища мыломъ и 3% карболовымъ растворомъ, влагалище раздвинуто при помощи дезинфицированныхъ ложкообразныхъ зеркалъ, и матка, захваченная пулевыми щипцами за переднюю губу, низведена, каналъ шейки расширенъ Hegar'овскими расширителями до № 5,



прошедшаго свободно, и заложены 3 Vulliet'овскихъ тампона въ каналъ шейки, а влагалище затампонировано сулемовано-іодоформированными ватными тампонами. Внутренняя поверхность шейки и тѣла матки при этомъ оказалась очень болѣзненною. На слѣдующій день тампоны влагалищные и изъ канала шейки удалены, каналъ промытъ креолиномъ, и заложено 5 тампоновъ Vulliet'a. На третій день заложено обычнымъ способомъ 6 тампоновъ. 23-го октября новыхъ тампоновъ не вводилось, по удаленіи старыхъ, въ виду сильной болѣзненности, а сдѣлана только тампонада рукава изъ іодоформенной марли. Въ этотъ день, въ 6 час. вечера появилось изъ рукава серозно-кровянистое отдѣленіе. 24-го октября температура поднялась до 38,8, явилась сильная боль и вздутость живота. пульсъ въ минуту 120. Положенъ ледъ на животъ. Въ слѣдующіе два дня температура вечеромъ поднималась до 38,4, и пульсъ держался около 120 въ минуту. Подъ влияніемъ холода боли уменьшились. 26-го октября замѣчено выдѣленіе изъ влагалища въ небольшомъ количествѣ гноевидной жидкости, что замѣчалось и въ слѣдующіе дни. 29-го октября температура и пульсъ нормальны, боли только съ лѣвой стороны. Изслѣдованіе показало, что опухоль слѣва увеличилась почти вдвое, болѣзненна и плотна. Отдѣленіе значительно меньше.

3-го ноября изъ матки выдѣляются въ большомъ количествѣ гноевидныя бѣли, боли меньше. Температура во всѣ предыдущіе дни нормальна. 4-го ноября начала менструировать, боли съ лѣвой стороны продолжаютъ все время регулъ до 10-го ноября. При изслѣдованіи 12-го ноября найдено, что опухоль съ лѣвой стороны исчезла, осталось только напряженіе въ сводѣ и болѣзненность; больная ходитъ свободно, самочувствіе хорошо. Назначены горячіе души, которые видимо приносятъ улучшение въ самочувствіи больной.

19-го ноября изслѣдованіе передъ выпяской дало: tumor'a нѣтъ, лѣвый сводъ нѣсколько напряженъ и слегка болѣзненъ.

Дальнѣйшихъ свѣдѣній о больной не имѣется.

### Случай второй.

Александра Ф—ва, жена цехового мастера, 22 лѣтъ, православнаго исповѣданія, уроженка Московской губерніи, занимается домашнимъ хозяйствомъ; поступила въ клинику 16-го октября 1889 года съ жалобами на боли въ правой паховой области, въ правомъ бедрѣ, въ поясницѣ, бѣли, болѣзненное мочеотдѣленіе и запоры. Больная вышла замужъ на 17-мъ году и съ тѣхъ поръ болѣетъ, послѣ бывшаго у ней на второмъ мѣсяцѣ беременности выкидыша. Больная страдала тогда въ теченіи двухъ мѣсяцевъ лихорадкой и кровотечениями. Поправившись отъ болѣзни, она была относительно здорова, но за 5 мѣсяцевъ до поступленія въ клинику снова начала хворать, и съ этого времени очень острыя боли въ правой паховой области и бедрѣ не прекращались. Первые регулы явились у больной на 15-мъ году, приходили всегда правильно черезъ 3 недѣли, были всегда обильны и держались по 3—4 дня безъ болей. Со времени заболѣванія, хотя регулы и наступаютъ въ обычные сроки, но стали менѣе обильны и крайне болѣзненны.



Больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошо упитана. Изслѣдованіе грудныхъ органовъ не дало никакихъ отклоненій отъ нормы; грудныя желѣзы въ порядкѣ; животъ и наружныя половыя органы ничего ненормальнаго не представляютъ, но давленіе на правую паховую область довольно болѣзненно.

Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе дало слѣдующее: portio vaginalis небольшая, конической формы, зѣвъ круглый, матка нѣсколько увеличена и болѣзненна, въ anteflexio. Справа и снаружи отъ матки прощупывается опухоль продолговато-овальной формы, величиною съ большое куриное яйцо, эластической консистенціи, очень болѣзненная при давленіи. Опухоль эта неподвижна, связана съ маткой, отъ которой отдѣляется неглубокой бороздкой. Матка отклонена влѣво отъ срединной линіи и движенія ея ограничены и болѣзненны. Слѣва отъ матки и немного къзади лежитъ увеличенный и болѣзненный яичникъ. Бѣли слизисто-гнойнаго характера.

Поставленъ вѣроятный діагнозъ: киста правой фаллопиевой трубы съ гнойнымъ (?) содержимымъ. Назначены горячіе влагалищныя души и спринцеваніе 1% растворомъ креолина.

19-го октября приступлено было къ расширенію матки. Передъ началомъ расширенія наружныя половыя органы обычнымъ способомъ обмыты мыломъ и 3% растворомъ карболовой кислоты, потомъ такимъ же способомъ тщательно промыты влагалище. Затѣмъ влагалище раздвинуто при помощи дезинфицированныхъ ложкообразныхъ зеркалъ, матка, захваченная пулевыми щипцами за переднюю губу, низведена, и начато введеніе предварительно дезинфицированныхъ 5% растворомъ карболовой кислоты расширителей Hegar'a, начиная съ № 2. Послѣдовательно введены были расширители до № 5. Проведеніе ихъ чрезъ внутренній зѣвъ и прикосновеніе къ слизистой оболочкѣ полости матки было въ высокой степени болѣзненно. На этотъ разъ ламинарія не была введена. Послѣ расширенія были сильныя боли въ правой паховой области, такъ что больной на ночь вставлена въ rectum свѣча изъ морфія и белладонны. На слѣдующій день расширители до № 5 проходили уже свободно, но боль была и продолжалась до вечера. На третій день, послѣ проведенія № 5 Hegar'a введена тонкая стерилизованная палочка laminariae въ полость матки, а влагалище затампонировано смоченными въ сулемѣ 1:1000 и посыпанными порошкомъ іодоформа тампонами. На другой день разбухшая laminaria удалена, полость матки промыта 1% растворомъ креолина при помощи Fritsch-Boseman'овскаго катетера и затампонирована іодоформированной марлей. Боли снова повторились, явилось небольшое кровотеченіе (вѣроятно регулы), такъ что кровь пропитала заложенную марлю, которая на слѣдующій день удалена, и матка промыта креолиномъ. Боли значительно легче, но небольшое кровотеченіе продолжалось до вечера. Къ вечеру 25-го октября явилось значительное гнойное отдѣленіе изъ родовыхъ путей, почему сдѣлано снова промываніе креолиномъ. 28-го октября констатировано уменьшеніе опухоли. Боли временами усиливались, временами уменьшались, отдѣленія были сначала кровянисто-гноевидныя, потомъ сдѣлались слизисто-кровянистыми, а 4-го ноября появились уже свѣтлыя и жидкія отдѣленія, но еще съ примѣсью крови. Въ этотъ день температура вечеромъ поднялась на 38,1.



На слѣдующій день (5 ноября) замѣчено еще болѣе рѣзкое уменьшеніе опухоли, и изслѣдованіе сдѣлалось менѣе болѣзненно. 9-го ноября появились сильныя боли въ правой паховой области, рвота и бессонница, по поводу которыхъ вприснугь морфій подь кожу, и на животъ положенъ согрѣвающий компрессъ. У больной явился небольшой поносъ, и боли значительно утихли. 14-го ноября болѣе совершенно нѣтъ. 17-го ноября изслѣдованіе показало, что tumor исчезъ, чувствительность въ сводѣ при давленіи ничтожная, выдѣленія небольшія, слизистыя; самочувствіе больной вполне хорошо и она выписана.

Дальнѣйшая судьба больной неизвѣстна.

### Случай третій.

Фекла К., дѣвица, 22-хъ лѣтъ отъ роду, крестьянка Архангельской губ., православная, живетъ въ С-Петербургѣ прислугою. Поступила въ клинику 2-го января 1890 года съ жалобами на головокруженіе, тошноту и боли подь ложечкою, внизу живота и въ поясницѣ. Менструировать начала на 16-мъ году, черезъ 4 недѣли, по 3 дня; половую жизнь начала на 16-мъ году; на 19-мъ году болѣла тифомъ; рожала одинъ разъ на 20-мъ году, на 8-мъ мѣсяцѣ беременности; роды продолжались 3 дня и были окончены въ родовспомогательномъ заведеніи какой-то акушерской операціей подь хлороформомъ. Послѣ родовъ больная чувствовала постоянныя боли въ лѣвомъ паху, а съ сентября 1888 года боли эти усилились. Крови приходятъ теперь черезъ 4 недѣли и держатся по 5 дней, причѣмъ боли дѣлаются еще значительнѣе. Больная малаго роста; мышечная система развита хорошо; подкожный жировой слой развитъ слабо; видимыя слизистыя оболочки малокровны; въ грудныхъ органахъ ничего ненормального не замѣчено; обѣ mammae хорошо развиты, упруги, соски малы, плоски; наружныя половыя органы въ порядкѣ; portio vaginalis небольшая, плотная, разорванная съ лѣвой стороны до самаго свода; матка небольшая, плотная, въ anteflexio; длина ея полости 7 сантиметровъ; въ лѣвомъ сводѣ прощупывается эластическая, кругловато-овальная и болѣзненная опухоль, величиною въ кулакъ, связанная съ маткою; шейка матки притянута влѣво; движенія матки слѣва направо ограничены, спереди назадъ она подвижна; правый яичникъ увеличенъ и опущенъ.

Поставленъ вѣроятный діагнозъ: *hydrops tubae sinistrae*.

Съ 8-го января по 14-е больная менструировала. Съ 26-го января по 4-е февраля опять были регулы. Въ промежуткѣ между регулами больной дѣлались горячіе души и согрѣвающие компрессы на животъ. 5-го февраля обычнымъ путемъ приступлено къ расширенію матки. Съ 5-го по 8-го февраля вводились палочки *laminariae* постепенно возрастающей толщины. Съ 8-го по 12-е закладывались прессованныя губки, ежедневно мѣняясь на болѣе толстыя. Послѣ каждого введенія ламинарій или губокъ, больная часа на два чувствовала боли схватками въ нижней части живота, и вслѣдъ за болями начинались болѣе или менѣе значительныя выдѣленія водянистой жидкости, съ примѣсью крови изъ родовыхъ путей. Изслѣдованіе, произведенное 12-го февраля, обнаружило



значительное уменьшение опухоли. Съ этого дня по 20-е ежедневно закладывались въ матку постепенно утончавшіяся палочки tупело. 21-го февраля опухоль найдена въ томъ же состояніи, какъ и 12-го, почему снова положена толстая губка, удаленная 22-го набухшею до 2-хъ сантиметровъ, при чемъ выдѣлилась клочковато-кровянистая жидкость. Въ этотъ день замѣчена была болѣзненность эндометрія. 24-го больная стала жаловаться на боли въ правомъ и лѣвомъ паху. Изслѣдованіе обнаружило въ правомъ сводѣ опухоль, величиною съ яйцо, связанную съ маткой, немного подвижную и эластичную; въ лѣвомъ сводѣ опухоль оказалась въ прежнемъ состояніи. 26-го февраля сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки матки ложечкою Simon'a; полость матки промыта креолиномъ и затампонирована іодоформированной марлей. 27-го маря удалена; изслѣдованіе показало незначительное уменьшение опухоли слѣва и очень значительное—справа; боли, которыя были значительны въ послѣдніе дни, уменьшились; выдѣленія незначительны. 2-го марта боли усилились, явились сливкообразныя бѣли. 6-го марта изслѣдованіе показало твердую опухоль увеличеннаго яичника справа, а на мѣстѣ совершенно исчезнувшей опухоли слѣва шнурокъ нѣсколько утолщенной трубы. Температура все время леченія держалась на нормѣ.

Больная являлась въ клинику нѣсколько разъ. Послѣднее посѣщеніе ея было въ концѣ августа 1890, спустя недѣлю послѣ регулъ, при чемъ она ни на что не жаловалась, и объективно, кромѣ увеличеннаго праваго яичника, ничего ненормальнаго не найдено.

### Случай четвертый.

Александра С., незамужняя, 40 лѣтъ отъ роду, крестьянка Смоленской губ., православная; по профессіи — швея. Менструировать начала на 16 мѣ году — черезъ 3 недѣли по 3 дня. Первые роды были у ней на 22-мъ году, вторые — 16 лѣтъ тому назадъ, — оба раза рожала правильно, и дѣти живы. Въ клинику поступила 24-го января 1890 года, съ жалобой на боли внизу живота, усиливающіяся при ходьбѣ, на бѣли и общую слабость.

Больная крайне малокровна, сильно истощена, страдаетъ желудочно-кишечнымъ катарромъ и глистами. Регулы у нея шли все время правильно, только послѣдній годъ стали путаться и приходиться раньше срока. Грудные органы въ порядкѣ. Груды малы и отвислы. Наружные половые органы и рукавъ нормальны; влагалищная часть шейки матки имѣетъ небольшой лѣвосторонній разрывъ; матка въ ante-flexio, нѣсколько увеличена, подвижность ея уменьшена. Справа въ сводѣ прощупывается опухоль — величиною въ куриное яйцо, связанная съ маткою, гладкая, эластичная и болѣзненная. Въ лѣвомъ сводѣ находится также опухоль — величиною въ кулакъ, гладкая, эластичная и болѣзненная, также связанная съ маткой и отдѣленная отъ нея узкой бороздкой.

Поставленъ предположительный діагнозъ: *hydrops tubarum*.

Первоначальное леченіе больной заключалось въ горячихъ душахъ, согрѣвающимъ компрессъ на животъ, въ назначеніи глистогоннаго и водяныхъ клистировъ по поводу запора. На третій день по поступленіи



въ клинику у больной открылись крови, которыя держались двое сутокъ. Черезъ трое сутокъ онѣ возобновились и съ значительными болями держались до 4-го февраля. 5-го больной сдѣлано первое расширение матки; наружные половые органы и влагалище промыты слабымъ растворомъ карболовой кислоты; полость матки промыта однопроцентнымъ растворомъ креолина; въ матку введена средней толщины, стерилизованная, смазанная йодоформированнымъ глицериномъ, палочка *laminariae*, и влагалище затампонировано смоченными предварительно въ сулемѣ и йодоформированными тампонами. На другой день *laminaria* вынута, матка промыта, длина ея полости измѣрена и оказалась 8 сант.; заложенъ толстый *tupelo*. 8-го февраля *tupelo* вынуть, полость матки снова измѣрена и оказалась въ 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сант., сдѣлано промываніе креолиномъ, и заложена стерилизованная прессованная губка. Въ ночь у больной появились значительныя боли схватками, а утромъ замѣчено выдѣленіе кровянисто-гноевидной жидкости. 9-го февраля заложена новая, болѣе толстая губка. 10-го больная указала на значительныя выдѣленія кровянисто-серозной жидкости изъ родовыхъ путей, послѣ значительныхъ болей схватками. Изслѣдованіе, произведенное въ этотъ день, обнаружило уменьшеніе опухолей. 11-го въ послѣдній разъ заложена губка, почти въ сантиметръ толщиной. Съ 12-го числа закладывались утончающіяся постепенно палочки *tupelo* — до 14-го. Всѣ эти дни замѣчались значительныя выдѣленія изъ родовыхъ путей. Температура за все время леченія держалась на нормѣ. 17-го февраля изслѣдованіе показало рѣзкое уменьшеніе опухолей: слѣва опредѣлялся только нѣсколько увеличенный, но совершенно безболѣзненный яичникъ; справа слегка болѣзненный яичникъ, по размѣрамъ меньшій, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. 19-го февраля изслѣдованіе дало почти тѣ же результаты и больная выписана съ прекраснымъ самочувствіемъ.

Больная нѣсколько разъ показывалась въ клиникѣ и всегда заявляла, что чувствуетъ себя прекрасно. Объективно ничего ненормального не замѣчалось. Въ послѣдній разъ больная показывалась въ октябрѣ 1891-го года и опять найдено объективно все въ порядкѣ; она очень поправилась и пополнила.

### Случай пятый.

Марія Г—ва, 26-ти лѣтъ; незамужняя, крестьянка Тверской губ., православная, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1883 года, исполняя обязанности горничной. Въ клинику поступила 18-го января 1890 года съ жалобами на острые боли въ нижней части живота, на кровотеченіе изъ полового канала и на кашель.

Изъ разспросовъ больной выяснилось, что она въ дѣтствѣ серьезно не болѣла, менструаціи открылись у нея на 16-мъ году, приходили всегда правильно, черезъ 4 недѣли, и держались по 4 дня безъ болей. Половую жизнь начала на 18-мъ году, а на 19-мъ благополучно родила въ срокъ живого младенца. 3 года назадъ больная лежала въ больницѣ по поводу брюшнаго тифа. За 4 мѣсяца до поступленія въ клинику она подняла тяжелую корзину съ бѣльемъ, послѣ чего явились боли внизу живота, особенно сильныя въ обоихъ пахахъ. Хотя боли эти и успоко-



лись немного отъ согрѣвающихъ компрессовъ, но вполне не исчезли, и она обратилась въ одну изъ городскихъ больницъ, гдѣ и пролежала 3 мѣсяца, не получивъ никакого облегченія, и больною выписалась.

Больная шатенка, средняго роста, хорошаго сложенія, съ плохо развитымъ подкожнымъ жиромъ; лицо желтое, страдальческое; всѣ видимыя слизистыя оболочки блѣдны; ходитъ тихо, нетвердо, припадая на лѣвую ногу; въ легкихъ мѣстами попадаются свистящія хрипы и всюду жесткое дыханіе; тоны сердца звучны и чисты; груди небольшія, вялыя съ плохо развитымъ соскомъ; животъ вздутъ, перкуссія даетъ тимпаничный тонъ. Половая щель зияетъ, на задней спайкѣ старый, небольшой разрывъ, небольшое выпаденіе задней и болѣе значительное—передней стѣнки рукава; тѣло матки въ anteflexio, влагаличная часть достигается легко, стоитъ по проводной оси таза, немного плотнѣе нормальной; зѣвъ закрытъ; тѣло матки увеличено и немного болѣзненно; правый сводъ пустъ; въ лѣвомъ сводѣ прощупывается продолговатая опухоль, бугристой, колбасовидной формы, эластической консистенціи, въ два пальца толщиною; подвижность матки слѣва направо отсутствуетъ, но ограниченныя и болѣзненныя движенія сверху внизъ и спереди назадъ и обратно возможны. Отправленіе кишечника и мочевого аппарата въ полномъ порядкѣ.

Поставленъ діагнозъ: *metritis chronica et hydrops tubae sinistrae*.

До 21-го января у больной продолжалось кровотеченіе, начавшееся, какъ сказано выше, 12-го января, по поводу котораго назначены горячіе души въ 42° R. Съ прекращеніемъ кровотечения усилились боли въ животѣ. Исслѣдованіе указало только на усилившуюся болѣзненность въ маткѣ и въ правомъ сводѣ. Для уменьшенія беспокоившихъ больную болей назначены согрѣвающія компрессы и наркотическія свѣчи *per rectum*, 2 раза въ день, утромъ и на ночь. 26-го января замѣчено, что острые боли сосредоточились въ лѣвой сторонѣ; боли эти постепенно усиливались и сдѣлались наконецъ такъ значительны, что больная съ 29-го января перестала вставать съ постели. Назначенъ, на ряду съ наркотиками, ледъ на животъ. Исслѣдованіе указало на увеличеніе лѣвосторонней опухоли и на появленіе въ заднемъ сводѣ экссудата, небольшого и болѣзненнаго, съ нерѣзкими границами, довольно эластическаго; матка стала неподвижной; въ правомъ сводѣ только значительная болѣзненность. Новое исслѣдованіе, произведенное 2-го февраля, дало слѣдующее: матка увеличена, явилась небольшая подвижность ея сверху внизъ, правый сводъ крайне болѣзненъ и выполненъ плотнымъ экссудатомъ, переходящимъ позади матки на лѣвый сводъ, боли при исслѣдованіи отдають въ задній проходъ и на правое бедро. 5-го февраля боли стихли, назначены горячіе души въ 34°, по 3 кружки утромъ и на ночь. Новымъ исслѣдованіемъ, произведеннымъ 8-го февраля, было констатировано: подвижность матки таже, экссудаты стали мягче и немного меньше; но боли значительно усилились. 10-го февраля появились крови, державшіяся до 15-го; боли стихли. Исслѣдованіе показало значительное уменьшеніе правосторонняго и задняго выпота и небольшое уменьшеніе *tumor'a* съ лѣвой стороны. 24-го февраля матка опредѣлялась увеличенною и болѣзненною, въ правомъ сводѣ и сзади экссудаты исчезли, въ лѣвомъ сводѣ опухоль въ томъ же видѣ, какъ и при поступленіи: Съ этого времени до 4-го марта про-



изводился массажъ лѣваго tumor'a, не принесшій никакой пользы. Объективныя данныя оставались in statu quo. Души продолжались.

10-го марта приступлено къ леченію расширеніемъ матки. Наружные половые органы и рукавъ тщательно нѣсколько разъ промыты 3% растворомъ карболовой кислоты съ мыломъ, рукавъ раздвинуть ложкообразными зеркалами, матка, захваченная за верхнюю губу пулевыми щипцами, низведена, полость ея, измѣренная зондомъ, оказалась въ 8 см. Послѣ этого во всю длину полости заложена тонкая, слегка изогнутая по дугѣ, предварительно стерилизованная въ термостатѣ при температурѣ 130° и смазанная жирно-іодоформированнымъ глицериномъ, laminaria, а влагалище затампонировано 2-мя смоченными въ сулемѣ и іодоформированными ватными тампонами. Къ вечеру появились распирающія боли. На слѣдующій день laminaria была удалена. Открылись регулы, которыя окончились 14-го марта; на другой день обычнымъ путемъ приступлено къ продолженію расширенія матки, и заложена губка. Губки смѣнялись на болѣе толстыя ежедневно, причемъ, по извлеченіи губокъ, матка промывалась 1% растворомъ креолина. Въ ночь на 17 марта были боли схватками, а утромъ явилось незначительное отдѣленіе изъ матки. Тоже повторилось и 18-го марта, а на слѣдующій день, послѣ значительныхъ схватокъ, явились болѣе обильныя выдѣленія серозно-гноевиднаго характера. Съ 20-го марта до 29-го, при ежедневномъ введеніи губокъ въ полость матки, для удержанія ея въ расширенномъ состояніи, наблюдались, послѣ болей схватками, обильныя кровянисто-серозныя отдѣленія, при чемъ черезъ каждые 2 дня опредѣлялась величина tumor'a, который постепенно уменьшался до 30-го марта, когда было констатировано исчезновеніе его. Все время леченія расширеніемъ матки температура держалась въ нормальныхъ границахъ. Два повторныхъ изслѣдованія 2-го и 5-го апрѣля давали одни и тѣже результаты: матка увеличена, слегка болѣзненна, правый сводъ пустъ, въ лѣвомъ сводѣ прощупывается труба, въ видѣ слегка болѣзненнаго шнурка. 5-го больная выписана здоровой.

Нужно замѣтить здѣсь, что губки брались сначала очень тонкія и толщина ихъ увеличивалась на весьма незначительную величину, что конечно замедляло ходъ расширенія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и опорожненіе трубнаго мѣшка.

Г-жа Г. показывалась потомъ нѣсколько разъ. Она очень поправилась и чувствуетъ себя вполне здоровой. Объективно ничего болѣзненнаго не было замѣчено. Больная приходила въ клинику въ октябрѣ, т. е. болѣе 1/2 года спустя по окончаніи леченія; обстоятельное изслѣдованіе не открыло ничего ненормальнаго.

### Случай шестой.

Наталья М—ва, 38 лѣтъ, крестьянка Новгородской губерніи, православная, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1866 года прислужкой. Въ клинику поступила 27-го января 1890 года съ жалобами на тупыя боли внизу живота и поясницѣ, на твердую опухоль въ лѣвомъ паху, въ которой она чувствуетъ колющую боль при ходьбѣ, распространяющуюся на крестецъ и въ ноги; страдаетъ бѣлыми.



Изъ разспросовъ больной выяснилось, что регулы начались у нея на 16-мъ году, являлись аккуратно черезъ 4 недѣли и держались всегда по 7 дней. До начала регулъ всегда бывали боли внизу живота и въ поясницѣ. На 19-мъ году родила благополучно въ срокъ живого младенца. Вскорѣ послѣ родовъ у больной появились боли внизу живота и въ спинѣ и показались густыя сливкообразныя бѣли, что заставило ее поступить въ больницу, гдѣ лечили ее холодными душами ежедневно. Пролежавъ 2 мѣсяца, больная выписалась, не чувствуя никакого облегченія. По выпискѣ изъ больницы (въ 70-мъ г.) больная стала дѣлать себѣ какія-то спринцеванія, которыя немного помогли ей. Въ 80-мъ году начала снова прихварывать и лечилась сначала на дому спринцеваніями, а потомъ легла въ больницу, гдѣ пробыла 3 мѣсяца, пользуясь между прочимъ ваннами. Выписалась изъ больницы почти здоровой и чувствовала себя хорошо въ теченіи 8 лѣтъ, боли появлялись только послѣ усиленной работы, а крови приходили все время правильно, до августа 1889 года. Черезъ 3 дня послѣ окончанія кровей, 26-го августа, у ней внезапно появилось кровотеченіе сгустками, начались сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ, и больная снова поступила въ больницу. Послѣ 4-хъ мѣсячнаго пребыванія въ больницѣ М. выписалась, повидимому, здоровой, а черезъ 3 недѣли боли опять возобновились и она поступила въ клинику.

Больная слабого тѣлосложенія, плохо упитана. Въ органахъ дыханія, кровообращенія, пищеваренія и мочевого аппарата ничего ненормальнаго не замѣчено. Нервная система уклоненій отъ нормы также не представляетъ. Наружныя половыя органы въ порядкѣ, кромѣ незначительнаго, стараго рубца въ области задней спайки; влагалище нормально; шейка матки увеличена, цилиндрической формы, на лѣвой сторонѣ *orificiі externі* неглубокой разрывъ, на задней губѣ шейки небольшая эрозія; лѣвый сводъ занятъ плотной, эластичной и болѣзненной опухолью, величиною больше кулака, легко контурируемою и связанною съ угломъ матки; въ уплощенномъ правомъ сводѣ прощупывается разлитая, неподвижная припухлость, твердая, какъ доска; сзади тѣла матки также неподвижный, разлитой, безъ рѣзкихъ границъ, экссудатъ. Тѣло матки въ переднемъ сводѣ, матка увеличена, неподвижна.

Діагнозъ: *parametritis dextra et posterior, perimetritis lateralis sinistra (hydrosalpinx)?*

Покой и горячіе влагалищныя души, назначенныя больной, успокоили немного боли. Души дѣлались ежедневно отъ 35°, съ повышеніемъ на 1° черезъ каждыя два дня. На одиннадцатый день по поступленіи въ клинику у больной явилось расстройство кишечника, длившееся 2 сутокъ. 10-го февраля начались регулы. 12-го февраля вечеромъ сдѣлался сильный ознобъ, и температура поднялась на 39,5, но ничего новаго болѣзненнаго при изслѣдованіи не оказалось. 16-го февраля крови кончились. Изслѣдованіе показало уменьшеніе опухоли слѣва и экссудата справа. Души, прерванныя регулами, продолжаютъ. 5-го марта замѣчено новое уменьшеніе экссудата. Съ 12-го по 19 марта были крови, а 20-го приступлено обычнымъ образомъ къ расширенію матки, съ строгимъ соблюденіемъ антисептики. Заложена тонкая *laminaria* во всю длину полости матки, и во влагалище введены обычные тампоны. Боли схватками яви-



лись очень скоро; но отдѣленія изъ половыхъ органовъ были незначительны. Laminaria лежала двое сутокъ и, послѣ удаленія и обычнаго промыванія полости матки, замѣнена новой, болѣе толстой, положенной также на двое сутокъ. Обычныя схваткообразныя боли, но выдѣленийъ очень мало. Съ 24-го марта по 26 лежала Laminaria, а 26-го заложена губка. Въ тотъ же день, послѣ болей схватками, появились отдѣленія грязновато-кровянистыя. На другой день заложена новая губка на двое сутокъ. Въ первую ночь послѣ введенія губки, явились схватки и очень обильныя отдѣленія. 29-го марта заложена губка, толщиной почти въ 1 см. на двое сутокъ; боли были очень небольшія, но отдѣленія значительны. 31-го марта губка удалена. Лежаніе обезпложенныхъ губокъ въ маткѣ въ теченіе двухъ сутокъ не дало ничего неудобнаго: запаха отъ губокъ не было, удалялись онѣ легко, покрытыя обильно слизью. — Изслѣдованіе показало: уменьшеніе опухоли слѣва, исчезновеніе эксудата справа и прекращеніе болей.

4-го апрѣля появились ноющія боли въ обѣихъ паховыхъ областяхъ и изслѣдованіемъ было констатировано увеличеніе опухоли слѣва, при чемъ она стала плотнѣе и болѣзненнѣе. Заложено въ полость матки, послѣ расширенія ея Негар'овскими расширителями отъ 7—10 №, двѣ палочки Laminariae, смазанныя вазелиномъ съ сулемою (1:1000), на двое сутокъ. 7-го апрѣля открылись крови, въ небольшомъ количествѣ, съ болями, и держались до 18-го апрѣля. Черезъ 2 дня опять приступлено къ расширенію, и на двое сутокъ введена Laminaria. Боли и выдѣленія на этотъ разъ ничтожны. До 25-го апрѣля закладывались въ матку сначала 2 turelo, удаляемые на другой день, а потомъ 2 Laminariae на двое сутокъ. Боли схватками послѣ введенія Laminariae были сильны, но выдѣленія скудны. Опухоль найдена въ этотъ день въ прежнемъ видѣ и больной данъ отдыхъ. 28-го апрѣля сдѣлано выскабливаніе острою ложкою полости матки (преимущественно въ лѣвомъ углу ея) и, послѣ промыванія креолиномъ, заложена іодоформенная марля и тампоны во влагалище. Послѣ выскабливанія наблюдались ноющія боли въ животѣ и періодическія кровянистыя отдѣленія. 1-го мая марля удалена, полость матки промыта креолиномъ и снова затампонирована на сутки марлей. 2-го мая замѣчены ноющія боли въ правой паховой области. Боли эти въ слѣдующіе дни смѣнялись иногда схваткообразными болями. При изслѣдованіи 5-го мая найдено: матка увеличена, мало подвижна, слѣва отъ нея плотный, продолговато-овальный tumor, слегка болѣзненный, связанный съ угломъ матки; сзади и справа въ сводахъ тѣстоватый, чувствительный при давленіи эксудатъ, съ неясными границами; самочувствіе больной хорошо, болей при ходьбѣ нѣтъ. Назначены горячіе души. 13-го мая явились регулы, которыя и продолжались безъ болей 9 дней. Осмотръ, произведенный 29-го мая, показалъ: матка увеличена, подвижность ея крайне мала, опухоль слѣва величиною въ куриное яйцо, въ заднемъ сводѣ припухлость и болѣзненность, правый сводъ почти пустъ. Больная провела еще 2 менструальныхъ періода подъ моимъ наблюденіемъ, при чемъ замѣчалось то уменьшеніе tumor'a, съ появленіемъ эксудата въ заднемъ сводѣ, то увеличеніе его. 12-го іюня больная передана, по безуспѣшности леченія tumor'a расширеніемъ, другому товарищу на массажъ. Хотя полнаго излеченія здѣсь и не получилось, но



tumor значительно уменьшился противъ прежняго, онъ плотнѣе, почти безболѣзненъ и величиною въ куриное яйцо; больная чувствуетъ себя лучше, болѣе при ходьбѣ итъ, она поправилась и стала бодрѣе.

Больная время отъ времени, по выходѣ изъ клиники, приходила показываться и каждый разъ констатировано одно и то же. Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную 21-го февраля 1891 г. Она весела, бодра, очень поправилась и заявила мнѣ, что чувствуетъ себя хорошо, что боли не беспокоятъ ее, не смотря на тяжелую работу и на подъемы и спуски по нѣскольку разъ въ день по лѣстницѣ изъ 6-го атажа. Изслѣдованіе показало, что слѣва отъ угла матки идетъ кнаружи продолговато-округлый tumor, величиною въ куриное яйцо.

### Случай седьмой.

Фекла К.—на 35 лѣтъ, жена солдата, православная, родилась въ Тамбовской губерніи, въ С.-Петербургѣ живетъ 10 лѣтъ прислугой; принята въ клинику 14-го февраля 1890 года.

Больная жалуется на сверлящія боли внизу живота, въ лѣвомъ паху и спинѣ. Боль эта начинается отъ пупка и направляется внизъ и назадъ, усиливается при всякаго рода движеніяхъ и особенно рѣзко сказывается при coitus'ѣ, послѣ котораго остается на нѣкоторое время ноющая боль въ животѣ. Боли обычно усиливаются передъ кровями и въ первые дни регуль, при мочеиспусканіи, передъ и при дефекаціи. Кромѣ того больную беспокоятъ бѣлаго цвѣта бѣли и частые поносы, во время которыхъ боли внизу живота и спинѣ усиливаются.

Первыя крови явились у больной на 16-мъ году, приходили всегда правильно, черезъ 30 дней, и держались обычно по 4 дня, необильныя, безъ болѣе. Замужъ вышла на 17-мъ году. Измѣненій въ типѣ регуль, по выходѣ замужъ никакихъ не было, и К. чувствовала себя совершенно здоровою. На 3-мъ году замужества (на 19 году жизни) родила въ срокъ живого младенца, который умеръ черезъ 13 дней послѣ родовъ; роды прошли благополучно, но послѣ нихъ развилось послѣродовое заболѣваніе, сопровождавшееся лихорадкою и продолжавшееся 6 недѣль. Послѣ этой болѣзни К. совершенно поправилась и чувствовала себя вполне здоровой въ теченіи почти 9 лѣтъ, но дѣтей уже больше у ней не было. 7 лѣтъ тому назадъ у больной неожиданно, безъ всякой причины, явилось кровотеченіе, продолжавшееся 5 дней, послѣ чего она стала чувствовать незначительную, но постоянную боль внизу живота и въ поясницѣ. Съ этихъ же поръ начались поносы, которые очень ослабляютъ больную, ибо стулъ доходитъ иногда до 16 разъ въ сутки. Въ послѣдніе 6 лѣтъ всѣ перечисленныя болѣзненные явленія особенно усилились. Больная сильно исхудала; лечилась она главнымъ образомъ противъ поносовъ и бѣлей, но безъ успѣха. Послѣднія 2 недѣли передъ поступленіемъ въ клинику больная провела въ терапевтической клиникѣ, съ цѣлью излечиться отъ кишечнаго катарра.

Больная брюнетка, высокаго роста, слабого сложенія, сильно истощена, блѣдна. Нервная система, органы дыханія, кровообращенія и мочевого аппарата замѣтныхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Наружныя



половые органы въ порядкѣ, кромѣ незначительнаго, стараго разрыва промежности; влагалище ничего ненормальнаго не представляет; шейки матки цилиндрической формы, нормальной плотности; *orificium uteri externum* щелевидной формы; матка немного увеличена въ объемѣ, плотнѣе обычнаго, въ *anteflexio*, смѣщена немного вправо, движения матки возможны, но ограничены. Въ лѣвомъ сводѣ, съ боку отъ тѣла матки, лежитъ, величиною съ крымское яблоко, опухоль овально-продолговатой формы, туго-напряженной эластической консистенціи, связанная съ угломъ матки и отдѣленная отъ нея бороздкою. Опухоль эта слегка подвижна вмѣстѣ съ маткой. Въ правомъ сводѣ опредѣляется увеличенный и немного болѣзненный яичникъ. Въ заднемъ сводѣ чувствуется напряженность и болѣзненность, больше вправо.

Поставленъ вѣроятный діагнозъ: *hydrops tubae sinistrae et oophoritis dextra. Metritis chronica.*

Больной назначены горячіе души отъ 35°, съ постепеннымъ повыше-ніемъ черезъ 3 дня на 1°. Температура тѣла ежедневно измѣряется три раза. Никакихъ особенныхъ явленій не наблюдалось: больная жаловалась на потерю аппетита, но болѣе не испытывала и чувствовала себя сравнительно лучше, чѣмъ до поступленія въ клинику. 5-го марта началась менструація и кончилась 8-го марта безъ особенныхъ явленій. 10-го марта, послѣ обычнаго обмыванія, полость матки измѣрена и оказалась въ 8 см. Заложена обыкновеннымъ способомъ *laminaria*, приготовленная принятымъ мною способомъ, и рукавъ затампонированъ. На слѣдующій день больная жаловалась на боли въ животѣ и ногахъ. 12-го марта *laminaria* замѣнена, какъ обыкновенно, новою, болѣе толстою палочкою. Жалобы на боли только въ животѣ. Съ 14-го марта ежедневно закладывались прессованныя губки, постепенно увеличивавшейся толщины. Послѣ первой же введенной губки у больной явились боли схватками и кровянисто-гноевидныя отдѣленія, въ небольшомъ количествѣ. 16-го марта вечеромъ температура поднялась, послѣ значительныхъ болей, на 38°. Сдѣлано промываніе полости матки 3% растворомъ карболовой кислоты, и сдѣлалось нормальной, заложена снова губка. Всю ночь у больной были сильныя схватки, послѣ которыхъ явилось обильное кровянисто-гноевидное отдѣленіе. Опухоль сдѣлалась меньше и мягче. Матка снова промыта 3% карболовой кислотой, и опять вставлена губка. Боли были небольшія, часа на 3 послѣ введенія губки; выдѣленій мало. 19-го марта, послѣ заложения губки, боли схватками до вечера и послѣ каждой схватки значительныя выдѣленія. 20-го марта, при удаленіи губки, значительныя отдѣленія. Полость матки промыта креолиномъ. Опухоль исчезла. Сзади напряженія нѣтъ. Заложена еще разъ губка, которая оставлена на 42 часа. Боли такія же, но отдѣленія скудны. 24-го марта положена губка въ послѣдній разъ и удалена на другой день. На этотъ разъ, послѣ сильныхъ схватокъ, температура къ вечеру поднялась до 38°; выдѣленій мало. 27-го марта послѣ ванны были небольшія выдѣленія. Температура нормальна.

Изслѣдованіе показало исчезновеніе лѣвосторонней опухоли. Самочувствіе больной хорошо, и она выписана съ обязательствомъ являться въ клинику послѣ каждыхъ регулъ, что она добросовѣстно и исполняла. Два посѣщенія давали одинаковые результаты: ничего ненормальнаго при изслѣдованіяхъ не замѣчалось, сама больная ни на что не жаловалась, ре-



гулы были безболѣзненны, coitus также; но послѣднія регулы въ маѣ были съ болями, и больная 27-го мая поступила въ клинику, на повторное леченіе расширеніемъ, при чемъ у нея найдено при изслѣдованіи: матка въ прежнемъ положеніи. слѣва отъ угла ея идетъ колбасовидная, эластическая и крайне болѣзненная опухоль, немного подвижная сверху внизъ и спереди назадъ. 29-го мая началось леченіе. Палочки *laminariae*, увеличивающейся постепенно толщины, вводились въ матку черезъ 2 сутокъ. Явленія всѣ шли въ прежнемъ порядкѣ. На 7-й день замѣчено уменьшеніе опухоли. Расширеніе матки продолжалось до 14-го іюня, причѣмъ употреблялись палочки *laminariae*, уже бывшія до того въ употребленіи, но затѣмъ простерилизованныя сухимъ жаромъ, при 140°. Сильныя схватки и обильныя серозно-кровянистыя отдѣленія продолжались все это время почти постоянно.

14-го іюня констатировано значительное уменьшеніе опухоли. Съ 17-го іюня открылись обильныя регулы и держались до 23-го іюня, съ легкими сжимающими болями внизу живота. Послѣ регулъ больная дѣлала себѣ горячіе души и чувствовала себя хорошо. 1-го іюля констатировано полное исчезновеніе опухоли трубы. Справа плотный, увеличенный и болѣзненный яичникъ; слѣва также увеличенный, но болѣе мягкій и менѣе болѣзненный яичникъ. Больной назначены *bolus*'ы изъ *grjijj ammonisulpho ichtyolici*, по 2 въ сутки. 12-го іюля найдены правый яичникъ нормальнымъ, лѣвый уменьшеннымъ и безболѣзненнымъ. Самочувствіе больной хорошо и она выписана здоровою. Температура въ этотъ разъ, за все время расширенія, изъ нормальныхъ границъ не выступала.

Послѣ этого больная нѣсколько разъ показывалась въ клиникѣ, и всегда изслѣдованіе давало самые утѣшительные результаты. Сама больная была очень довольна состояніемъ своего здоровья; но 25-го октября она явилась и сообщила, что послѣднія передъ тѣмъ регулы были съ болями съ правой стороны, вообще-же чувствуетъ себя хорошо, coitus безболѣзненъ. При осмотрѣ было замѣчено: труба слѣва въ видѣ шнурика, толщиной въ  $\frac{1}{2}$  *ctm.*, и справа продолговатый, болѣзненный, эластическій *tumor*, толщиной въ палецъ. Больной назначены горячіе души, смазываніе правой повздошной области іодной настойкой, при боляхъ, и *globuli*, какъ прежде. Въ февралѣ настоящаго года она снова явилась въ клинику съ жалобами на боли, бывшія во время послѣднихъ регулъ и продолжающіяся съ окончанія ихъ. Найдена была опять слѣва прежней величины яйцевидная опухоль и профессоръ К. Ф. Славянскій предложилъ больной операцію, съ цѣлью радикальнаго излеченія, но больная послѣ этого не являлась.

Въ сентябрѣ 1891 года мнѣ снова пришлось видѣть больную, она заявила мнѣ, что чувствуетъ себя прекрасно и въ операціи не нуждается.

### Случай восьмой.

Этте Ву—сонь, 33 лѣтъ, еврейка, замужня, родилась въ Ригѣ, живетъ въ Кронштадтѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ.

Больная поступила въ клинику 17-го февраля 1890 г. съ жалобами на боль въ лѣвомъ боку, отдающую въ паховую область и на бедро, на боли въ груди и спинѣ, на сердцебіеніе и бѣли.



Больная сообщила, что первые крови явились у нея на 15-мъ году и вначалѣ путались, а потомъ установились, приходили всегда правильно черезъ 3 недѣли, держались по 5 дней, были всегда болѣзненны и обильны, до послѣдняго мѣсяца, когда онѣ пришли раньше на 5 дней, были скудны и блѣдны. Замужъ вышла на 23-мъ году, но дѣтей не имѣла. Больна съ выхода замужъ.

По поводу болѣзненныхъ регулъ, больной 6 лѣтъ назадъ сдѣлана *hysterostomatia* (боковыми разрѣзами), но она не принесла пользы.

Больная брюнетка, средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитана, но блѣдна и вяла. Всѣ видимыя слизистыя оболочки слабо окрашены. Дыхательные шумы чисты; тоны сердца чисты и звучны, сокращенія то замедлены, то ускорены (*arythmia*); грудныя железы хорошо развиты, соски малы и плоски. Животъ никакихъ особенностей не представляетъ. Наружные половые органы и влагалище не уклоняются отъ нормы. Влагалищная часть небольшая, конической формы, обычной плотности, *orificium externum* мало, сохраняетъ едва замѣтные слѣды отъ боковыхъ надрѣзовъ. Матка въ *anteflexio*, слегка увеличена, мягче обычнаго. Слѣва отъ матки прощупывается въ сводѣ колбасовидный, эластическій *tumor*, толщиною въ два пальца. *Tumor* этотъ неподвиженъ, идетъ отъ лѣваго угла матки, отдѣляясь отъ нея нерѣзкой бороздкой, кнаружи и немного книзу; при давленіи очень болѣзненъ. Справа отъ матки опредѣляется небольшая, эластическая опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ, болѣзненная, немного подвижная, связанная съ маткой плотнымъ и болѣзненнымъ шнуркомъ.

Исслѣдованіе зондомъ показало суженіе наружнаго и внутренняго отверстій. Длина полости матки  $8\frac{1}{2}$  *ctm*.

Диагнозъ: *hydrops tubarum duplex et stenosis orificii externi et interni uteri. Metritis chronica.*

Предварительное леченіе заключалось въ горячихъ влагалищныхъ душахъ, начиная отъ  $36^{\circ}$ , по 3 кружки утромъ и вечеромъ, съ повышеніемъ температуры на  $1^{\circ}$  черезъ сутки.

22-го февраля приступлено обычнымъ способомъ къ расширенію матки. Благодаря значительности *anteflexionis* и суженію отверстій канала шейки, пришлось прокладывать путь для введенія палочки *laminariae* предварительнымъ проведеніемъ расширителей Негар'а, послѣдовательно, до № 5. На первый разъ введена обычнымъ способомъ приготовленная и изогнутая по дугѣ тонкая палочка *laminaria*. На другой день, при удаленіи этой палочки, разбухшей до  $\frac{1}{2}$  *ctm.*, на ней оказался довольно глубокой перехватъ, соотвѣствующій положенію *orificii interni uteri*; этотъ перехватъ значительно затруднилъ удаленіе *laminariae* и причинилъ нѣкоторую болѣзненность. Послѣ удаленія *laminariae* и промыванія матки креолиномъ, полость ея снова измѣрена и оказалась въ 9 *ctm*. Послѣ этого вставлена новая, болѣе толстая палочка, на двое сутокъ. Послѣ промыванія матки 26-го февраля, получился такой спазмъ внутренняго отверстія, что тонкая, очень гладкая коническая губка, жирно смазанная іодоформированнымъ глицериномъ, съ трудомъ проведена въ полость матки за внутренній зѣвъ, только верхушкой. За введеніемъ губки, получились боли въ нижней части живота, а къ вечеру больная стала жаловаться на затрудненное мочеиспусканіе, почему моча



была выпущена катетеромъ. 27-го февраля, при удаленіи губки, на ней оказался перехватъ, что затруднило удаленіе ея. Новую губку удалось ввести въ матку только на 1 см., съ большимъ трудомъ. Губка оставлена въ маткѣ на 42 часа, чтобы лишней манипуляціей не вызвать спазмодическихъ сокращеній внутренняго отверстія и въ тоже время провѣрить, насколько безопасно оставлять хорошо дезинфицированную губку на такое долгое время. Боли въ животѣ и на этотъ разъ были небольшія, но больная жаловалась на общую слабость и на сердцебиеніе; отдѣленія были скудны. При удаленіи губки 1-го марта, отъ нея получился легкій гнилостный запахъ. Матка, въ виду этого, была промыта 3% растворомъ карболовой кислоты. Въ этотъ день, къ вечеру, у больной открылись регулы, въ срокъ, безъ болей. Температура все время, отъ начала леченія до 2-го марта, держалась въ нормальныхъ границахъ, но въ этотъ день къ вечеру поднялась до 38,1, при чемъ больную сначала знобило, потомъ сбывался жаръ, а позднѣе явился потъ. Кромѣ того больная жаловалась на боли внизу живота, являвшіяся съ перерывами. На слѣдующій день крови окончились, температура понизилась и держалась въ нормальныхъ предѣлахъ до конца леченія. 6-го марта было констатировано исчезновеніе опухоли справа, но соединявшій ее съ маткой шнурокъ, правда менѣе болѣзненный, легко прощупывался. Слѣва опухоль уменьшилась, но стала какъ бы тверже, и по прежнему болѣзненна. Съ 6-го по 12-е марта черезъ каждыя двое сутокъ палочки *laminariae* смѣнялись новыми, болѣе толстыми, и при каждой смѣнѣ производилось изслѣдованіе сводовъ: опухоль въ лѣвомъ сводѣ оставалась *in statu quo*; боли были то больше, то меньше и отдѣленія были незначительны. Отъ 12-го по 18 марта закладывались ежедневно губки, постепенно утолщаемыя. При проведеніи ихъ, почти каждый разъ получался спазмъ внутренняго отверстія. Боли были разной силы и продолжительности, но сильныхъ не было. Количество отдѣленій, всегда съ примѣсью крови, всѣ дни было не велико. 19-го марта замѣчена сильная боль въ лѣвой паховой области и въ мочевоомъ пузырьѣ. Съ 22-го по 26 марта больная менструировала безъ болей, а 28-го марта было найдено только напряженіе и болѣзненность въ лѣвомъ сводѣ, опухоли же нѣтъ и слѣда, она исчезла.

Больная находилась еще подъ моимъ наблюденіемъ недѣлю.

4-го апрѣля новое изслѣдованіе сводовъ дало тѣже результаты, и больная выписалась, чувствуя себя здоровой.

Больная показывалась мнѣ послѣ того два раза: въ маѣ и іюлѣ, и оба раза найдена была здоровой; въ сводахъ ничего ненормальнаго не опредѣлялось, матка, хотя и увеличенная, была безболѣзненна, самочувствіе больной вполне хорошо.

### Случай девятый.

Марія Ил—ская, 30-ти лѣтъ, католичка, жена шляхтича, родилась въ Варшавѣ, живетъ въ Псковѣ, занятіе—домашнее хозяйство; принята въ клинику 5 марта 1890 года съ жалобами на боли въ лѣвомъ паху, переходящія на ногу.

Изъ разспросовъ больной выяснилось слѣдующее: первая крови откры-



лись у нея на 15-мъ году, наступали черезъ 4 недѣли и держались всегда по 5 дней, безъ болей; замужъ вышла на 24-мъ году и дѣтей не рожала; заболѣла 5 лѣтъ тому назадъ лихорадкой, сопровождавшея головкруженіемъ, обмороками, рвотой, болями въ лѣвой паховой области и въ ногѣ; регулы стали съ тѣхъ поръ приходить съ болями за 2—3 дня до наступленія ихъ, то раньше срока, то позднѣе и держаться по 3—4 дня; крови сдѣлались скудны и блѣдны; мочеотдѣленіе съ болями, при началѣ и при концѣ, позывы часты и нерѣдко безрезультатны; сонъ плохъ, аппетитъ пропалъ, кишечникъ работаетъ неисправно, явились запоры по 3—4 дня; сильная нервная раздражительность, *globus hystericus*; за два мѣсяца до поступленія въ клинику развился парезъ всей лѣвой половины тѣла.

Больная блондинка, малаго роста, средняго тѣлосложенія и питанія. Дыхательные шумы чисты, тоны сердца ясны; грудныя железы хорошо развиты; животъ вздутъ; давленіе на лѣвую паховую область болѣзненно; наружныя половыя органы не отступаютъ отъ нормы; влагалище ничего ненормальнаго не представляетъ; влагалищная часть подлежащей величины и плотности; матка невелика, въ *anteflexio*, подвижность ея ограничена; слѣва отъ матки лежитъ довольно гладкая, плотная, эластическая, продолговато-округлой формы, величиною съ большое куриное яйцо опухоль, болѣзненная и трудно контурируемая, связанная съ лѣвымъ угломъ матки, но отдѣленная отъ нея бороздкой; справа отъ матки прощупывается также небольшой, колбасовидный, почти безболѣзненный шнуръ, толщиною въ палецъ, связанный съ правымъ угломъ матки.

Діагнозъ: *hydrosalpinx duplex*.

На третій день по поступленіи въ клинику, у больной сдѣлалась *angina faucium follicularis*, сопровождаемая довольно значительной лихорадкой и припадками истеріи, которые повторялись и потомъ въ продолженіи леченія нѣсколько разъ. Еще до окончанія болѣзни зѣва, когда температура понизилась до нормы, приступлено было обычнымъ путемъ къ расширенію матки, при чемъ прежде всего измѣрена полость ея, которая оказалась въ 7 *cm*. Заложена на первый разъ тонкая палочка *laminariae*, влагалище затампонировано, и больной назначенъ покой на первые сутки. Послѣ введенія *laminariae* были небольшія боли внизу живота. 12-го марта разбухшая *laminariae* удалена, полость матки, какъ и всегда, промыта растворомъ креолина, и положена новая, болѣе толстая палочка на двое сутокъ. Снова были боли въ животѣ, но отдѣлений не замѣчалось. 14-го марта заложена губка, послѣ чего боли схватками были довольно сильны. На слѣдующій день губка вынута, но ввести новую, болѣе толстую, вслѣдствіе спазма внутренняго зѣва не удалось. Съ 15-го по 18 марта ежедневно закладывались губки; боли и отдѣленія были небольшія. 19-го марта губка вызвала сильныя схватки, явились довольно значительныя водянистыя отдѣленія. 20-го марта вставлена *laminariae* на двое сутокъ. Снова сильныя схватки и обильныя водянистыя отдѣленія. 23-го марта замѣчена постоянная течь, которая усиливалась послѣ каждой схватки. Опухоли за это время значительно уменьшились. 26-го марта въ послѣдній разъ заложена губка, удаленная 27-го марта; на слѣдующій день было констатировано исчезновеніе опухолей, при чемъ въ лѣвомъ сводѣ чувствовалось



небольшое напряженіе и чувствительность, а въ правомъ прощупывался немного увеличенный и болѣзненный яичникъ.

30-го марта больная выписалась. Затѣмъ она письмами увѣдомляла меня 2 раза, что чувствуетъ себя хорошо.

### Случай десятый.

Анна Ши—ва, 20 лѣтъ, православная, жена мѣщанина, родилась въ Ярославской губерніи, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1882 года, занимается домашнимъ хозяйствомъ.

Больная явилась сначала въ клинику на амбулаторный пріемъ и по изслѣдованіи у нея предположена fibroma subperitoneale uteri.

Въ клинику принята 13-го апрѣля 1890 года съ жалобами на боли въ лѣвомъ паху, въ поясницѣ и въ лѣвомъ бедрѣ, на неправильность регуль и на бѣли.

Больная сообщила слѣдующее: крови открылись у нея на 14-мъ году, являлись первый годъ черезъ 3—4 мѣсяца и держались по 3—4 дня въ небольшомъ количествѣ, потомъ онѣ стали приходиться черезъ 3 недѣли и держались по 5—6 дней. Замужъ вышла на 17-мъ году и въ первый же годъ замужества благополучно родила въ срокъ живого ребенка, но спустя 4 недѣли заболѣла «воспаленіемъ брюшины». Въ 1888 году больная имѣла вторые срочные роды ребенкомъ, котораго сама кормила.

Въ слѣдующемъ году сначала мѣсяца три не было кровей, затѣмъ, въ продолженіи 3½ мѣсяцевъ, крови являлись въ безпорядкѣ, держались по 1—2 недѣли и даже по мѣсяцу, а въ декабрѣ 1889 года сдѣлалось сильное кровотеченіе и произошелъ выкидышъ. Съ этихъ поръ слабая боль, бывшая уже и прежде, послѣ первыхъ родовъ, въ лѣвомъ паху, не прекращалась, а напротивъ усиливалась все больше и больше. Въ январѣ 1890 года боли въ поясницѣ, въ лѣвомъ паху, ногѣ, и бѣли значительно усилились, явились упорные запоры а съ февраля состояніе больной еще ухудшилось.

Больная блондинка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія; хорошо упитана, но блѣдна, съ страдальческимъ лицомъ, ходитъ согнувшись и припадаетъ на лѣвую ногу.

Грудные органы въ порядкѣ, грудныя железы хорошо развиты, соски хорошо выражены. Животъ при изслѣдованіи въ нижней части болѣзненъ, особенно слѣва, гдѣ прощупывается большой, плотный, круглый tumor; кишки вздуты, нисходящая ободочная и прямая кишки наполнены каловыми массами и даютъ тупой тонъ. Наружные половые органы и рукавъ не представляютъ никакихъ особенностей. Влагалищная часть цилиндрична, зѣвъ въ видѣ поперечной щели, матка увеличена немного и отклонена вправо, подвижность ея крайне ограничена; слѣва отъ нея прощупывается опухоль, величиною въ два кулака, гладкая, плотная, круглой формы, сильно болѣзненная, отдѣленная отъ матки неглубокой бороздкой; справа опредѣляется также опухоль, связанная съ угломъ матки, продолговатой, колбасовидной формы, гладкая, эластическая, болѣзненная, въ 2 поперечныхъ пальца толщиной; контуры опухолей слегка затемнены воспалительными наслоеніями (Рис. 3 и 4).



Рис. 3.

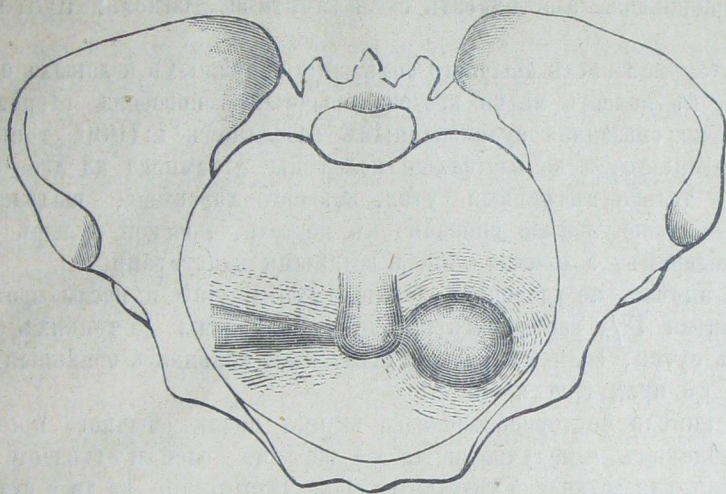
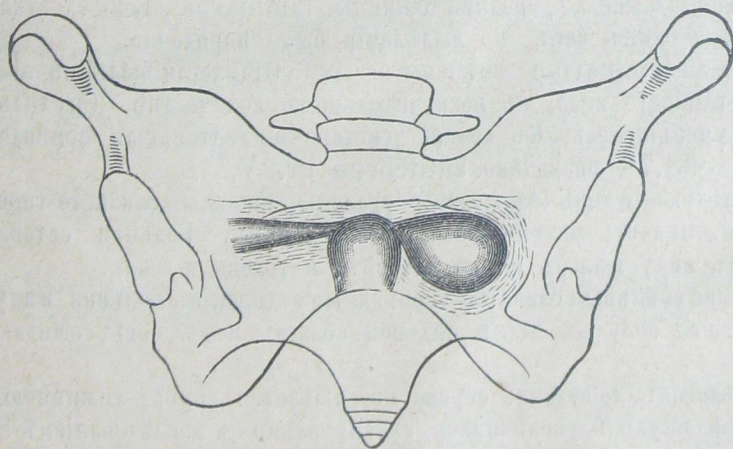


Рис. 4



Діагнозъ: *Cystae tubarum Fallopii*; *perimetritis lateralis*.

Первоначальное, подготовительное лечение больной въ клиникѣ, съ цѣлью разсасыванія склеекъ, заключалось въ горячихъ душахъ, начиная отъ 35° R. съ повышеніемъ на 1° черезъ 2 дня, по 3 кружки утромъ и вечеромъ, въ водяныхъ клистирахъ выше комнатной температуры и слабительныхъ, для противодѣйствія упорнымъ запорамъ; въ виду наблюдавшихся по временамъ повышенной температуры назначались жаропонижающія. Лѣвосторонняя опухоль, принятая въ началѣ за фиброміому матки,



подъ влияніемъ горячихъ душей, рассосавшихъ окружающій её воспалительный инфильтратъ, выступила рѣзче, контуры ея стали яснѣе, плотность уменьшилась, эластичность стала замѣтнѣе. Диагнозъ: *Hydrosalpinx duplex*.

22-го апрѣля послѣ обычнаго обмыванія наружныхъ половыхъ органовъ и рукава, въ полость матки введена обычнымъ способомъ стерилизованная и жирно смазанная сулемованнымъ вазелиномъ 1:1000 тонкая палочка *laminariae*, а во влагалище положены 2 тампона на двое сутокъ. Боли были только въ первыя сутки, ноющего характера, выдѣлений не замѣчено. Больная лежала спокойно въ постели, мочевой пузырь опорожнялся катетеромъ, а прямая кишка водяными клистирами.

24-го апрѣля, по удаленіи разбухшей *laminariae* и послѣ промыванія полости матки 1 $\frac{0}{0}$  растворомъ креолина, вставлены 2 тонкихъ палочки *tupelo* на сутки; боли къ вечеру схватками, появились обильныя густыя отдѣленія съ примѣсью крови.

25-го апрѣля повторена закладка *tupelo*, послѣ обычнаго промыванія матки креолиномъ, — получилась та же картина болей и отдѣлений.

26-го апрѣля вставлена толстая палочка *laminariae* на двое сутокъ, тѣ же боли и обильныя отдѣленія.

28-го апрѣля введена снова толстая *laminaria*. До вечера схватки были рѣдки и слабы по силѣ, но на слѣдующій день онѣ стали чаще и сильнѣе, а между тѣмъ выдѣленія были ничтожны.

1-го мая вставлены двѣ палочки *laminariae*; сильныя схватки до вечера и обильныя выдѣленія ночью съ болями въ лѣвой паховой области.

4-го мая заложены 2, средней толщины, *laminariae*. Боли схватками длились только одинъ часъ, но выдѣлений было порядочно.

5-го мая *laminariae* замѣнены новыми. Отдѣленія были на этотъ разъ слизисто-гнойнаго вида, въ незначительномъ количествѣ. Опухоль слѣва замѣтно уменьшилась. Къ вечеру гистеро-эпилептоидный припадокъ. Т° вечеромъ—38,7°, назначено *antifebrini gr. V*.

На слѣдующій день *laminariae* удалены, обильныя слизисто-гноевидныя отдѣленія, пилость матки промыта креолиномъ. Больная оставлена въ покоѣ, въ виду жалобъ ея на слабость и головную боль.

9-го мая обильныя слизисто-гноевидныя отдѣленія, больная жалуется на усилившуюся боль въ лѣвой паховой области и въ ногѣ; ожидаются регрессулы.

Ислѣдованіе показало: справа ощупывается труба, толщиною въ палецъ, слѣва опухоль увеличилась, сравнительно съ ислѣдованіемъ 5-го марта. Снова заложены двѣ палочки *laminariae* на двое сутокъ. Къ вечеру боли въ спинѣ и обѣихъ паховыхъ областяхъ усилились, но схватокъ не было, и отдѣленія очень скудны.

11-го мая опухоль справа въ прежнемъ положеніи, слѣва уменьшилась и стала мягче. *Laminariae* замѣнены новыми, средней толщины, на двое сутокъ.

13-го мая обильныя слизисто-гноевидныя отдѣленія. Опухоль слѣва еще уменьшилась. Вставлены снова 2 палочки *laminariae* на двое сутокъ.

15-го мая замѣчено обильное выдѣленіе сливкообразной жидкости, и, по удаленіи *laminariae*, констатировано исчезновеніе опухоли слѣва, — на ея мѣстѣ прощупывался только мягкій шнурокъ, а справа опредѣляется только



увеличенный и слегка болѣзненный яичникъ, труба съ трудомъ отыскивается, въ видѣ сплющивающагося подъ пальцами шнурка, немного болѣзненнаго. Послѣ промыванія полости матки креолиномъ, заложены въ рукавъ тампоны.

18-го мая больная жалуется на являющіяся по временамъ схватки. Выдѣленія продолжаютъ, но не обильныя, свѣтлыя.

19-го мая матка въ anteflexio; слѣва прощупывается шнурокъ. Больная временами чувствуетъ боль въ лѣвомъ бедрѣ.

23-го мая новое изслѣдованіе дало тѣ же результаты. Самочувствіе больной вполне хорошо, и она выписалась.

Температура кромѣ 5-го мая, когда она была повышена до 38,7°, все время леченія держалась въ нормальныхъ предѣлахъ.

Большую я видѣлъ, спустя мѣсяць, она явилась ко мнѣ послѣ регулъ, спустя нѣсколько дней, чувствуя себя здоровой. Объективно найдено все тоже, что и при выпискѣ. Больной предложено дѣлать на ночь горячіе души, по 1 кружкѣ въ 36°, и преподаны діететическіе совѣты.

Въ концѣ іюля больная явилась ко мнѣ снова съ жалобами на сильное кровоточеніе послѣ регулъ, на боли въ переднемъ проходѣ и въ мочеиспускательномъ каналѣ. Найдена на задней губѣ влагалищной части значительная эрозія, выраженный кольпитъ, изъ отверстія уретры выжата капля гноя; въ сводахъ—ничего новаго. Больная послѣдній мѣсяць провела бурно и предавалась эксцессамъ. Назначенъ покой и соотвѣтствующее леченіе.

Въ ноябрѣ я былъ приглашенъ къ больной на домъ, нашелъ у ней лихорадку, сильную болѣзненность вздутость живота, крайне затрудняющую изслѣдованіе, и опухоль, величиною въ большое яйцо, слѣва. Назначены на животъ ледъ, болеуспокаивающія и полный покой, я предполагалъ, по минованіи острыхъ явленій, повторить леченіе расширеніемъ, но, явившись къ ней на 6-й день болѣзни вечеромъ, больной не нашелъ дома, она куда-то уѣхала, и затѣмъ о дальнѣйшей судьбѣ больной я ничего не знаю.

### Случай одиннадцатый.

Анна Нѣ—ва, 20 лѣтъ, православная, жена мѣщанина, родилась въ Тверской губерніи, живетъ въ Малой Вишерѣ Новгородской губ., занимается хозяйствомъ.

Въ клинику принята 14-го апрѣля 1890 года съ жалобами на боли внизу живота, особенно при ходьбѣ, на бѣли и на запоръ.

Изъ разспросовъ больной выяснилось слѣдующее: первая менструація явилась у нея на 14-мъ году, регулы сразу установились правильно, приходили всегда черезъ 3 недѣли и продолжались 3 дня; позднѣе число дней регулъ постепенно возрастало и достигло 7 дней; за послѣдній годъ крови стали болѣзненными въ первый день появленія ихъ. Замужъ вышла на 18-мъ году и черезъ 3 мѣсяца заболѣла: обнаружилась сильная болѣзненность при мочеиспусканіи и частые позывы къ нему, потомъ явились боли внизу живота настолько сильныя, что движеніе было невозможно, и больная должна была слечь въ постель. Послѣ этой болѣзни полного выздоровленія не было, остались постоянныя боли, особенно при ходьбѣ, иногда являлись тошнота и рвота, запоры смѣнялись поносами.



Больная блондинка, среднего роста, слабого тѣлосложенія, плохо упитана. Въ грудныхъ органахъ ничего болѣзненнаго не найдено; подложечная область болѣзненна при давленіи, животъ слегка вздутъ, нисходящая ободочная кишка наполнена каловыми массами. Наружные половые органы и влагалище не представляютъ никакихъ особенностей. Влагалищная часть стоитъ высоко, невелика, конической формы, зѣвъ—нерожавший, матка немного увеличена, слегка болѣзненна, какъ бы плотнѣе по консистенціи, чѣмъ обычно, прощупывается въ переднемъ сводѣ въ физиологической *anteflexio*, подвижность ея ограничена. Левый сводъ слубокъ, въ немъ замѣчается только небольшая болѣзненность; правый сводъ занятъ опухолью, идущею отъ угла матки; опухоль эта хорошо контурируется, продолговато-овальной формы, гладка, эластична, болѣзненна, величиною въ крымское средней величины яблоко, лежитъ немного косо, наружнымъ своимъ концомъ обращена книзу; движеніе опухоли возможны только вмѣстѣ съ маткой, да и то въ очень ничтожныхъ предѣлахъ; опухоль отдѣляется отъ матки какъ бы перешейкомъ. Длина полости матки равна 7 *ctm*.

Діагнозъ: *Hydrosalpinx dextra*.

Подготовительное леченіе больной въ теченіи первыхъ 8 дней заключалось въ горячихъ рукавныхъ душахъ отъ 36° R. по 3 кружки утромъ и вечеромъ, съ повышеніемъ черезъ двое сутокъ на 1°, и въ опороженіи кишечника слабительными и клистирами. Температура измѣрялась 3 раза въ день въ обычное время и была все время до начала расширенія матки нормальна.

22-го апрѣля введена обычнымъ способомъ тонкая слегка дугообразная палочка *laminaria*, смазанная жирно сулемованнымъ вазелиномъ 1:000, на двое сутокъ, и влагалище затампонировано. Боли схватками явились только на вторую ночь. Послѣ каждой схватки были обильныя кровянистыя отдѣленія.

24-го апрѣля значительно разбухшая, покрытая слизью палочка удалена, полость матки промыта креолиномъ, и вставлены на сутки 2 средней толщины палочки *tupelo*. Боли сильными схватками начались очень скоро послѣ заложения *tupelo* и продолжались около 5 часовъ. Послѣ схватокъ обильно вытекала свѣтлая жидкость.

25-го апрѣля заложены 2 *laminariae* на сутки; боли небольшія, отдѣленій мало. Самочувствіе больной хорошо.

26-го апрѣля снова заложены двѣ *laminariae* на двое сутокъ; опять боли сильными схватками на вторыя сутки и обильная кровянистая течь. Опухоль мягче.

28-го апрѣля вставлены 2 *laminariae*. Боли сильными схватками длились 6 часовъ. Вытекала обильно послѣ схватокъ свѣтлая водянистая жидкость. Больной данъ отдыхъ на двое сутокъ, дѣлались только теплыя креолиновыя спринцеванія.

1-го мая возобновлено расширеніе, введены двѣ *laminariae*. Боли появились тотчасъ же схватками и продолжались 9 часовъ, постепенно усиливаясь; отдѣленій мало.

3-го мая по удаленіи *laminariae* при тщательномъ изслѣдованіи, найдень въ правомъ сводѣ только тонкій шнурокъ; опухоль исчезла, болѣз-



ненности въ сводахъ нѣтъ. Больная чувствуетъ себя вполне хорошо. Температура все время лѣченія нормальна.

Повторныя изслѣдованія давали тѣ же отрадные результаты, и 6 мая больная, снабженная необходимыми совѣтами, вышла изъ клиники, съ обязательствомъ показываться разъ въ мѣсяць, что она исполняла вполне добросовѣстно. Она жаловалась только 2 раза на боли подъ ложечкой, но жалобъ на половую сферу не было, и объективно все было въ порядкѣ. Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную цвѣтущую здоровьемъ, веселую и счастливую, 23 сентября прошлаго 1891 года. Объективное изслѣдованіе показало, что излѣченіе повидимому полно и прочно, но больной все же предложено отъ времени до времени показываться въ клинику.

### Случай двѣнадцатый.

Александра Н—ва, 19 лѣтъ, незамужняя, мѣщанка, родилась и живетъ въ С.-Петербургѣ, православная, по занятію портниха; принята въ клинику 18 апрѣля 1890 года, съ жалобами на боли внизу живота, которыя появились у ней за 4 недѣли передъ тѣмъ, и сильныя бѣли, существующія со времени родовъ.

Больная сообщила, что первыя крови появились у нея на 15 году, приходили черезъ мѣсяць и даже черезъ  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца и держались по 7 дней. Половую жизнь начала на 17 году и черезъ 3 мѣсяца послѣ начала ея, имѣла выкидышъ на 3 мѣсяцѣ. Въ іюль 1890 года, т. е. за 10 мѣсяцевъ до поступленія въ клинику, родила дома живаго доношеннаго младенца. Роды продолжались 3 сутокъ, и подъ хлороформомъ было сдѣлано, по словамъ больной, «расширеніе шейки». Послѣ родовъ регулы стали продолжаться вмѣсто 7 дней по 5.

Больная шатенка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, значительно истощена и блѣдна. Грудные органы и животъ ничего ненормальнаго не представляютъ. Половая щель зияетъ, промежность имѣетъ неполный разрывъ второй степени. *Portio vaginalis* объемистая, округло-цилиндрической формы, отверстіе наружнаго зѣва въ видѣ поперечной щели, губы эктропированы вслѣдствіе боковыхъ разрывовъ, на нихъ эрозіи. Матка въ *ante flexio*, увеличена, длина полости ея  $7\frac{1}{2}$  см.: движенія ограниченны. Справа отъ угла матки отходитъ круглый, продолговатый, толщиною въ большой палець, эластическій, очень болѣзненный тяжъ, утовчающійся по направленію къ углу матки, у наружнаго его конца прощупывается небольшое продолговато-овальной формы тѣло — яичникъ; слѣва опредѣляется также отходящій отъ угла матки тяжъ, такой же эластическій, болѣзненный, но тоньше праваго; внизу и кзади отъ него прощупывается увеличенный и болѣзненный яичникъ. Движенія опухолей возможны отчасти вмѣстѣ съ маткой (Рис. 5 и 6).



Рис. 5.

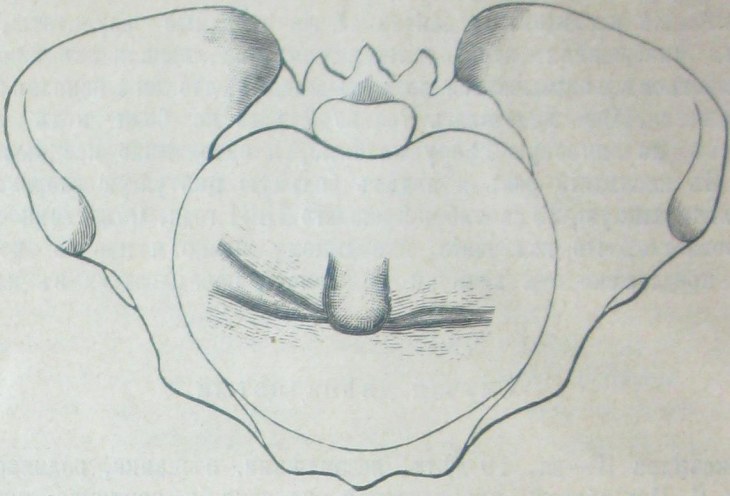
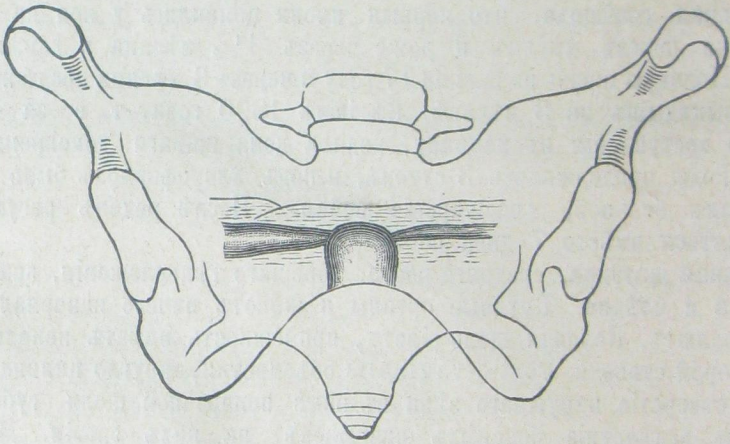


Рис. 6.



Діагнозъ: Ruptura perinei incompleta, laceratio potionis vaginalis, hydrosalpiux et oophoritis duplex.

Съ 19-го апрѣля по 23-е апрѣля у больной была катарральная *angina faucium*, носовое кровотеченіе и головокруженія, по поводу которыхъ назначено соотвѣтствующее леченіе. Съ 23 го апрѣля больной назначены, какъ подготовительное леченіе, горячіе влагалитные души два раза въ день по 2 кружки, температуры  $37^{\circ}$  R. и бромистые препараты внутрь.

28-го апрѣля приступлено обычнымъ способомъ къ расширенію полости матки, которая промыта растворомъ креолина; въ нее заложены сразу двѣ палочки *laminariae*, жирно смазанныя сулемованнымъ вазелиномъ и рукавъ затампонированъ. При промываніи матки, жидкость вытекала окрашенная кровью съ обильною примѣсью слизи.

Послѣ введенія *laminariae* очень скоро явились ноющія боли съ перерывами, и скоро показались небольшія кровянистыя выдѣленія; на слѣ-



дующій день — такого же характера боли, но слабѣе, кровянистая же течь болѣе значительна.

30-го апрѣля снова вставлены двѣ *laminariae*. Ноющія боли и схватки длились около полусутокъ, но отдѣленій было мало.

1-го мая наблюдались легкія ноющія боли всю ночь; обильныя, совершенно свѣтлыя выдѣленія.

2-го мая матка, послѣ промыванія плотно набита іодоформированной марлей.

4-го мая марля удалена, полость матки промыта креолиномъ; обильныя кровянисто-слизистыя отдѣленія. Изслѣдованіе дало: слѣва тонкій безболѣзненный шнурокъ, довольно плотный, справа также безболѣзненный шнурокъ, тоньше лѣваго. Подвижность матки больше. Самочувствіе больной удовлетворительно. Температура все время леченія нормальна.

23-го мая больной сдѣлала операція *hysterotrachelorrhaphia*.

8-го іюня произведена *perineorrhaphia* по Lawson Tait'у. Послѣ обѣихъ операцій получилое заживленіе первымъ натяженіемъ.

24-го іюня больная выписалась изъ клиники, но послѣ того еще нѣсколько разъ показывалась; своды каждый разъ были находимы нормальными, самочувствіе хорошо.

### Случай тринадцатый.

Ева-Эмилиа Г—нъ, 37 лѣтъ отъ роду, лютеранка, вдова купца, родилась въ Ригѣ, а въ С.-Петербургѣ живетъ съ 1874 года, занимается домашнимъ хозяйствомъ.

Въ клинику поступила 24-го апрѣля 1890 года, съ жалобами на боли внизу живота, въ крестцѣ и въ правой ногѣ.

Разпросъ больной далъ слѣдующее: первая менструація явилась на 17 году. Регулы вначалѣ были съ небольшими болями, наступали черезъ 30 дней, были обильны и держались по 4—5 дней. Замужъ вышла на 23 году жизни и на первомъ же году замужества родила, а на второмъ году замужества имѣла выкидышъ на 3 мѣсяцѣ беременности. Послѣ того, у ней были еще одни преждевременные роды и одинъ выкидышъ; послѣдній 11 лѣтъ тому назадъ. Послѣ выкидышей крови стали запаздывать на 3—4 дня, такъ что въ годъ приходилось имѣть только 11 періодовъ. Четыре года назадъ у больной было воспаленіе брюшины, отъ котораго больная пролежала въ постели два мѣсяца. Спустя полгода послѣ этого заболѣванія больная стала недомогать, ощущая боли внизу живота. При этомъ у нея появились бѣли. Отъ этой болѣзни лечилась солеными ваннами и согрѣвающими компрессами на животъ. Осенью 1888 года лежала въ клиникѣ и сначала лечилась горячими влагалитными душами, потомъ ей сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки полости матки, ампутація *collis uteri* и зашитъ разрывъ промежности. Въ 1889 году осенью снова лежала въ клиникѣ и лечилась массажемъ, послѣ котораго брала ванны изъ крейцнахской соли; это леченіе сначала помогло, больная чувствовала себя нѣкоторое время лучше, но потомъ всю зиму хворала болями въ животѣ, спинѣ и ногѣ, по поводу которыхъ и поступила опять въ клинику.



Большая шатенка, малаго роста, крѣпкаго сложенія, питаніе плохо; значительная нервность и раздражительность; походка медленная, осторожная. Грудные органы нормальны, грудные железы также; животъ вздутъ, перкуторный звукъ тимпаниченъ; давленіе надъ лобкомъ и въ объѣмъ fossae iliacaе очень болѣзненно. Половая щель ничего особеннаго не представляетъ; на промежности отъ бывшей операціи—рубець; влагалище гладко; влагалищная часть достигается легко, немного увеличена; матка въ anteflexio, велика, плотна и болѣзненна; длина полости ея 9 см.; движенія матки затруднены и крайне болѣзненны; справа отъ матки лежитъ колбасовидная, эластическая и болѣзненная опухоль въ 2 пальца толщиной, связанная съ правымъ угломъ матки; слѣва отъ послѣдней прощупывается разлитая безъ рѣзкихъ границъ опухоль, занимающая почти весь лѣвый сводъ, менѣе болѣзненная.

Диагнозъ: Hydrosalpinx dextra et Perimetritis lateralis sinistra. Metritis chronica.

Вначалѣ примѣнялось обыкновенное лѣченіе горячими душами въ теченіи 4 дней, очищался кишечникъ и наблюдалась въ обычное время температура, которая была найдена нормальной.

28-го апрѣля начато лѣченіе расширеніемъ по общепринятому мною порядку. Заложена въ 9 см. длины, средней толщины, вѣскольکو изогнутая палочка laminaria, смазанная вазелиномъ съ сулемой, и два тампона въ рукавъ. Ноющія боли длились часовъ 10; выдѣленій мало.

30-го апрѣля laminaria удалена, полость промыта креолиномъ, и въ рукавъ заложены тампоны.

1-го мая вставлена снова палочка laminariae, болѣе толстая. Боли начались спустя 7 часовъ послѣ введенія ея и, постепенно усиливаясь, были то ноющаго, то схваткообразнаго характера. Онѣ продолжались до слѣдующаго утра.

3-го мая laminaria замѣнена новою еще болѣе толстою палочкою. Вскорѣ появились сильныя боли схватками, а потомъ къ болямъ присоединилась лихорадка, температура къ вечеру поднялась до 38°. На слѣдующій день laminaria вынута и полость матки промыта креолиномъ. Изслѣдованіе показало въ заднемъ сводѣ значительной величины, безъ рѣзкихъ границъ выпуклую вперед и болѣзненную опухоль. Назначенъ ледъ на животъ и Antipirin по gr. V два раза въ день.

6-го мая наблюдалась сильная отрыжка, боли въ животѣ и вздутость его, знобы, боли въ крестцѣ, запоръ, моча лихорадочная, концентрированная. Отдѣленія изъ родового канала сначала слегка желтоватая стали кровянистыми. Температура вечеромъ 38,7, пульсъ 98. Назначены слабительное, клизма и болеуспокаивающія свѣчи.

7-го мая животъ сильно вздутъ, сильныя, боли, температура 39°, пульсъ 94, снова знобъ. Назначена глицериновая клизма. На слѣдующій день температура вечеромъ 39, пульсъ 100, вздутость живота меньше, боли при изслѣдованіи значительны, особенно справа. Большую часто тошнить. Назначено глотать ледъ.

9-го мая боли въ заднемъ проходѣ, крестцѣ и въ животѣ справа очень сильны. Животъ вздутъ, тимпаниченъ, тошнота, пульсъ 100, температура вечеромъ 39,2, самочувствіе плохо. Опухоль больше, границы ея, снизу и съ боковъ ясныѣ, болѣзненность при изслѣдованіи очень сильна.



10-го мая отрыжка, языкъ слегка обложенъ, животъ вздутъ, боли сильнѣе чѣмъ прежде, пульсъ 100, температура 39, вонючія отдѣленія изъ родового канала. Сдѣлано креолиновое промываніе. Общее состояніе лучше, но сна нѣтъ. боль въ зѣвѣ и затрудненное движеніе шеи.

11-го мая боли въ зѣвѣ и шеѣ меньше, общій видъ бодрѣе, пульсъ полный 100, t° 38,6, отрыжка прекратилась, былъ обильный стулъ, больная жалуется на сильную боль въ прямой кишкѣ. Слѣдующіе 2 дня явленія все тѣ же.

14-го мая отрыжка, рвота, боли меньше, самочувствіе лучше, пульсъ 92, температура 38,4. общій видъ бодрѣе. Съ этого дня температура стала понижаться и пульсъ, сдѣлался рѣже, боли стихли хотя и неисчезли, но самочувствіе гораздо лучше.

16-го мая пульсъ 82, температура 37,8. Самочувствіе еще лучше, изслѣдованіе меньше болѣзненно. Трубы прощупываются въ видѣ толстыхъ шнурковъ. слѣва разлитой опухоли нѣтъ, сзади лишь еще tumor очень чувствительный, но какъ бы меньше. Больная выписалась въ такомъ состояніи для поступленія въ Евангелическую больницу по усиленному настоянію своихъ родныхъ.

Я видѣлъ больную 30-го августа 1890 года. Она бодрѣе, весела, очень поправилась, ни на что не жалуется. При изслѣдованіи въ сводахъ ничего не найдено, кромѣ шнура трубы слѣва. 3-го марта 1891 года я показывалъ больную профессору К. Ф. Славянскому. Оба мы нашли у ней въ лѣвомъ сводѣ спавшуюся трубу въ видѣ плотнаго плоскаго шнура, а справа около матки на трубѣ продолговатое утолщеніе, довольно плотное. Больная смотритъ здоровой и ни на что не жалуется.

12-го декабря 1891 г., я снова осматривалъ больную и нашелъ ее въ двѣтущемъ состояніи. Въ половой сферѣ явленія тѣ же, что и 3-го марта.

Болѣе чѣмъ вѣроятно, что здѣсь былъ Pyosalpinx, ибо картина развивающагося перитонита ясно указываетъ на него. Произшелъ ли въ данномъ случаѣ разрывъ истонченной стѣнки трубы съ изліяніемъ содержимаго въ peritoneum, или излітіе произошло черезъ разрывъ склѣкъ брюшнаго конца трубы, рѣшить невозможно, да и значенія это не имѣетъ. Здѣсь важенъ фактъ, что опорожненіе мѣшковъ трубы произошло въ оба конца ихъ и въ маточный и въ брюшныи,—на первое указываютъ вонючія отдѣленія изъ рукава, на второе—на глазахъ образовавшійся эксудатъ въ заднемъ сводѣ и картина перитонита.

Случай этотъ важенъ особенно тѣмъ, что онъ показываетъ во первыхъ на возможность полнаго излеченія, куда бы содержимое трубы ни вылилось, и во вторыхъ, что опасность отъ изліянія содержимаго не такъ велика, какъ это принято до сихъ поръ думать. Впрочемъ здѣсь можно допустить, какъ думаетъ это и Menge, что гнойное содержимое трубы уже не заключало въ себѣ болѣзнетворныхъ микробовъ, которые могли погибнуть въ замкнутомъ мѣшкѣ трубы, въ продуктахъ собственнаго метаморфоза и дѣйствовало какъ таковое. Такъ или иначе, но фактъ здѣсь на лицо—больная совершенно здорова.



## Случай четырнадцатый.

Юзефина Л--чъ, 31-го года, католичка, жена офицера, родилась въ Варшавѣ, живетъ въ Люблинской губерніи, занимаясь хозяйствомъ.

Въ клинику принята 5-го мая 1890 года съ жалобами на боли въ лѣвой повздошной впадинѣ и на болѣзненные регулы.

Экзамень большой выяснилъ слѣдующее: съ дѣтства она была здорова, первыя крови открылись на 17 году, приходили всегда правильно черезъ 3 недѣли безъ болей и держались по 7 дней. Замужъ вышла на 22 году, и на второмъ мѣсяцѣ замужества во время кровей появились какія то боли, по поводу которыхъ приглашена была акушерка, которая „что-то изъ меня“, какъ выразилась больная, „вырвала послѣ чего на третій день я слегла въ постель и болѣла 2 мѣсяца“. Въ это время у нея были боли въ лѣвой паховой области и крайній упадокъ силъ, но ни кровотеченій, ни лихорадки не было. Послѣ вѣроятнаго выкидыша, ровно черезъ 3 недѣли были срочныя, но обильныя регулы. Съ тѣхъ поръ крови путаются, то являются на нѣсколько дней раньше, то—на нѣсколько дней поздаѣе. Въ послѣднее время регулы держались по недѣлѣ, съ болями въ маткѣ и лѣвой паховой области въ первые три дня. Два года назадъ большой дѣлаи выскабливаніе матки.

Больная блондинка, средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, умѣренно-хорошаго питанія, съ хорошимъ аппетитомъ, но страдаетъ часто бессонницами. Дыхательныя шумы нормальны, тоны сердца ясны и чисты. Грудныя железы хорошо развиты, соски малы и плоски. Животъ ничего ненормальнаго не представляетъ, но давленіе на лѣвую паховую область болѣзненно. Мочевой аппаратъ въ порядкѣ. Наружныя половыя органы никакихъ отступленій отъ нормы не имѣютъ. Рукавъ узокъ и на передней стѣнкѣ шероховатъ. Влагалищная часть круга, цилиндрична, наружное отверстіе кругло, кругомъ его ovula Nabothi. Матка въ ante-flexio, немного подвижна, увеличена и болѣзнена. Слева отъ матки прощупывается мягкая эластическая продолговато-овальная опухоль, величиною приблизительно съ куриное яйцо. Впрочемъ особенно рѣзкихъ границъ опухоль не имѣетъ. Опухоль связана съ лѣвымъ угломъ матки и отдѣлена отъ нея бороздкой. При движеніяхъ матки двигается немного вмѣстѣ съ нею и опухоль.

Діагнозъ: Salpingitis (hydrops tubae) sinistra et metritis chronica.

Большой по обычаю назначены горячіе рукавные души отъ 36° по 3 кружки въ день утромъ и вечеромъ, а въ виду плохаго сна и сильной нервозности и раздражительности—бромистыя препараты въ среднихъ дозахъ. Кромѣ того назначены были накануне начала лѣченія слабительное и водяной клистиръ, а въ день расширенія утромъ—теплая ванна. Температура измѣрялась въ обычное время, она всѣ дни была нормальна.

8-го мая введена послѣ обычныхъ обмываній тонкая, слегка изогнутая, стерилизованная палочка laminariae на двое сутокъ и тампоны въ рукавъ. Боли то ноющія, то схватками начались очень скоро, но отдѣленій было мало.

10-го мая laminaria удалена, отдѣленія слизистыя. Послѣ промыванія полости матки креолиномъ, заложена новая, болѣе толстая палочка la-



minariae на двое сутокъ. Больная жаловалась при этомъ на боль въ животѣ, а позднѣе на ноющія боли въ обѣихъ паховыхъ областяхъ. На слѣдующій день ноющія боли смѣнились схватками, течь была небольшая свѣтлая.

12-го мая повторено введеніе болѣе толстой laminariae. Больная жаловалась на ноющія боли, являвшіяся съ перерывами, выдѣленій не замѣчалось, но на вторыя сутки течь была слегка кровянистая въ малыхъ размѣрахъ.

14-го мая заложены 2 laminariae на двое сутокъ. Вскорѣ явившіяся ноющія боли продолжались до вечера, и наблюдалась въ маломъ количествѣ кровянистая течь, которая на слѣдующія сутки усилилась. Повидимому у больной явились регулы.

16-го laminariae извлечены, сдѣлано промываніе полости матки 2% растворомъ карболовой кислоты, и больная оставлена въ покоѣ.

19-го мая крови продолжаютъ, хотя и меньше.

22-го мая регулы кончились, и снова введена въ матку палочка laminariae на двое сутокъ, послѣ чего, скоро явились ноющія боли. Къ вечеру стали появляться схватки, а съ ними начались и слизисто-кровянистыя отдѣленія въ значительномъ количествѣ.

24-го мая повторена закладка болѣе толстой палочки laminariae. Явленія въ слѣдующія дни повторились тѣ же.

26-го мая послѣ удаленія laminariae было найдено, что опухоль совершенно исчезла, но боли, то ноющія, то схватками, еще продолжались и въ слѣдующіе до выхода изъ клиники дни.

29-го мая больная передъ уходомъ снова изслѣдована, при чемъ въ лѣвомъ сводѣ найдено только напряженіе и легкая болѣзненность. Больной преподаны совѣты, какъ держать себя, и предложено, пока она вблизи Петербурга, показываться въ клинику, а послѣ отъѣзда въ Варшаву писать о состояніи своего здоровья.

Въ клиникѣ больная не была ни разу, но мужъ ея являлся ко мнѣ по поводу жалобъ больной на боли и слабость въ ногахъ, вѣроятно истерическія, ибо припадки истеріи бывали и въ клиникѣ. Д-ръ А. Р. Фишеръ, ассистентъ клиники, видѣлъ одинъ разъ больную спустя мѣсяца полтора и не нашелъ у больной въ сводахъ ничего, что могло бы, по его мнѣнію, вызывать болѣзненность. Въ какомъ состояніи больная теперь, мнѣ неизвѣстно.

### Случай пятнадцатый.

Екатерина А—ва, 34 лѣтъ, православная, жена крестьянина. родилась въ Смоленской губерніи, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1888 года, занимаемая выдѣлкою папирозъ; поступила въ клинику 22-мая 1890 года, съ жалобами на постоянныя боли внизу живота, отдающія въ поясницу и въ ноги и усиливающимися во время регулъ. Боли эти особенно сильны при coitus'ѣ.

Больная рассказала, что съ дѣтства всегда была здорова. Первые крови показались у нея на 15 году, мало, безъ болей и потомъ ихъ не было до 18 лѣтъ. Когда онѣ снова явились, за мѣсяць до выхода замужъ, то стали приходить всегда черезъ мѣсяць и держались 3—4 дня,



скудны, съ небольшими болями передъ началомъ ихъ. Замужъ вышла на 19 году и дѣтей не имѣла. Три года спустя по выходѣ замужъ, крови опять были безъ болей, а потомъ сдѣлались болѣзненными. Съ этихъ поръ она уже не была здоровой, боли были постоянными и вѣ регуль, явились запоры, тошнота, она стала слабѣть и худѣть.

Больная шатенка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, истощена и блѣдна. Въ правомъ легкомъ дыханіе чистое везикулярное, въ лѣвомъ — по аксиллярной линіи оно ослаблено. Тоны сердца чисты и звучны. Грудныя железы хорошо развиты. Подъ ложечкой рѣзкая вздутость, давленіе здѣсь болѣзненно, равно и по всему лѣвому подреберью, звукъ при постукиваніи тимпаничный, вообще желудокъ растянута газами. Въ остальныхъ частяхъ животъ не представляетъ ничего особеннаго. Наружныя половыя органы нормальны, рукавъ особенностей не имѣетъ, Portio vaginalis удлинена, конической формы; матка въ ante-lateroflexio dextra, небольшая, болѣзненна, отъ праваго угла матки отходитъ цилиндрической формы tumor, очень болѣзненный, эластическій, четкообразный, въ палецъ толщиною. Слѣва отъ матки лежитъ мягкая, эластическая, болѣзненная опухоль значительныхъ размѣровъ, занимающая почти весь лѣвый сводъ, но границы ея отчетливо контурировать не удалось. Движенія матки передаются обѣмъ опухолямъ.

Поставленъ діагнозъ: Salpingitis dextra et perimetritis lateralis sinistra.

Предварительное леченіе заключалось въ назначеніи горячихъ душей отъ 35° по 3 кружки утромъ и вечеромъ, съ повышеніемъ температуры на 1° черезъ сутки. Температура тѣла измѣрялась въ обычное время и была въ физиологическихъ границахъ. По поводу болей подъ ложечкой и тошноты назначено глотаніе кусочковъ льда и горчичники.

29 го мая приступлено къ расширенію матки, и съ обычными предварительными обмываніями заложена тонкая, изогнутая палочка laminariae, жирно смазанная вазелиномъ съ сулемой 1:100, которая прошла черезъ внутренній зѣвъ съ нѣкоторымъ затрудненіемъ, но безболѣзненно. Въ рукавѣ заложены тампоны, обычнымъ способомъ приготовленные. Больной назначено лежать въ постели. Къ вечеру явились ноющія боли особенно слѣва, течи не было.

31-го мая, по удаленіи разбухшей палочки laminariae, по промывтіи полости матки креолиномъ, вставлена была толстая палочка; отдѣленій не было, боли небольшія; но на вторыя сутки явились боли схватками и обнаружилась небольшая водянистая течь.

2-го іюня снова вставлена laminaria; выдѣленій мало, боли небольшія.

4-го іюня laminaria замѣнена новою болѣе толстою.

6-го іюня вставлена толстая, уже бывшая въ употребленіи палочка laminariae, просушенная, стерелизованная сухимъ жаромъ при 140°. Тѣ же ноющія боли, отдѣленій мало.

8-го іюня послѣ удаленія laminariae подожены 2 тонкія палочки laminariae, уже бывшія въ употребленіи. Опухоли значительно меньше. Самочувствіе больной хорошо.

10-го іюня вновь заложены 2 палочки laminariae. Боли были небольшія, на слѣдующій день онѣ усилились, но выдѣленій было мало.

12-го іюня по удаленіи laminariae, матка промыта креолиномъ. При



изслѣдованіи опухоли не прощупывались; въ виду наступленія срока для регуль, *laminariae* не вводилось, только въ рукавъ положены тампоны. Температура за время леченія ни разу не повышалась.

13-го іюня пришли крови съ болями справа, отдающими въ крестецъ, слѣва болей нѣтъ. Регулы держались до 16-го и были скудны. Изслѣдованіе больной послѣ регуль дало слѣдующія результаты: справа прощупывается немного увеличенный болѣзненный яичникъ и труба въ видѣ плотнаго тонкаго шнурка, колбасовиднаго *tumor* а нѣтъ, слѣва опухоль сосалась. Катарръ желудка остается въ прежнемъ видѣ.

27-го іюня у больной найдены тѣже самыя явленія и она выписана изъ клиники.

5-го іюля больная пришла въ клинику съ жалобой на покальваніе въ правой паховой области. Справа при двойномъ изслѣдованіи, найденъ увеличенный и довольно плотный яичникъ, нѣсколько болѣзненный при давленіи, слѣва найденъ также увеличенный, но менѣе плотный и не болѣзненный яичникъ. Больной назначены горячіе души и согрѣвающій компрессъ на правую паховую область.

Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную въ клиникѣ 26-го мая прошлаго 1891 года и, при тщательномъ наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, ничего болѣзненнаго въ сводахъ не нашелъ; больная жаловалась только на тошноту по утрамъ, на боль и опухоль подъ ложечкой и на потерю аппетита, на половую же сферу не было ни одной жалобы.

#### Случай шестнадцатый.

Агрипина Н—на, 26 лѣтъ, православная, жена мѣщанина, родилась въ С.-Петербургѣ, живетъ постоянно въ Шлиссельбургѣ, служа буфетчицей въ клубѣ.

Въ клинику принята 1-го сентября 1890 г. съ жалобами на рѣзущія боли внизу живота, явившіяся четыре недѣли тому назадъ вмѣстѣ съ лихорадкой и регулами, длившимися четыре дня, послѣ купанья.

Больная при разспросѣ рассказала, что съ дѣтства никакими болѣзнями не страдала, регулы въ первый разъ обнаружались на 13-мъ году, приходили всегда правильно черезъ 4 недѣли, были необильны и держались по 4 дня безъ болей; замужъ вышла на 23 году, но дѣтей не имѣла. Вскорѣ по выходѣ замужъ заболѣла и лежала въ Маріинской больницѣ, гдѣ ей клали ледъ на животъ.

Больная блондинка, небольшого роста, съ хорошо развитыми мышечной и костной системами, съ достаточнымъ запасомъ подкожнаго жира, малокровна, ходитъ съ большимъ трудомъ, согнувшись и сильно хромя на правую ногу. Всѣ видимыя слизистыя оболочки блѣдны; грудныя железы хорошо развиты; въ легкихъ и сердцѣ ничего патологическаго не замѣчается, животъ ничего особеннаго не представляетъ; давленіе въ правой паховой области болѣзненно; варужные половые органы и рукавъ въ порядкѣ, влагалищная часть достигается легко и представляется отклоненною вправо, тѣло матки прощупывается въ переднемъ сводѣ, оно отклонено сильно влѣво, матка увеличена, давленіе на нее болѣзненно, движенія ея крайне ограничены. Справа рядомъ съ маткой лежитъ продол-



говато-округлый, величиною въ кулакъ, tumor, эластическій, мало подвижный и немного болѣзненный, связанный съ правымъ угломъ тѣла матки, при чемъ движенія tumor'a передаются на матку и обратно. Кзади отъ матки, выполняя Дугласово пространство, лежитъ плотный, величиною въ куриное яйцо, воспалительный экссудатъ, крайне болѣзненный при дотрогиваніи, переходящій въ лѣвый сводъ безъ рѣзкихъ границъ. Между правой и задней опухолями прощупывается бороздка, такая же бороздка ощущается спереди при переходѣ съ тѣла матки на правый tumor. Длина полости матки  $9\frac{1}{2}$  cm.

Поставленъ предположительный диагнозъ: Hydrosalpinx dextra. Perimetritis lateralis sinistra et posterior. Metritis chronica.

Первые три дня по поступленіи въ клинику у больной наблюдалась легкая лихорадка до  $38,8$  вечеромъ, больная жаловалась на боли внизу живота, почему ей назначенъ былъ ледъ на животъ. Подъ вліяніемъ льда и покоя боли стали меньше;  $t^{\circ}$  нормальна, но явился запоръ, а съ нимъ вмѣстѣ возобновились боли. Больной назначены повторно водяныя клизмы, послѣ которыхъ боли прекратились, и больной назначены горячіе души въ  $38^{\circ}$  по 2 кружки утромъ и вечеромъ.

Исслѣдованіемъ, произведенномъ 9-го сентября, ничего новаго болѣзненного въ тазу не найдено, по поводу являвшихся иногда болей въ паховыхъ областяхъ, больной дѣлались повторно смазыванія іодной настойкой. Всѣ эти средства и покой такъ хорошо повліяли на больную, что она перестала совершенно жаловаться на боли.

16-го сентября найдено уменьшеніе опухоли сзади, опухоль же праваго свода нисколько не измѣнилась, тоже найдено и 20-го сентября.

21-го сентября появились крови, обильныя, съ болями въ поясницѣ и заднемъ проходѣ; онѣ окончились 25-го сентября. Послѣ регулъ больная чувствовала себя хорошо.

30-го сентября приступлено обычнымъ путемъ къ расширенію матки, и на первый разъ введена на сутки тонкая палочка tupelo, слегка изогнутая по дугѣ и смазанная сулемованнымъ вазелиномъ 1:1000, и въ рукавъ заложены тампоны. Спустя 3 часа послѣ легкихъ ноющихъ болей, начались схватки, которыхъ было всего 4 съ промежутками между ними по 20 минутъ. Послѣ каждой такой схватки больная чувствовала течъ изъ родового канала.

1-го октября при удаленіи обычнымъ способомъ tupelo, выдѣлилось довольно много стекловидной слизи. Послѣ промыванія полости матки креолиномъ, введена на двое сутокъ держанная уже, но снова стерилизованная при  $140^{\circ}$  и смазанная сулемованнымъ вазелиномъ палочка laminariae. Легкія схватки начались сейчасъ же по введеніи. Спустя 8 часовъ полили обильныя кровянистыя выдѣленія, которыя поддерживались легкими схватками до утра 3-го октября. Между схватками небольшія ноющія боли. Самочувствіе и общее состояніе больной были вполне удовлетворительны.

3-го октября удаленная laminaria разбухла въ 1 cm. Заложена новая болѣе толстая палочка laminariae на сутки. Схватки начались немедленно, но сильныхъ не было, отдѣленія слизисто-кровянисто-гноевидныя, въ небольшомъ количествѣ, съ ноющими болями между схватками.



4-го октября *laminaria* замѣнена новою, схватки начались спустя часть, отдѣленій меньше чѣмъ, наканунѣ

5-го октября повторена таже манипуляція. Схватокъ и отдѣленій серознаго характера мало.

6-го октября заложены 2 *laminariae* на двое сутокъ. Явленія наблюдались тѣже, что и въ предъидущія сутки.

8-го октября снова введены 2 *laminariae*. Небольшія боли повторялись три раза, отдѣленія серозныя въ маломъ количествѣ. Большая имѣеть бодрый видъ и чувствуетъ себя хорошо.

9-го октября изслѣдованіе показало очень незначительное уменьшеніе опухоли. Снова *laminariae* заложены на двое сутокъ. Схватки начались спустя 5 часовъ, а до тѣхъ поръ были только ноющія боли. Отъ 3—6 ч. вечера было 3 сильныхъ схватки и послѣ одной изъ нихъ была течь. Выдѣленій вообще мало, они жидки, слегка окрашены въ желтоватый цвѣтъ.

11-го октября констатировано небольшое уменьшеніе опухоли. Снова введена *laminaria* на двое сутокъ. На этотъ разъ боли были очень малы, течь водянистая и скудна.

13-го октября схватки начались спустя 4 часа по введеніи *laminariae* и продолжались 4 часа. Въ промежуткахъ между схватками небольшія ноющія боли. Течь жидкая, желтоватая.

15-го октября *laminaria* не закладывалась въ ожиданіи регулъ.

17-го октября открылись регулы. Большая жаловалась на боли подъ ложечкой. Крови были не обильны и кончились черезъ четверо сутокъ.

23-го октября было найдено: опухоль справа уменьшилась до величины куриного яйца, сзади tumor прощупывался больше влѣво, но лѣвая граница неясно выражена.

28-го октября найдена таже картина. Большая, боясь потерять мѣсто въ клубѣ и чувствуя себя сравнительно хорошо, выписалась изъ клиники, не излѣчившись. О дальнѣйшей ея судьбѣ мнѣ ничего неизвѣстно.

Температура все время леченія была нормальна.

Медленность хода леченія въ данномъ случаѣ происходила вѣроятно отъ того, что масса склеекъ съ окружающими опухоль частями, не позволяла стѣнкамъ трубы спадаться, стѣнки трубы, какъ фиксированныя, не могли развить свою сжимающую силу и тѣмъ способствовать выталкиванію содержамаго кисты въ матку черезъ узкое отверстіе маточнаго конца трубы, и потому за все время леченія отдѣленія были только въ маломъ количествѣ.

### Случай семнадцатый.

Евдокія У—ва, 28 лѣтъ, православная, жена крестьянина, родилась въ Тверской губерніи, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1874 года, по занятію чернорабочая.

Въ клинику принята 28-го сентября 1890 г. съ жалобами на боли внизу живота при работѣ и ходьбѣ, и особенно сильныя при coitus'ѣ.

При разспросѣ больная сообщила, что въ дѣтствѣ ничѣмъ не болѣла: крови въ первый разъ появились у нея на 16 году, приходили всегда правильно черезъ 3 недѣли и продолжались отъ 1—2 дней безъ болей.



Въ первый разъ вышла замужъ на 22 году и имѣла на первомъ году замужества выкидышъ на 3 мѣсяцѣ беременности. Начала болѣть 4 года тому назадъ послѣ преждевременныхъ родовъ, бывшихъ на 8 мѣсяцѣ беременности; у нея явились тогда боли въ лѣвой паховой области ноющего характера, которыя по временамъ усиливались, но очень рѣзкими не были; однажды только у нея совершенно неожиданно боли сдѣлались очень острыми и держались около двухъ недѣль; по поводу этихъ болей врачъ назначилъ ей горячіе души и она поправилась. Послѣ болѣзни У—ва вторично вышла замужъ, но дѣтей отъ этого мужа также не имѣла. Передъ регулами у ней за эти 4 года бывали колющія боли въ животѣ. Больная перенесла правосторонній плевритъ.

Больная шатенка, средняго роста, съ хорошо развитыми мышечной и костной системами, сильно истощена, слаба и блѣдна. Въ лѣвомъ легкомъ дыханіе чистое, везикулярное, въ правомъ—сзади и снизу аускультация даетъ ослабленное дыханіе, а перкуссія тупой тонъ, указывающій на уплотненіе ткани. Тоны сердца чисты и звучны, сокращенія аритмичны. Животъ никакихъ уклоненій не представляетъ. Отправленія пищеварительнаго тракта и мочеваго аппарата въ порядкѣ. Наружные половые органы ничего необычнаго не имѣютъ: рукавъ нормаленъ; влагалищная часть увеличена, набухла, цилиндрической формы, зѣвъ поперечный, приоткрытъ, матка въ ante flexio немного увеличена, плотна и слегка болѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается опухоль продолговато овальная, эластическая, болѣзненная, связанная съ угломъ матки но отдѣленная бороздкой. Опухоль эта величиною въ куриное яйцо, подвижна спереди назадъ и сверху внизъ, вмѣстѣ съ маткой, въ очень ограниченныхъ предѣлахъ. Движенія эти очень болѣзненны, особенно при попыткахъ сдвинуть матку на право. Въ правомъ сводѣ прощупывается увеличенный и болѣзненный яичникъ.

Поставленъ діагнозъ: Salpingitis (Hydrosalpinx) sinistra. Metritis chronica.

Больной, какъ подготовительное леченіе, назначены горячіе души отъ 34° R по 2 кружки утромъ и вечеромъ съ повышеніемъ черезъ сутки на 1°. Температура тѣла измѣрялась подъ мышкой 3 раза въ сутки и была все время нормальна. Больная жаловалась за это время только на плохой сонъ, но вообще чувствовала себя порядочно.

4-го октября начато расширение матки, полость которой по измѣреніи оказалась въ 8 cm. Обычнымъ способомъ заложена слегка дугообразная палочка laminariae соответствующей длины, діаметромъ въ  $4\frac{2}{3}$  mm. (по школѣ Шарьера № 14), стерелизованная при 140° и жирно смазанная глицериномъ съ сулемой 1:1000. Она прошла черезъ внутренній зѣвъ совершенно свободно. Къ вечеру появились въ нижней части живота незначительныя ноющія боли, но течи не было.

На слѣдующій день по удаленіи laminariae, и промываніи матки вставлена новая палочка laminariae на двое сутокъ. Болей въ первый день не было, течь была ничтожна, больная провела ночь спокойно, крѣпко спала, но на слѣдующій день жаловалась на головную боль. Къ вечеру въ этотъ день была безъ болей обильная водянистая течь.

7-го октября по удаленіи laminariae опухоль оказалась мягче, но величина ея повидимому нисколько не измѣнилась. Заложены двѣ палочки laminariae (№ 18 Шарьера) на двое сутокъ. Къ вечеру появились неболь-



шія боли въ спинѣ и сдѣлалась рвота, но отдѣленій изъ родового канала не было.

9-го октября замѣчена обильная кровянистосывороточная течь, опухоль меньше втрое. Снова вставлены 2 палочки *laminariae* на двое сутокъ. Незначительныя ноющія боли, отдѣленій до 3 часовъ не было, но съ этого времени течь была до утра обильна.

11-го октября опухоль оказалась въ грецкій орѣхъ. Вставлены 2 палочки *laminariae* въ 10 ч. утра. Схватки начались тотчасъ же по положеніи палочекъ и шли, постепенно усиливаясь, до 3 ч. дня, потомъ до 5 ч. болей не было. Съ 6 до 7 ч. сильныя боли схватками. Послѣ 7 боли на нѣкоторое время ослабѣли, потомъ снова стали усиливаться и къ 12 ч. ночи перешли въ очень сильныя схватки, такъ что больная ни на минуту не могла уснуть.

12-го октября утромъ замѣчена обильная кровянистая течь; схватки, хотя слабыя, продолжались до вечера.

13-го октября вставлены двѣ палочки *laminariae*. Схватокъ не было.

14-го октября кровянистая течь началась съ 9 ч. утра, къ вечеру она почти прекратилась.

15-го октября удаленная палочка *laminariae* издавала легкій запахъ. Матка повторно промыта креолиномъ. Опухоль прощупывалась въ прежнемъ видѣ. Снова вставлены двѣ палочки *laminariae*; болей и отдѣленій не было ни въ этотъ, ни въ слѣдующій день.

17-го октября послѣ закладки двухъ палочекъ *laminariae* боли начались черезъ 20 минутъ схватками и держались часа 3, но выдѣленій не было.

19-го октября небольшая водянистая течь; опухоль *in statu quo*, *laminariae* удалены, матка промыта и больной данъ отдыхъ.

21-го октября послѣ измѣренія матки, полость которой оказалась въ 8 см., сдѣлано выскабливаніе ложечкой Simon'a въ лѣвомъ углу полости затѣмъ промываніе креолиномъ, и полость затампонирована іодоформированной полоской марли, а въ рукавъ положены тампоны. Съ 3 ч. дня начались боли схватками и продолжались до 6. Послѣ схватокъ явилась обильная водянистая течь, которая продолжалась безъ болей и въ слѣдующіе три дня, но значительно въ меньшемъ количествѣ, больная чувствовала себя вполне хорошо.

26-го октября констатировано совершенное исчезновеніе опухоли, въ сводѣ чувствовалось только напряженіе. Опять ощущался при выниманіи марли легкій запахъ гнили, матка поэтому усиленно промыта креолиномъ. Марля оказалась выпавшею большею своею частью въ рукавъ. Температура все время леченія держалась въ нормальныхъ границахъ.

Повторныя изслѣдованія въ слѣдующіе дни давали одни и тѣ же результаты: матка была увеличена, но безболѣзненна, слѣва въ сводѣ чувствовалось напряженіе, яичникъ ощущался какъ бы фиксированнымъ. Справа яичникъ безболѣзненъ и подвиженъ.

29-го октября изслѣдованіе безболѣзненно, слѣва прощупывается шнурокъ трубы, больная чувствуетъ себя прекрасно. Въ этотъ же день больная выписана. При уходѣ ей даны необходимыя наставленія и предложено показываться въ клиникѣ ежемѣсячно, что она и исполняла.

Въ декабрьское посѣщеніе больная съ испугомъ сообщила, что у нея



послѣ регулъ сдѣлалась слѣва боль и въ одну ночь изъ родового канала полила вода. Изслѣдованіе дало ту же картину, что и при выпискѣ. Больной данъ совѣтъ въ случаѣ появленія такихъ болей, дѣлать горячіе креолиновые души на ночь, а на мѣсто боли ставить согрѣвающие компрессы, и обязательно являться въ клинику.

Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную 11-го марта прошлаго года. Она сообщила, что при регулахъ бывають у нея боли съ правой стороны, но настолько легкія, что она легко мирится съ ними. Общій видъ больной неудовлетворителенъ: лице желтое, щеки ввалившіяся. слизистыя оболочки блѣдны, вообще смотритъ малокровной и истощенной, но чувствуетъ себя бодро. Предшествовавшая болѣзнь и дурная гигиеническая обстановка, при тяжелой работѣ, конечно истощили организмъ, и возстановить питаніе будетъ не легко. Объективно найдено все въ порядкѣ: матка невелика, безболѣзненна, подвижна, своды пусты и безболѣзненны. Я предложилъ больной пить кефиръ (она работаетъ въ гигиенической лабораторіи) и на вопросъ ея будутъ ли у нея дѣти, отвѣтилъ указаніемъ на возможность беременности въ виду полного излеченія ея болѣзни.

23-го сентября 1891 г. больная снова была у меня въ клиникѣ. Она очень поправилась, бодрѣе, веселѣе. Въ половой сферѣ ничего ненормальнаго не найдено.

### Случай восемнадцатый.

Марія С—ская 26 лѣтъ, православная, бракоразводная жена офицера, родилась въ Восточной Сибири, живетъ въ С -Петербургѣ съ 1882 года, занимаясь письмоводствомъ на машинѣ, принята въ клинику 10 го октября 1890 года, съ жалобами на боли справа въ верхней части живота, слѣва въ паховой области схватками, на боли въ ногахъ, затрудняющія ходьбу, на невозможность иногда стоять отъ болей, на нервность и на тоскливое настроеніе по утрамъ и передъ регулами.

Экзаменъ больной выяснилъ слѣдующія данныя: въ дѣтскіе и дѣвичьи годы была всегда совершенно здорова. первыя регулы появились у нея на 15 году и наступали всегда черезъ 3—4 недѣли, длительность была отъ 1—4 дней съ болями передъ началомъ. Замужъ вышла на 19 году, дѣтей не имѣла. но на первомъ году замужества думаетъ, что имѣла выкидышъ на второмъ мѣсяцѣ беременности. Въ клиникѣ лежала уже 3 раза съ діагнозами: Salpingitis, oophoritis, perimetritis lateralis и retraflexio uteri. По поводу болѣзненныхъ регулъ больной сдѣлана была операція Hysterostomatomіи и послѣ того регулы стали обильнѣе и безболѣзненнѣе. По поводу приведенныхъ болѣзней лечилась: Bromojod'овыми тампонами, скарификаціями, горячими душами, мушками, солено-желѣзистыми ваннами въ Липецкѣ и въ концѣ концовъ значительно поправилась, но съ мѣсяцъ назадъ снова заболѣла какъ сказано въ жалобахъ.

Больная брюнетка, средняго роста, слабago тѣлосложенія, плохо упитана, съ блѣдно желтымъ болѣзненнымъ лицемъ, слизистыя оболочки блѣдны, общій видъ утомленный, апатичный, легко раздражается при разговорѣ и мѣняется въ лицѣ, плаксива и нетерпѣлива, субъектъ вообще истеричный. Дыхательные органы въ порядкѣ, тоны сердца чисты и звучны, сокращенія правильны, но учащены, въ короткидахъ анемичныя шумы. Грудныя



железы хорошо развиты; животъ ничего неправильнаго не представляетъ, давленіе въ области почекъ справа болѣзненно и боль отдаетъ въ правое подреберье, въ лѣвой паховой области также чувствительность при надавливаніи значительна и иррадируетъ на бедро. Наружные половые органы въ порядкѣ, введеніе пальца въ рукавъ сильно болѣзненно во входѣ. Влагалищная часть достигается легко, нормальна по величинѣ и консистенціи, обращена къ лонному соединенію, зѣвъ поперечно овальный, матка не велика, обычной плотности, безболѣзненна, въ retroflexio, немного опущена. Движенія матки ограничены слѣва и вызываютъ болѣзненность при попыткахъ двигать ее особенно вправо. Въ лѣвомъ сводѣ лежитъ небольшая булавовидная, эластическая и болѣзненная опухоль съ перехватами (четкообразная), толщиной въ широкомъ мѣстѣ въ два пальца, отходящая отъ лѣваго угла матки узкимъ своимъ концомъ и направляющаяся влѣво, кнаружи и кверху. Правый сводъ пустъ, но болѣзненъ при глубокомъ надавливаніи.

Діагнозъ: Metritis rechronica. Hydrops tubae sinistrae.

Больная страдаетъ бессонницей и запорами и жалуется на тянущія боли визу живота. Appetitъ хорошъ, температура въ фізіологическихъ границахъ, мочевой аппаратъ исправенъ.

Больной назначены горячіе души отъ 34° по 2 кружки утромъ и вечеромъ съ повышеніемъ t° на 1° черезъ сутки, ванны теплыя и повторно водяные клистиры.

8-го октября въ первый разъ послѣ измѣренія длины полости матки, оказавшейся въ 8 см., и обычнаго обливанія заложена laminaria 4<sup>2</sup>/<sub>3</sub> mm. (по Шарьеру,) смазанная вазелиномъ съ опіемъ 1 : 4 обеззараженной сулемой 1 : 1000 на сутки. Въ рукавъ положены тампоны. Боли начались легкими схватками, спустя 2 часа и все усиливаясь, черезъ 2 часа достигли maximum'a. При наисильнѣйшей схваткѣ явилась тошнота, послѣ которой боли стали постепенно стихать, а спустя 4 часа снова усилились. тошнота повторилась. Около 12 ч. ночи снова едѣлалась сильныя схватки и явилась рвота, послѣ которой схватки прекратились \*). Течь была небольшая, только во время тошнотъ и рвоты. Къ утру больная чувствовала себя хорошо.

9-го октября введена новая палочка laminariae на двое сутокъ: Боли небольшія, тошнота и небольшія отдѣленія. На слѣдующія сутки ноющія боли и течь въ маломъ количествѣ. Опухоль уменьшилась до величины грецкого орѣха.

11-го октября вставлены 2 палочки laminariae. Первые боли схватками были въ 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ч. дня, потомъ въ 6 и въ 9. Течи сначала было мало, но къ утру стало больше, явилась опять тошнота. Ночь на 12 число провела безъ сна. Ночью была обильная кровянистая течь. Входъ въ рукавъ болѣзненъ.

13-го октября по удаленіи laminariae длина полости матки оказалась прежняя. Замѣчена болѣзненность эндометрія. Заложены снова laminariae на двое сутокъ. Схватки начались съ 12 ч. дня и продолжались, постепенно усиливаясь, до 10 ч. вечера. Промежутки между схватками сначала

\*) Въ виду сильныхъ болей, дежурный акушеръ вприснулъ большой 1<sup>1</sup>/<sub>12</sub> морфія подъ кожу, что не входило въ мой планъ, да и боли не были такъ невыносимы.



были по 20 минутъ, а потомъ постепенно удлинялись. Отдѣленія были водянистыя, introitus vaginae болѣзненъ. Самочувствіе большой хорошо.

15-го октября laminariae удалены, матка промыта криолиномъ, введеніе Ваземановскаго катетера болѣзненно, опухоль исчезла, осталось только напряженіе въ сводѣ. Большая жаловалась на колющіа боли въ области матки. Больная въ этотъ день была показана товарищамъ и профессору Славянскому.

16-го октября больная жаловалась на жженіе въ маткѣ и легкую боль въ поясицѣ. Сонъ и аппетитъ хороши, общій видъ также.

18 го октября у больной былъ припадокъ истеріи, съ характернымъ указаніемъ на globus Hystericus и на спазмы въ зѣвѣ.

23-го октября больная жаловалась на боли въ правой паховой области и въ ногѣ

25-го октября сдѣлано новое обстоятельное изслѣдованіе и найдено: матка въ retroflexio, подвижна, лѣвый сводъ пустъ, справа немного увеличенный и болѣзненный яичникъ, входъ въ рукавъ по прежнему болѣзненъ, ненормальнаго во входѣ ничего не замѣчено. Въ этотъ день вмѣстѣ со мною смотрѣлъ больную докторъ Бугаевскій. Въ тотъ же день больная выписана съ обычными наставленіями.

Больную я видѣлъ послѣ того разъ шесть, иногда она чувствовала себя прекрасно и ни на что не жаловалась. въ другія же посѣщенія жаловалась на боли справа больше всего напоминающія почечныя колики. Больной по поводу этихъ болей сдѣланы черезъ сутки 4 сеанса электризаціи постояннымъ токомъ, положительный полюсъ ставился надъ лобкомъ, а отрицательнымъ дѣлались движенія въ болѣзненной области въ направленіи къ положительному.

Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную во второй половинѣ ноября прошедшаго года, она сообщила, что въ день открытія предпослѣднихъ регулъ. у нея явились острые боли справа, немного ниже пупка, ноющего характера. Боли эти продолжались часа 3. Съ момента открытія регулъ, боли прекратились. Объективно найдено: входъ въ рукавъ безболѣзненъ, матка не увеличена и безболѣзненна, сзади, въ Дугласовомъ пространствѣ при глубокомъ надавливаніи получается болѣзненность и здѣсь прощупывается величиною въ бобъ довольно плотное тѣло. Правый сводъ совершенно пустъ и безболѣзненъ. Лѣвый слегка напряженъ. Общій видъ хорошъ, она значительно попомяла, хотя по прежнему блѣдна; ничего въ регулъ болѣзненнаго не испытываетъ.

### Случай девятнадцатый.

Анна Ш—ва, 39 лѣтъ. православная, вдова отставнаго фельдфебеля, родилась въ Калужской губерніи; въ С.-Петербургѣ живетъ съ 1876 года, занимаясь хозяйствомъ; принята въ клинику 9-го октября 1890. года съ жалобами на боли ввизу живота и въ спинѣ, на лихорадку, головокруженіе, одышку. на появляющіеся иногда отеки въ лицѣ, рукахъ и ногахъ и на безсонницу.

Изъ распросовъ больной выяснилось слѣдующее: первая менструація явилась на 13 году; крови наступали всегда правильно черезъ 3 недѣли и тянулись 7 дней, необильныя, безъ болей. Замужъ вышла на 16 году, имѣла два выкидыша, оба на 4 мѣсяцѣ беременности. Крови



начали путаться назадъ тому 10 лѣтъ, но особенно сильно въ послѣдніе 4 года. когда онѣ стали приходиться черезъ 6 недѣль; съ 6-го августа до 16-го сентября регулы приходили 3 раза и текли съ перерывами по 1—2 дня и даже по недѣлѣ. Сильныя боли заставляли обращаться къ помощи врача, но улучшение было временнымъ. Въ сентябрѣ она обратилась въ Маріинскую больницу, гдѣ ей предложили сдѣлать чрезосѣченіе, но она отъ операціи отказалась.

Больная шатенка, высокаго роста, съ правильно развитыми костной и мышечной системами истощена, лице желтовато-блѣдное страдальческое, видимыя слизистыя оболочки блѣдны рѣчь вялая, беззвучная, растянутая. больная легко раздражается изъ-за всякихъ пустяковъ и сердится. Грудные органы: дыхательныя шумы мѣстами везикулярны мѣстами жестки и свистящи (бронхитъ), тоны сердца чисты и ясны, немного ускорены слышны иногда анемичныя шумы. а въ каротидахъ они слышны постоянно. Грудныя железы хорошо развиты и не имѣютъ ничего болѣзненнаго. Животъ напряженъ, даетъ тимпанитъ при постукиваніи, болѣзненъ при ощупываніи. особенно въ подложечной области и въ обѣихъ паховыхъ. Наружныя половыя органы ничего необычнаго не представляютъ; стѣнки рукава гладки; влагалищная часть увеличена, плотна. зѣвъ круглый; матка въ anteflexio, увеличена. немного плотна, сдвинута съ срединной линіи влѣво; подвижность ея мала, движенія болѣзненны. Справа отъ матки лежитъ грушевидная опухоль довольно значительныхъ размѣровъ, связанная съ правымъ угломъ матки и обращенная толстымъ своимъ концемъ кнаружи впереди и немного книзу. Опухоль эта гладка. мягковатоэластической консистенціи. слегка подвижна, немного болѣзненна. Слѣва отъ матки прощупывается въ сводѣ экссудатъ небольшихъ размѣровъ, безъ рѣзкихъ границъ болѣзненный при надавливаніи. Движенія матки передаются на опухоли. Стулъ у больной задержанъ мочеотдѣленіе часто и болѣзненно. Походка медленная, осторожная, какъ бы съ хромотой.

Рис. 7.

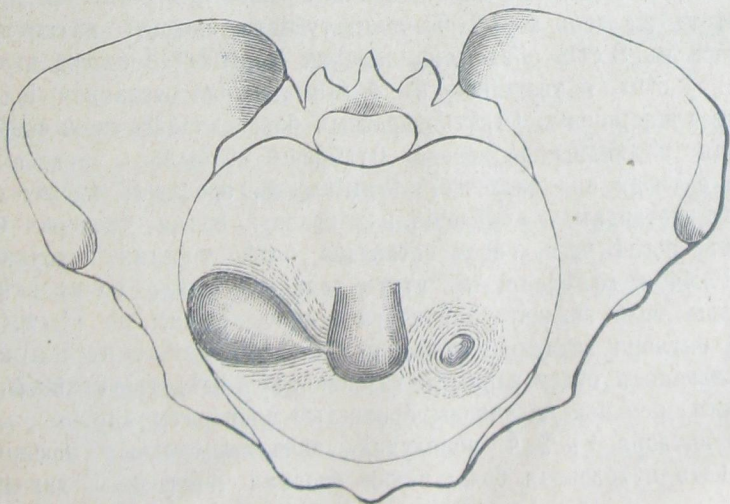
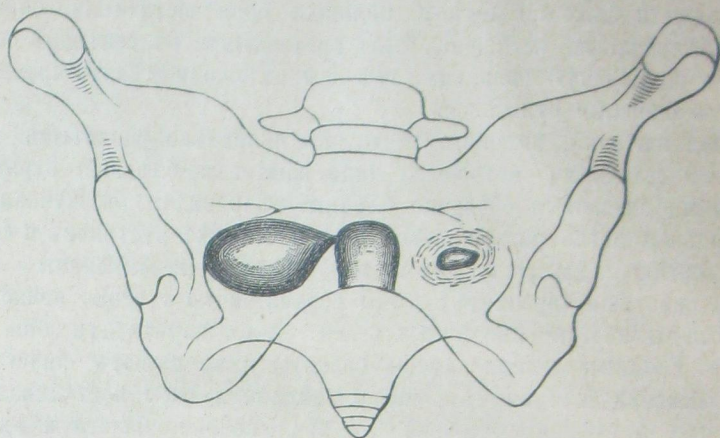




Рис. 8.



Диагноз: Hydrosalpinx dextra et perimetritis sinistra. Metritis chronica.

Больной назначены: Ol. Ricinum, повторно клистиры, горячіе души отъ 35° по 3 кружки 2 раза въ день, съ повышеніемъ—на 1° черезъ сутки и теплыя ванны.

16-го октября у больной открылись регулы съ значительными болями въ животѣ. Регулы прошли безъ перерывовъ и окончились 19-го октября.

21-го октября произведено новое изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ органовъ, и найдено было слѣдующее: опухоль справа эластичная, по формѣ и величинѣ съ средней величины грушу; слѣва границы опухоли теперь обозначились яснѣе, она болѣе тверда, чѣмъ правая, величиною въ небольшое яблоко; обѣ опухоли связаны съ маткой, подходят къ угламъ ея, но отдѣлены отъ ея бороздками. pyosalpinx sinistra.

Въ этотъ же день послѣ обычнаго туалета, полость матки измѣрена и оказалась въ 8 ctm. Заложена палочка laminariae слегка изогнутая, длиною 8½ ctm. и толщиною въ 4 mm, жирно смазанная іодоформированнымъ глицериномъ. Схваткообразныя боли начались очень скоро послѣ ея введенія, и длились до вечера. Отдѣленій не было.

22-го октября при извлеченіи laminariae, оказалось много слизисто-кровянисто гноевидныхъ отдѣленій изъ полости матки, которая промыта креолиномъ, послѣ чего, снова вставлена болѣе толстая палочка laminariae. Болей и отдѣленій въ этотъ день не было, но на слѣдующій день явились боли ноющего характера и продолжались до 11 ч. вечера.

24-го октября вставлена новая палочка laminariae въ 8 mm. толщиною, смазанная сулемованнымъ вазелиномъ. Вслѣдствіе крайней раздражительности, больной назначены бромистые препараты внутрь.

25-го октября съ 2 ч. пополудни, начались сильныя ноющія боли внизу живота и головная боль; ночью больная чувствовала лихорадочное состояніе.



26-го октября утромъ температура 38,4. Laminaria удалена, полость матки промыта креолиномъ. Изслѣдованіе, производившееся крайне осторожно, указало на рѣзкое уменьшеніе опухоли слѣва. Днемъ температура въ 3 часа была 39,9, вечеромъ 38,8; пульсъ 94, слабый; животъ вздутъ, головная боль, тошнота, общая слабость. Положенъ ледъ на животъ.

27-го октября температура утромъ 38,1, вечеромъ 38,1; боли меньше, самочувствіе и общій видъ лучше; пульсъ 94. Больной назначенъ въ капсуляхъ Ammonii sulfo-ichthyolici 1½ gr. 2 раза въ день.

28-го октября температура утромъ 37,1, вечеромъ 37,9. Небольшія боли справа и въ срединѣ нижней части живота при давленіи, самочувствіе хорошо. Появились обильныя крови, которыя держались съ болями справа до 30-го октября включительно. 31-го октября крови окончились.

Изслѣдованіе произведенное въ этотъ день указало на круглую эластическую и болѣзненную опухоль въ заднемъ сводѣ величиною въ яблоко; справа эластическій грушевидный tumor, слѣва небольшой колбасовидный плотный tumor толщиной въ палець. Слѣдуетъ предположить, что изъ лѣвой трубной кисты содержимое излилось въ Дугласово пространство, что и вызвало лихорадку и образованіе здѣсь воспалительнаго выпота, ибо опухоль слѣва уменьшилась и приняла другую форму—колбасы. Надо полагать, что содержимое было гнойное. такъ какъ при серозномъ содержимомъ такой реакціи не получилось бы; но едва-ли гной былъ особенно вирулентенъ, судя по сравнительной краткости лихорадки и небольшой интензивности ея. Больной назначены горячіе души.

1-го ноября выпоть въ заднемъ сводѣ больше правая опухоль также увеличилась, лѣвый tumor сталъ какъ бы плотнѣе и усилилась болѣзненность при изслѣдованіи. Души отмѣнены, и снова назначенъ ледъ на животъ. Въ такомъ состояніи больная находилась пять дней.

6-го ноября было констатировано уменьшеніе опухолей сзади и слѣва, гдѣ прощупывался только тонкій шнурокъ; опухоль въ правомъ сводѣ оставалась *in statu quo*.

9-го ноября найдено значительное уменьшеніе задней опухоли, боли при изслѣдованіи стали меньше, самочувствіе улучшилось. Явились крови.

10-го ноября съ 1 часа дня начались схватки и продолжались безпрерывно до слѣдующаго утра. Кровь выдѣлялась въ обильномъ количествѣ, то жидкая розоватая, то темная и со сгустками.

13-го ноября крови кончились, Больная жаловалась на кашель, (Bronchitis) головную боль, слабость и боль въ поясницѣ.

17-го ноября при изслѣдованіи найдено: опухоль въ заднемъ сводѣ безъ замѣтныхъ измѣненій, слѣва прощупывается увеличенный яичникъ и шнурокъ трубы; справа tumor въ томъ же положеніи.

21-го ноября больная выписалась на время изъ клиники по домашнимъ дѣламъ.

28-го ноября больная снова поступила въ клинику для окончанія леченія, причѣмъ найдено, что экссудатъ сзади исчезъ, вѣроятно подъ влияніемъ горячихъ душей, которые были назначено больной дѣлать дома; въ правомъ сводѣ уменьшившійся немного tumor; въ лѣвомъ сводѣ ничего болѣзненнаго не найдено.



До 4-го декабря больная дѣлала только горячіе души въ 38° утромъ и вечеромъ по 3 кружки.

4 го декабря заложена на сутки *laminaria* діаметромъ въ 4 mm. смазанная іодоформированнымъ глицериномъ. Боли ноющаго характера начались немедленно и длились до 10 ч. вечера, послѣ чего онѣ стали слабѣе. По словамъ больной за это время въ два приѣма выдѣлилось изъ половыхъ органовъ много жидкихъ отдѣленій.

5-го декабря удаленная изъ матки *laminaria* имѣла глубокій захватъ соответственно внутреннему зѣву. Заложена новая палочка *laminaria* въ 6 mm. на сутки. Болей почти не было, отдѣленія были обильныя кровавистыя.

6-го декабря заложена палочка *tupelo* толщиной въ 9 mm. Въ ночь на 7-ое открылись крови съ ноющими болями; позднѣе явились схватки. *Tupelo* удаленъ.

9-го декабря изслѣдованіе при неокончившихся регулахъ дало рѣзкое уменьшеніе опухоли справа, гдѣ прощупывается четкообразный толстый шнурокъ.

10 го декабря крови утромъ кончились.

12-го декабря новымъ изслѣдованіемъ было установлено существованіе, на мѣстѣ грушевиднаго tumor'a справа, мягкаго, болѣзненнаго, сжимающагося между изслѣдующими пальцами и идущаго отъ праваго угла матки шнурка, который кнаружи немного шире: сзади въ сводѣ прощупывается небольшая болѣзненная перетяжка, а въ лѣвомъ сводѣ найдена только болѣзненность при давленіи. Больная при этомъ жаловалась на боль въ спинѣ и бѣли. Назначены снова горячіе души.

14-го декабря и въ слѣдующіе дни больная жаловалась на ноющія боли ввизу живота, на боли въ правой ногѣ, въ лѣвомъ вертепѣ и спинѣ.

18-го декабря при выпискѣ, въ сводахъ ничего кромѣ легкой болѣзненности не найдено, опухоли исчезли, матка уменьшилась. Больной даны обычныя наставленія и назначено являться въ клинику на осмотръ.

Больную я видѣлъ въ послѣдній разъ въ концѣ мая 1891 года и нашелъ, что опухолей въ сводахъ нѣтъ. Больная сильно попохла. ни на что не жалуется и спрашивала можетъ ли она безъ боязни повторенія болѣзни выйти замужъ, къ чему препятствій я, конечно не имѣлъ \*).

### Случай двадцатый.

Надежда С—ва, 25 лѣтъ, жена мѣщанина, православная, родилась и живетъ въ Тульской губерніи, занимаясь домашнимъ хозяйствомъ; принята въ клинику 25-го ноября 1890 года.

При поступленіи больная жаловалась на боли ввизу живота, на бѣдіи бѣли желтаго цвѣта, на общую слабость, бессонницу и крайнюю раздражительность.

Изъ разспроса больной выяснилось, что первыя крови показались у нея на 14 году, были безболѣзненны, продолжались 5 дней. Вскорѣ установились тишь регулъ черезъ 4 недѣли по 5 дней. Больвою она себя до

\*) Въ началѣ февраля 1892 г., уже во время печатанія настоящей диссертации, я снова видѣлъ Ш—ву и нашелъ ее по-прежнему здоровою.



выхода замужъ не помнить. Замужъ вышла на 23 году за 25-лѣтняго слабого здоровья мужа. Вскорѣ послѣ свадьбы у нея появились сильныя боли внизу живота и довольно значительныя бѣли. Регулы стали приходить неправильно, черезъ 4—5 недѣль, и продолжаться по 3—6 дней съ болями передъ началомъ регулъ и въ первые дни. Мѣсяца три спустя, приглашенный врачъ (по показаніи больной) нашелъ искривленіе матки и воспаленіе яичника, по поводу чего назначилъ спринцеванія квасцами и сѣрнокислымъ цинкомъ, сидячія ванны и мушки на правую паховую область. Это леченіе значительно помогло больвой. Въ прошломъ 1889 г., въ сентябрѣ регулы задержались на 6 недѣль и, когда снова пришли, были очень обильными и продолжались 7 дней. Больная отъ потери крови сильно ослабла. Приглашенный фельдшеръ высказался за вѣроятный выкидышъ. Послѣ этого кровотеченія у больной была небольшая лихорадка, которая заставила ее пролежать нѣкоторое время въ постели. Послѣднія регулы были у больвой 1-го ноября, обильныя, болѣзненныя и длились 7 дней.

Больная брюнетка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Въ грудныхъ органахъ на перкуссіей и аускультацией ничего болѣзненнаго не открывается. Грудныя железы хорошо развиты. Животъ нормаленъ. Въ правой и лѣвой паховыхъ областяхъ болѣзненность при давленіи. Наружныя половыя органы въ порядкѣ, малые губы нѣсколько гипертрофированы, промежность цѣла, задняя спайка образована малыми губами. Отверстіе уретры нормально. На мѣстѣ отверстій Бартолиновыхъ железъ замѣчается краснота. Влагалище не широко, складки не сглажены. *Portio vaginalis* стоитъ невысоко, плотной консистенціи, конической формы, не велика; наружный зѣвъ въ видѣ небольшого круглаго отверстія. Тѣло матки прощупывается въ заднемъ сводѣ и отклонено вправо, оно увеличено и болѣзненно при давленіи; подвижность матки ограничена. Въ лѣвомъ сводѣ напряженномъ, мало податливомъ и чувствительномъ, прощупывается яичникъ, величиною въ сливу, болѣзненный при давленіи. Правый сводъ также напряженъ и болѣзненъ.

Поставленъ діагнозъ: *Perimetritis bilaterolis. Retroflexio uteri, metritis chronica.*

Больной назначены спринцеванія рукава слабымъ растворомъ сулемы и мыльякъ внутрь.

Первые дни по поступленіи въ клинику у больной ничего особеннаго не наблюдалось, были все тѣ же жалобы на боли въ тазу, отдающія въ ногу, и запоръ. По поводу болей назначенъ согрѣвающая компрессъ.

1-го декабря открылись регулы безъ болей необильныя и 4-го окончились.

5-го больвой назначены *globuli ex ammonio sulfoichtryol. gr. V* по одному на ночь.

12-го декабря назначены горячіе души отъ 37° по 3 кружки съ повышеніемъ t° черезъ двое сутокъ на 1°.

27-го декабря при изслѣдованіи найдено: тѣло матки по прежнему въ заднемъ сводѣ отклонено слегка вправо, оно увеличено, болѣзненно къ давленію и при движеніи, подвижность матки ограничена. Справа отъ матки прощупывается tumor величиною съ небольшое крымское яблоко, гладкій, предолговато-округлой формы, эластической консистенціи, связан-



ный съ правымъ угломъ матки, но отдѣленный отъ нея бороздкой, болѣзненный и слегка подвижный; возлѣ этой опухоли—болѣзненный яичникъ; лѣвый сводъ напряженъ и тѣстовать, чувствителенъ при давленіи; лѣвый яичникъ также увеличенъ и болѣзненъ; лѣвая труба прощупывается въ видѣ идущаго отъ угла матки болѣзненнаго шнурка.

Поставленъ діагнозъ: *Hydrops tubae dextrae et salpingitis sinistra. oophoritis duplex.*

Больной назначено теплое спринцеваніе съ креолиномъ. 28-го октября температура, бывшая до этого все время нормальной, поднялась къ вечеру до 38°; открылись регулы; на другой день температура стала нормальной. 1-го января днемъ кровей не было, но къ вечеру овѣ снова появились, были безъ болей и окончились 4-го января. Вслѣдъ за окончаніемъ кровей явились боли въ спинѣ, правомъ паху и бедрѣ. Больной дана ванна 28°, креолиновый душъ и ol. Ricini на ночь.

5-го января начато обычнымъ путемъ расширеніе матки; заложена тонкая изогнутая по дугѣ, смазанная іодоформированнымъ глицериномъ, палочка *laminariae* которую удалось провести только до внутренняго зѣва. Скоро явились боли схватками и длились до 9 ч. вечера.

На слѣдующій день (6) обычнымъ порядкомъ заложена новая, болѣе толстая палочка въ каналъ шейки, ибо не смотря на нѣкоторое насиліе и соотвѣтствующій изгибъ ламинари, проникнуть ею въ матку не удалось. Легкія боли и небольшія выдѣленія.

7-го эластическій бужъ прошелъ въ матку легко; длина ея полости опредѣлена въ 7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. Заложена палочка *laminariae*, изогнутая по дугѣ—она прошла свободно. Обычныя боли и обильныя гноевидно-слизистыя отдѣленія.

8-го января послѣ креолиноваго промыванія полости матки, вставлена болѣе толстая ламинария.

9-го января по удаленіи ламинари, въ виду спазма внутренняго зѣва, пришлось, послѣ неудачныхъ попытокъ введенія расширителей Hegar'a, прибѣгнуть къ тампонамъ Vulliet'a, каковыхъ и введено 6 штукъ.

10-го января снова введены 6 тампоновъ Vulliet'a въ полость матки и короткая толстая палочка *laminariae* въ каналъ шейки.

11-го января введено 9 тампоновъ Vulliet'a и *laminariae*; схватки и отдѣленія незначительны.

12-го января опухоль справа найдена уменьшившеюся до размѣровъ средней величины сливы. Введено 14 тампоновъ. Схватки до 9 ч. вечера съ болью въ правомъ бедрѣ.

13-го января введено 15 тампоновъ, которые на слѣдующій день удалены; но схватки и безъ нихъ еще продолжались, съ отдающею на бедро болью; отдѣленія въ маломъ количествѣ.

Температура все время леченія была нормальна.

18-го января изслѣдованіе дало слѣдующее: въ правомъ сводѣ увеличенный и болѣзненный яичникъ, опухоли трубы нѣтъ. Въ лѣвомъ сводѣ не замѣчено измѣненій.

25-го января начались обильныя регулы и держались до 29-го съ такими сильными болями въ поясницѣ, правой паховой области и бедрѣ, какихъ у больной еще не бывало.

31-го января изслѣдованіе показало: болѣзненность обоихъ яичниковъ.



Трубы прощупываются въ видѣ тонкихъ плотныхъ шнурковъ, правый яичникъ увеличенъ.

4-го февраля изслѣдованіе дало тѣ же результаты, и больная выписалась.

Я видѣлъ больную чрезъ 10 дней послѣ выписки и не нашелъ ничего новаго. Самочувствіе больной было хорошо.

О дальнѣйшей судьбѣ больной свѣдѣній не имѣется.

### Случай двадцать первый.

Сарра Г—вичъ, 39 лѣтъ, еврейка, жена солдата, родилась и живетъ въ Новгородской губ., въ Малой-Вишерѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ.

Въ клинику принята 1-го декабря 1890 года съ жалобами на упорныя маточныя кровоточенія, постоянныя сильныя боли внизу живота и общій упадокъ силъ.

Больная сообщила, что регулы открылись у нея на 15 году, приходили чрезъ 3 недѣли и держались безъ болей по 5—6 дней. Вышла замужъ на 16 году. Больною считаетъ себя около 10 лѣтъ. За все это время всѣ регулы у нея сопровождались сильными болями, во все продолженіе ихъ. Отъ начала августа до 16-го сентября 1890 г. регулы отсутствовали, почему больная считала себя беременной. 16-го же сентября у нея вдругъ открылось сильное кровоточеніе съ обильнымъ выдѣленіемъ кровяныхъ сгустковъ. Это кровоточеніе больная признаетъ за вѣроятный выкидышъ. Кровоточеніе это продолжалось въ теченіи 4 недѣль непрерывно. Съ половины октября, кровь стала отдѣляться въ меньшемъ количествѣ, а съ конца ноября замѣнилась сукровичными отдѣленіями.

Больная брюнетка, средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, съ хорошо развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ, вяла и блѣдна. Грудныя железы развиты хорошо. Органы грудной полости въ порядкѣ. Животъ большой, ожирѣлый. Давленіе внизу живота, особенно справа, болѣзненно. Наружныя половыя органы и рукавъ ничего особеннаго не представляютъ; влагалищная часть увеличена и плотна; тѣло матки велико, болѣзненно при давленіи и прощупывается въ переднемъ сводѣ; подвижность матки ограничена. Слева отъ матки прощупывается опухоль эластической консистенціи, контуры ея затемнены воспалительными наслоеніями, болѣзненная, повидимому, она связана съ лѣвымъ угломъ матки, такъ какъ движеніе матки передается на опухоль, которая также слегка подвижна. Въ заднемъ сводѣ опредѣляется тѣстоватый и болѣзненный выпоть, совершенно неподвижный. Изъ цервикальнаго канала сочится кровь. Длина полости матки 10 см.

Поставленъ діагнозъ: *Metritis chronica, perimetritis sinistra (hydrosalpinx?) et posterior.*

Первые дни по поступленіи въ клинику у больной наблюдались: обильное кровоточеніе, боли въ спинахъ, внизу живота и въ ногахъ. По поводу кровоточенія, больной назначены горячіе души въ 42° и внутрь *Extr. fluid. Hydrast. Canad.* по 20 капель 4 раза въ день. Подъ вліяніемъ



этой терапіи кровотеченіе 17-го декабря совершенно прекратилось; самочувствіе улучшилось; больной сдѣлана ванна въ 27°.

Измѣдованіе, произведенное 18-го декабря, ничего новаго не прибавило. Показались въ этотъ день снова сукровичныя отдѣленія, въ виду каковыхъ опять больной сдѣланъ горячій душъ въ 42°, послѣ чего кровянистыя отдѣленія прекратились.

19-го декабря утромъ. больная взяла ванну и въ этотъ же день приступлено было обычнымъ способомъ къ расширенію матки, съ одной стороны, съ цѣлью предупрежденія кровотеченій, съ другой—ради опороженія предполагаемой въ лѣвомъ сводѣ растянутаго трубы. Измѣренія матки дали ту же длину въ 10 см. Заложена тонкая, изогнутая по дугѣ палочка *laminariae* въ 10 см., смазанная іодоформированнымъ глицериномъ, и тампоны въ рукавъ. Скоро явились схватки, наступавшія черезъ 10 минутъ послѣ введенія *laminariae* и державшіяся до 10 час. вечера. Отдѣленій не было.

20-го декабря заложена новая, болѣе толстая палочка ламинаріи на сутки. Боли слѣва, ноющаго характера явились скоро. Были небольшія водянистыя отдѣленія.

21-го декабря по удаленіи ламинаріи, введены 2 новыхъ—на двое сутокъ. Боли были схватками, и послѣ нихъ кровянистая течь въ значительномъ количествѣ, продолжавшаяся и на слѣдующія сутки.

23-го декабря ламинаріи удалены, матка промыта креолиномъ, во влагище наложены тампоны и больной данъ отдыхъ на сутки.

24-го декабря у больной явились боли и вздутость живота, при ощущеніи онъ болѣзненъ. Больная жаловалась кромѣ того на запоръ. Т° вечеромъ 37,9. Назначенъ клистиръ и ледъ на животъ.

Съ 27-го декабря по 5-го января 1891 г., больная по временамъ лихорадила (max. t°=39,8°) при явленіяхъ обострившагося периметрита. Лечение обычное противовоспалительное.

Съ 6-го по 11-е января были регулы. Т° оставалась нормальной.

16-го января найдено: въ лѣвомъ сводѣ плотная, болѣзненная опухоль, плотно прилегающая къ костямъ таза, верхняя граница ея доходить почти до уровня пупка; справа также небольшой экссудатъ; матка неподвижна, велика, плотна и болѣзненна.

Назначено леченіе ихтіоломъ и горячими влагищными душами, послѣ чего воспалительныя экссудаты стали рассасываться, хотя довольно медленно, такъ что при выпискѣ больной 8-го февраля, остатки ихъ можно было констатировать, какъ въ боковыхъ, такъ и въ заднемъ сводѣ.

### Случай двадцать второй.

Наталья Ш—на, 30 лѣтъ, православная, дочь чиновника. родилась въ С.-Петербургѣ, живетъ въ Калугѣ, занятіе хозяйство, поступила въ клинику 8-го февраля 1891 года, съ жалобами на боли въ поясницѣ, ноющія боли въ правомъ паху, запоры по 3—4 дня, головную боль, и лихорадку.

При разпросахъ больная рассказала слѣдующее: регулы наступили у нея на 16 году, приходили всегда правильно черезъ 3 недѣли и держались по 4—5 дней безъ болей. Половую жизнь начала на 27 году, но



дѣтей и выкидышей не имѣла. До настоящаго заболѣванія всегда была здорова. Больна два года и 4 мѣсяца; болѣзнь началась сильнымъ маточнымъ кровоточеніемъ, длившимся 3 мѣсяца. Послѣ заболѣванія, крови въ некоторое время путались, а потомъ опять пришли въ порядокъ. Временами дѣлались сильныя боли въ пахахъ по поводу которыхъ больной дѣлались втиранія изъ сѣрой ртутной мази въ паховыя области, назначались мушки и тампоны, а внутрь она принимала какія то кислыя капли. Лѣтомъ прошлаго 1890 года больная брала соленыя ванны, послѣ примѣненія которыхъ она чувствовала себя немного лучше; на ряду съ ваннами ей ставились снова мушки, но все это незначительно и на короткое время облегчало боли. Въ январѣ настоящаго года, больная сама нащупывала болѣзненную опухоль слѣва, которая особенно беспокоила ее и мѣшала ходить.

Больная шатенка, средняго роста, съ правильно и хорошо развитыми костной и мышечной системами, плохо упитана, лицо блѣдно-желтое слизистыя оболочки блѣдны, языкъ обложенъ, пульсъ и дыханіе учащены, кожа горяча; въ легкихъ и сердцѣ не замѣчено никакихъ болѣзненныхъ измѣненій; животъ ничего ненормальнаго не представляетъ. Наружныя половыя органы уклоненій отъ нормы не имѣютъ; изъ половой щели отдѣляется обильная свѣтлая слизь; рукавъ узокъ и складчатъ; влагалищная часть достигается легко, она конической формы, удлиннена, дѣствена; матка прощупывается въ переднемъ сводѣ, немного увеличена, безболѣзненна и слегка подвижна спереди назадъ и сверху внизъ. Справа отъ матки лежитъ продолговато-булавовидной формы, обращенный толстымъ концемъ кънаружи, эластическій, малоподвижный и болѣзненный tumor, связанный какъ бы перешейкомъ съ правымъ угломъ матки; tumor этотъ величиною въ обыкновенную грушу; слѣва прощупывается также опухоль величиною съ большое куриное яйцо, продолговаго-округлой формы, эластической консистенціи, очень мало подвижная, крайне болѣзненная, связанная также съ соотвѣтствующимъ угломъ матки и отдѣленная отъ послѣдней неглубокою бороздкой. Движенія матки передаются на опухоль. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется стекловидная слизь. Длина полости матки 8 см.

Поставленъ вѣроятный діагнозъ: *Hydrosalpinx dextra et Pyosalpinx sinistra*.

У больной къ вечеру въ день поступленія въ клинику температура поднялась, явились боли въ зѣвѣ при глотаніи, припухлость миндалинъ, яркая краснота и набухлость язычка, дужекъ и задней стѣнки—*langina faucium catarrhalis*,—которая окончилась 13-го февраля. Температура за эти дни вечеромъ достигала 39,4 и только на четвертый день отъ заболѣванія спустилась на норму; назначалось соотвѣтствующее лѣчение—смазыванія и палосканія зѣва и согрѣвающей компрессъ на шею, а по поводу запора повторно водяные клистиры.

14-го февраля начато обычнымъ способомъ расширеніе матки, но вмѣсто *laminariae* вставленъ кусокъ тщательно дезинфицированнаго въ 10% растворѣ карболовой кислоты и потомъ промытаго дистиллированной водой катетера № 8 (по Шарьеру) длиною въ 9 см.; передъ моментомъ введенія онъ смазанъ іодоформированнымъ глицериномъ; введенъ катетеръ для контроля на двое сутокъ. Никакихъ болей не



было за первыя сутки. отдѣленій также не было. На слѣдующія сутки (15) явились кровавистыя отдѣленія безъ болей.

16-го февраля вставленъ вторично свѣжій, такимъ же образомъ приготовленный, кусокъ катетера на сутки, и опять получилось то же, что и въ первый разъ, — кровавистыя отдѣленія безъ болей.

17-го февраля вставлена на сутки палочка *laminariae* той же длины и толщины, какъ и катетеръ, также смазанная йодоформированнымъ глицериномъ. Скоро послѣ введенія *laminariae* начались ноющія боли, продолжавшіяся до ночи, небольшія кровавистыя отдѣленія.

18-го февраля вставлены двѣ палочки *laminariae* на сутки. Боли были довольно сильныя до вечера, а также гноевидно-кровавистыя отдѣленія.

19-го февраля введена одна палочка ламинариі на сутки; ни болей ни течи не было.

20-го февраля введены двѣ палочки ламинариі на двое сутокъ. Боли схватками начались черезъ 10 минутъ и повторялись приблизительно черезъ такіе же промежутки. Послѣ каждой схватки больная чувствовала течь изъ рукава. На вторыя сутки (21) схватки были сильнѣе и течь обильнѣе.

22-го февраля найдено, что правосторонняя опухоль стала меньше и мягче, лѣвая же оставалась прежней величины. Въ этотъ день заложены на двое сутокъ три палочки *laminariae*. Скоро начались «распирающія боли» (выраженіе больнои) въ животѣ и напираніе на задній проходъ. Отдѣленій мало. Къ вечеру явились насморкъ и кашель. На слѣдующія сутки (23) боли были меньше, кашель и насморкъ продолжались; температура къ вечеру поднялась до 37,7, явились обильныя кровавистыя отдѣленія съ кусками отслоившейся слизистой оболочки.

24-го февраля ламинариі удалены, матка промыта креолиномъ, въ рукавъ введены обычные тампоны. Больная ожидаетъ регулъ. Кровь показала въ небольшомъ количествѣ, но на другой день исчезла. Больная отдыхала трое сутокъ.

28-го февраля палочка *laminariae* проведена въ матку съ нѣкоторымъ затрудненіемъ, вслѣдствіе неуступчивости внутренняго зѣва. Боли сильными и частыми схватками наступили скоро и длились до 6 ч. вечера, когда обнаружили обильныя кровавистыя отдѣленія, которыя продолжались и въ слѣдующія сутки.

2-го марта константировано уменьшеніе обѣихъ опухолей, при чемъ лѣвосторонняя стала гораздо мягче. Введена новая ламинариі на двое сутокъ. Боли ноющія, отдѣленій мало.

4-го марта ламинариі удалена, матка промыта креолиномъ, и въ рукавъ заложены тампоны.

6-го марта произведено тонкимъ (№ 4 по Шарьеру) катетеромъ съ мандриномъ, конецъ котораго былъ слегка согнутъ подъ тупымъ угломъ, зондированіе трубъ; но въ трубу попасть не удалось. Послѣ зондированія заложена *laminariae*. Ноющіи боли начались съ 3 и продолжались до 10 ч. вечера, послѣ чего (по выраженію больнои) изъ нея «текла тепленькая водица».

7-го марта по удаленіи *laminariae*, вставлена прессованная губка въ



0,5 см. толщины, которая удалена на слѣдующій день. Исслѣдованіе показало, что лѣвосторонняя опухоль еще уменьшилась.

12-го марта опухоль справа въ грецкій орѣхъ величиною, слѣва—въ небольшое яблоко. Заложено въ полость матки 6 тампоновъ Wulliet'a, которые подкрѣплены толстой палочкой laminariae.

13-го марта тампоны удалены, внутренней зѣвъ легко проходимъ, сдѣлано промываніе полости матки креолиномъ, послѣ котораго острой ложечкой Simon'a сдѣлано выскабливаніе всей слизистой оболочки матки. Послѣ новаго промыванія креолиномъ, матка плотно затампонирована полосою іодоформенной марли.

14-го марта замѣчено небольшое выдѣленіе крови, изъ рукава, причемъ была небольшая боль справа, но въ общемъ больная чувствовала себя хорошо.

15-го марта марля удалена, при чемъ было кровавистое истеченіе. Рукавъ промытъ креолиномъ. Исслѣдованіе дало: справа боль при давленіи, и опухоль въ лѣсной орѣхъ; слѣва боль ничтожна, опухоль въ грецкій орѣхъ.

23-го марта появились регулы съ легкими болями справа, онѣ были скудны и держались до 26-го марта.

28-г марта опухоли въ обоихъ сводахъ найдены по прежнему величиною въ грецкій орѣхъ, лѣвая—и въ лѣсной правая,—сильное надавливаніе вызываетъ въ нихъ легкую болѣзненность; онѣ связаны съ углами матки и отдѣляются отъ нихъ неглубокой бороздкой; движенія матки а передаются на tumor'ы, которые совершенно стали подвижны, но вмѣстѣ съ маткой.

Температура все время леченія колебалась въ фізіологическихъ границахъ.

Въ виду хорошаго самочувствія больной и стойкости размѣровъ опухоли, леченіе расширеніемъ матки прекращено, и больной назначень тіолъ по 3 грана въ шарикахъ, по 1 на ночь вводитъ во влагалище, и она выписана 29-го марта съ обязательствомъ, показываться въ клинику.

Г-жа Ш. являлась нѣсколько разъ въ клинику она чувствуетъ себя прекрасно, очень поправилась, и объективно найдена таже картина, что и при выпискѣ.

Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную въ декабрѣ 1891 г. и нашель, что опухоли ея повидимому еще уменьшились, но не исчезли. Давленіе на нихъ совершенно безболѣзненно.

Ш-на чувствуетъ себя превосходно все время и смотритъ бодрой, цвѣтущей и веселой.

### Случай двадцать третій.

Софія У—ская жена мѣщанина, 22 лѣтъ, уроженка Черниговской губерніи, жившая въ той же губерніи въ Борзнѣ, а съ 1890 года въ С.-Петербургѣ, занимаясь хозяйствомъ; поступила въ клинику 9-го февраля 1891 года съ жалобами на боли подъ ложечкой и тяжесть послѣ ѣды, на боли внизу живота, въ тазу и заднемъ проходѣ, запоры по 5—6 дней, боли на внутренней поверхности бедеръ и частые позывы къ мочеиспусканію.



Больная рассказывала, что съ дѣтства была всегда здорова; первыя регулы наступили на 13 году, приходили правильно черезъ 4 недѣли и держались по 7 дней, необильныя, безъ болей. Замужъ вышла на 16 году и на первомъ же году супружества родила здороваго доношеннаго младенца, который и теперь живъ. Больна четвертый годъ. Заболѣла недержаніемъ мочи послѣ того, какъ мужъ пришелъ съ заработковъ больнымъ какою-то болѣзнию половыхъ органовъ, отъ которой онъ лечился питьемъ коноплянаго молока. Кромѣ того она считаетъ мужа чахоточнымъ, такъ какъ онъ сильно кашляетъ, худѣетъ и потѣетъ по ночамъ. Помимо недержанія мочи у больной сильныя, ноющія боли внизу живота, отдающія въ задній проходъ. По поводу этихъ болѣзненныхъ явленій, больная лежала въ провинціальной больницѣ и потомъ лечилась еще на дому. Позднѣе явились запоры и то задержка, то недержание мочи; крови стали пугаться и приходять черезъ 2 недѣли, держаться 2—3 дня съ головными болями, рвотами и съ болями внизу живота.

Больная блондинка, средняго роста съ правильно развитыми костной и мышечной системами, блѣдная и истощенная. Сердце и легкія ничего не нормальнаго не представляютъ. Грудныя железы небольшія, вялыя, соски малы и плоски. Давленіе подъ ложечкой вызываетъ боль. Животъ небольшой, слегка вздутъ, на немъ рубцы беременности. Наружныя половыя органы въ порядкѣ. Рукавъ никакихъ отступленій отъ обычнаго не представляетъ. Влагалищная часть немного увеличена, плотна, болѣзненна, губы развернуты вслѣдствіе боковыхъ разрывовъ. Матка въ *anteflexio*, увеличена, плотна и болѣзненна. Справа отъ матки и немного кзади, лежитъ мягкая эластической консистенціи, болѣзненная опухоль, величиною въ куриное яйцо немного подвижная сверху внизъ и спереди назадъ; опухоль эта имѣетъ округлопродолговатую форму, идетъ отъ праваго угла матки, при чемъ часть опухоли, ближайшая къ маткѣ, представляетъ какъ бы перешеекъ. Слева отъ матки также находится опухоль меньшихъ размѣровъ чѣмъ правая, приблизительно въ сливу средней величины; опухоль связана съ лѣвымъ угломъ матки, эластична, тверже правой и переходитъ по направленію къ маткѣ въ болѣе мягкой, въ палецъ полщипною шнурокъ; изслѣдованіе ея болѣе болѣзненно, чѣмъ на правой сторонѣ. Обѣ опухоли двигаются вмѣстѣ съ маткой, но очень мало.

Поставленъ діагнозъ: *Metritis chronica, Hydrosalpinx dextra et sinistra et oophoritis sinistra.*

Въ день поступленія въ клинику у больной открылись регулы, которыя и держались два дня съ болями, но были не обильны.

Изслѣдованіе послѣ регулъ ничего новаго къ діагностикѣ не прибавило.

14-го февраля полость матки измѣрена и оказалась въ  $8\frac{1}{2}$  см. Послѣ обычнаго туалета наружныхъ половыхъ органовъ и рукава, задвинута въ матку на двое сутокъ тонкая, стерилизованная при  $150^{\circ}$ , смазанная сулемованнымъ глицериномъ въ пропорціи 1:1000 палочка *laminariae*, и влагалище затампонировано. Боли схватками начались сразу по введеніи *laminariae* и держались съ малыми перерывами до утра слѣдующаго дня. Моча выдѣлялась произвольно и постоянно, при попыткахъ же мочиться получалось задержаніе мочи. Въ заднемъ проходѣ ноющія боли.



15-го февраля, съ 12—2 ч. снова сильныя боли схватками и кровавыя отдѣленія изъ рукава въ небольшомъ количествѣ. Моча выведена катетеромъ.

16-го февраля при удаленіи палочки витка, продѣтая черезъ каналъ ея, прорѣзалась и сама палочка оказалась легко рвущейся на куски. Получилось ущемленіе *laminariae* во внутреннемъ зѣвѣ, что представило въкоторое затрудненіе при удаленіи ея. Очевидно сильное прокаливаніе палочки отозвалось тѣмъ, что ткань ея перегорѣла. Послѣ усиленнаго промыванія полости матки креолиномъ. снова заложены 2 палочки *laminariae* на сутки. Скоро явились колющія боли въ животѣ и заднемъ проходѣ, недержаніе мочи и обильныя кровавыя отдѣленія изъ половыхъ органовъ.

17-го февраля заложена губка въ  $\frac{3}{4}$  см. толщины; были тѣже явленія, что и наканунѣ.

19-го февраля, повторено тоже и съ тѣми-же результатами.

20-го февраля справа прощупывается яичникъ и болѣзненный шнурокъ трубы, опухоль исчезла. Слѣва ощущается небольшое напряженіе въ сводѣ, но опухоли и шнура ощупать не удалось. Заложена еще губка, которая на слѣдующій день была удалена и полость матки промыта креолиномъ.

Температура все время пребыванія въ клиникѣ была нормальна.

27-го февраля произведено самое тщательное изслѣдованіе, и при этомъ констатировано: справа въ сводѣ ощупывается яичникъ, около него утолщенный конецъ трубы, которая въ видѣ тонкаго шнура прощупывается до угла матки. Давленіе на трубу немного болѣзненно. Въ лѣвомъ сводѣ ничего ненормальнаго не найдено. Самочувствіе больной вполне хорошо, мочится она произвольно.

28 го февраля, У—ская какъ вполне здоровая, выписана изъ клиники съ обязательствомъ показываться разъ въ мѣсяць.

Марта 21 больная приходила въ клинику съ жалобой на боли внизу живота; стулъ и мочеотдѣленіе правильны. При изслѣдованіи, не смотря на значительное надавливаніе, болѣзненность получалась только снаружи, въ покровахъ. Матка не велика, въ сводахъ ничего не нормальнаго не найдено.

Въ маѣ больная снова была въ клиникѣ показаться и найдена вполне здоровою.

Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную въ сентябрѣ; она чувствуетъ себя хорошо. Объективно ничего ненормальнаго не найдено.

### Случай двадцать четвертый.

Елена 3—ская, 22 лѣтъ, дѣвица, мѣщанка, католичка, родилась въ Сувалкской губ., живетъ въ Петербургѣ съ 1887 года прислугою; принята въ клинику 25-го февраля 1891 года. съ жалобами на боли въ лѣвой паховой области, переходящія на бедро, и напираніе на низъ при ходьбѣ.

Опросъ больной показалъ, что первыя крови явились у нея на 16 г., приходили всегда правильно черезъ 4 недѣли и держались по 4—5 дней безъ болей. Два года назадъ больная перенесла брюшную тифъ. Больная женскою болѣзью съ мая 1890 года, когда у нея явились внизу жи-



вота ноющія боли, отдающія въ задній проходъ, во время регуль, которыя сдѣлались обильными и стали держаться по 8 дней. Къ концу лѣта больная поправилась, но съ сентября снова явились боли, снова затянулись регулы на 8 дней, и съ тѣхъ поръ здоровою она уже больше не была: явились боли между регулами, которыя усиливались къ самымъ регуламъ и въ первые три дня ихъ. Съ этого времени крови стали приходиться черезъ 3 недѣли и держаться по 8 дней, при чемъ всегда передъ регулами за 3 дня дѣлается поносъ. За послѣднее время боли распространились по всему животу, явились боли въ груди, плечахъ, и больную стала беспокоить лихорадка. Временами теперь дѣлаются запоры по 3 дня, явились кромѣ того, болѣе частые позывы на мочеиспусканіе. Сонъ плохъ, аппетита нѣтъ, слабость, кашель, особенно во время регуль, исхуданіе, тошнота по утрамъ и тяжесть послѣ ѣды. Coitus отрицаетъ (?)

Больная брюнетка, средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, скелетъ и мускулатура хорошо развиты, подкожного жира почти нѣтъ, кожа горяча и суха, пульсъ учащенъ; дыхательные шумы въ правомъ легкомъ подъ лопаткой ослаблены и мѣстами попадаютъ сухіе хрипы, а мѣстами — влажные; тоны сердца чисты и звучны; грудныя железы хорошо развиты, соски малы; животъ болѣзненъ придавленіи подъ ложечкой, около пупка и по восходящей ободочной кишкѣ.

Наружные половые органы ничего необычнаго не представляютъ; дѣвственная плева разорвана; входъ въ рукавъ свободенъ, *Comuae gigantum* хорошо выражены; влагалищная часть мала, зѣвъ круглый, обращенъ впереди; матка увеличена, въ *rectoflexio* подъ прямомъ почти угломъ, смѣщена вправо, довольно подвижна; въ правомъ сводѣ прощупывается увеличенный яичникъ; въ лѣвомъ — опредѣляется мягкая, продолговато-овальная, эластическая, немного подвижная, связанная съ тѣломъ матки, опухоль, отдѣленная отъ матки какъ бы перешейкомъ, очень болѣзненная при давленіи, величиною въ большое яйцо. Длина полости матки = 9 см.

На основаніи этихъ данныхъ постановленъ былъ діагнозъ: *Retroflexio uteri congenita, metritis chronica, oophoritis dextra et cysta tubae sinistreae.*

Больной предложено лѣчить опухоль расширеніемъ матки, на что она и согласилась.

Первоначальное леченіе больной заключалось въ горячихъ душахъ по 2 кружки утромъ и вечеромъ, начиная отъ 36° съ повышеніемъ температуры черезъ 3 дня на 1°.

1-го марта замѣчено на лѣвомъ боку кнаружи отъ лопатки на высотѣ 7 ребра образованіе абсцесса. Примѣнено соответствующее леченіе. Температура 37.8 вечеромъ.

4-го марта открылись регулы съ болями, обильныя, сгустками. Души отмѣнены.

7-го марта абсцессъ вскрытъ широкимъ разрѣзомъ, выдѣлилось съ столовую ложку доброкачественнаго гноя. Въ рану заложена турунда изъ іодоформенной марли и сверху іодоформенная же повязка, которая и смѣнялась черезъ 2 дня. Крови продолжаютъ, боли мевьше.

11-го марта крови кончились. Рана хорошо гранулируетъ. Снова начаты горячіе влагалищныя души.



13-го марта къ вечеру температура поднялась до 39,5, явилось затрудненное глотаніе, слабость, кожа горяча, пульсъ твердый, частый, въ зѣвѣ рѣзкая, блестящая краснота и набухлость дужекъ, задней стѣнки зѣва и миндалинъ Angina jaucium. Примѣнено соотвѣтствующее леченіе.

17-го марта констатировано нормальное состояніе зѣва; рана почти закрылась.

19-го марта приступлено обычнымъ образомъ къ расширенію матки ламинаріями. Послѣ введенія первой палочки въ 10 часовъ утра на сутки, боли начались только съ 2 часовъ ночи, да и то легкія, такъ что больная могла спать.

20-го марта laminaria удалена, изъ рукава шла слизь, изъ канала матки кровь въ небольшомъ количествѣ. Послѣ промыванія полости матки, заложенъ кусокъ гуттаперчеваго катетера тщательно дезинфицированный. Болей не было, выдѣленія были кровянистыя и довольно обильныя.

21-го марта катетеръ вынуть и заложена laminaria, давая боли ноющаго характера. При испражненіи, послѣ поставленной клизмы, laminaria выскочила въ рукавъ.

23-го марта заложена laminaria, смазанная сулемованнымъ вазелиномъ, на двое сутокъ. Во время манипуляціи у больной былъ истерическій припадокъ. Ноющія боли въ животѣ и спивѣ. Были кровянистыя отдѣленія.

25-го марта laminaria удалена, матка промыта креолиномъ. Длина полости матки  $9\frac{1}{2}$  ctm., въ лѣвомъ сводѣ эластическій tumor, болѣе кпереди, прежнихъ размѣровъ. 27-го марта температура повысилась до 38,5, кашель, боль въ груди; въ лѣвомъ легкомъ подъ лопаткой крепитация; при перкуссіи притупленія не обнаружено.

28-го марта температура 39,4. Боли въ груди и кашель продолжаютъ. Объективно въ легкихъ явленія тѣ же.

29-го марта температура утромъ 37,3, вечеромъ 37,9. Явилось обильное маточное кровотеченіе. Назначенъ горячій душъ въ 42°.

30-го марта зубная боль. T° нормальна

31-го марта боли въ лѣвой паховой области и по срединѣ ливія живота подъ симфариномъ. Крови идутъ, но не такъ обильны.

6-го апрѣля крови кончились; боли въ животѣ.

9-го апрѣля боли въ животѣ, мѣшающія ходить. Температура 38,1 вечеромъ. Съ этого дня большая дѣлала снова горячіе души, согрѣвающіе компрессы. было примѣнено нѣсколько сеансовъ массажа, которые вызывали только еще большее раздраженіе и, вообще, переносились больною крайне дурно.

Въ виду неуспѣшности расширенія и сильныхъ болей, по прежнему безпокоившихъ больную, ей предложено чревосѣченіе, которое съ согласія больной предположено было произвести послѣ праздника Пасхи.

19-го апрѣля больная пожелала выписаться на праздники.

При уходѣ у ней найдена опухоль какъ будто немного увеличившейся.

Послѣ праздниковъ больная въ клинику для операціи не возвратилась.

Въ сентябрѣ я узналъ, что больной въ маѣ сдѣлана была лапаротомія въ Маріинскомъ родовспомогательномъ домѣ, при чемъ удалена лѣво-сторонняя дермоидная киста величиною въ гусиное яйцо, съ тонкими стѣнками, съ характернымъ содержимымъ и большимъ количествомъ волосъ.



Киста находилась слѣва отъ матки и своимъ длинникомъ лежала въ направленіи хода лѣвой трубы, упираясь однимъ концемъ въ матку; труба оказалась безъ рѣзкихъ измѣненій.

Въ данномъ случаѣ мягкая, тонкостѣнная дермоидная киста была принята за кисту лѣвой трубы. Форма опухоли, отношеніе ея къ маткѣ, ощущеніе эластичности, движеніе вмѣстѣ съ маткой и весь комплектъ явленій—все говорило за кисту трубы, что и было причиною діагностической ошибки.

Больная послѣ операріи выписана здоровой.

### Случай двадцать пятый.

Анна Р—ова, дѣвица, мѣщанка, 31 года, православная, родилась въ Тверской губерніи, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1874 года, по занятію горничная; поступила въ клинику 8-го апрѣля 1891 года съ жалобами: на сильныя боли внизу живота, появившіяся за три недѣли передъ тѣмъ, на значительныя ознобы, запоръ, появляющагося по временамъ задержаніе мочи и на опухоль въ животѣ, а недѣлю назадъ ко всему этому присоединились несвоевременныя обильныя (сгустками) крови.

Изъ разспросовъ больной выяснилось, что въ дѣтствѣ она была всегда здорова; первыя крови появились у ней на 13 году съ болями до и во время регулъ крови всегда были обильны, приходили аккуратно черезъ 4 недѣли и держались всегда по 5 дней; половую жизнь начала на 18 году съ мущиною однихъ съ нею лѣтъ, родила въ первый разъ на 21 году въ срокъ живаго здороваго ребенка—благополучно; послѣ родовъ болѣла съ недѣлю болями ноющего характера съ правой стороны живота, позднѣе у больной были „эрозія“ и фдкія бѣли, отъ которыхъ она совершенно вылечилась; три года тому назадъ больная вторично родила благополучно живаго доношеннаго младенца. Больною считаетъ себя съ годъ, когда у нея явились постоянныя боли въ поясницѣ и по временамъ внизу живота, регулы при этомъ стали путаться, промужутки между кровями стали продолжительнѣе, крови сдѣлались блѣдны, отдѣляться ихъ стало меньше но число дней оставалось прежнее. Появленію кровей стали предшествовать тошноты и зудъ въ половыхъ губахъ, послѣ чего на нихъ дѣлались мелкіе водяные прыщи, по поводу которыхъ больная лечилась. Въ теченіи этого года у больной бывали по временамъ лихорадочныя явленія, а въ послѣднія три недѣли, съ ожесточеніемъ болей внизу живота, сдѣлались запоры, явилось задержаніе мочи и обнаружилась опухоль въ животѣ—все это сопровождалось сильною лихорадкою съ ознобами, а недѣлю назадъ, какъ сказано выше, появились несвоевременно обильныя (сгустками) крови. Лечение на дому не принесло никакой пользы, что и заставило больную обратиться въ клинику.

Больная брюнетка, средняго роста, съ правильно развитымъ скелетомъ, сильно истощена. Лице желтое, выраженіе его страдальческое, щеки впалыя, глаза глубоко сидятъ въ орбитахъ; всѣ видимыя слизистыя оболочки безкровны. Въ сердцѣ и въ сонныхъ артеріяхъ анемическіе шумы. Дыхательныя шумы чисты. Грудныя железы крайне малы, почти атрофированы, соски хорошо развиты; по груди разбросаны блѣдно-желтыя пигментныя



пятна величиною съ горошину. Животъ сильно вздутъ (больная страдаетъ хроническимъ желудочно-кишечнымъ катарромъ и постояннымъ метеоризмомъ) и чувствителенъ къ давленію. Кожа надъ лобкомъ морщинистая, буроватаго цвѣта отъ повторныхъ смазываній іодной настойкой. Давленіе на животъ ниже пупка крайне болѣзненно, особенно справа, гдѣ прощупывается неправильная по формѣ твердая, бугристая и очень болѣзненная опухоль, занимающая большую часть правой подчревной области и и спускающаяся въ тазъ. Наружные половые органы и влагалище уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Въ виду острыхъ явленій — сильной болѣзненности и значительнаго кровотеченія, поверхностное изслѣдованіе обнаружило большой правосторонній парапериметритическій выпотъ.

Большой назначенъ покой, ледъ на животъ, повторные клистиры и катетеръ для выпусканія мочи; позднѣе по поводу болей подъ ложечкой и тошноты — глотаніе льда, горчичники подъ ложечку, а въ виду метеоризма липовый уголь. Съ цѣлью успокоенія мѣстныхъ острыхъ болей давались *narcotica* въ свѣчахъ. Температура по вечерамъ всегда была слегка лихорадочною, но выше  $38^{\circ}$  не поднималась.

Кровотеченіе прекратилось на 7 й день по поступленіи въ клинику, но боли въ животѣ справа, метеоризмъ и задержаніе мочи долго еще продолжались.

Когда острия явленія поутихли, произведеннымъ болѣе подробнымъ изслѣдованіемъ было констатировано: влагалищная часть мягка и мала. матка въ переднемъ сводѣ, не велика, немного смѣщена влѣво и фиксирована; лѣвый сводъ пустъ; правый и задній сводъ, а отчасти и передній заняты плотной, бугристой, неправильной формы, болѣзненной опухолью, доходящей вправо до тазовыхъ костей, а кверху почти до пупка; матка какъ бы обхвачена этой опухолью съ правой стороны и фиксирована ею. Въ массѣ воспалительнаго экссудата удается прощупать отходящую отъ угла матки справа и направляющуюся кнаружи и немного книзу колбасовидную, плотной консистенціи, мало подвижную опухоль, которая лежитъ впереди

Рис. 9.

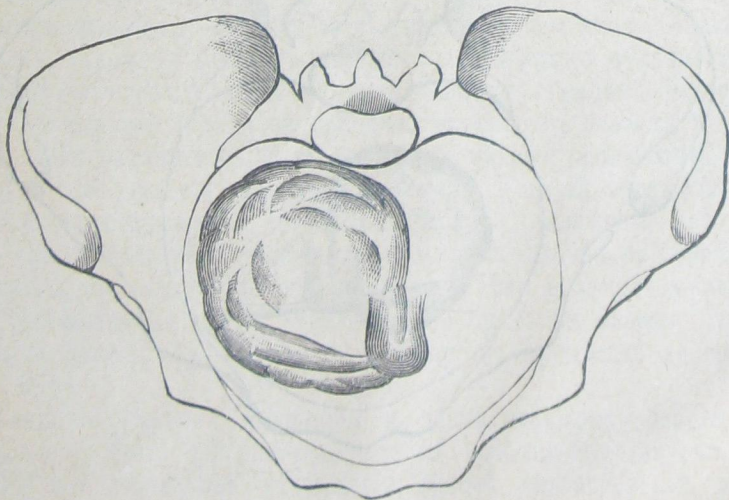
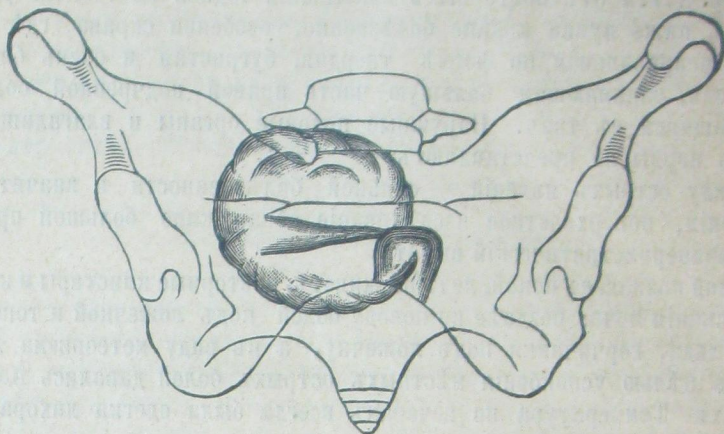




Рис. 10.



большой массы опухоли, ближе къ лонной дугѣ. Больной назначены постоянные согревающие компрессы на животъ.

Когда острья явленія совершенно стихли, начаты горячіе влагалищныя души, начиная съ  $34^{\circ}$  R. по три кружки утромъ и вечеромъ; черезъ каждые три дня температура душей повышалась на  $1^{\circ}$ .

Повторныя изслѣдованія показали, что большая опухоль подъ вліяніемъ горячихъ душей и согревающихъ компрессовъ стала уменьшаться.

18-го мая замѣчены были воющія боли въ лѣвой паховой области и температура вечеромъ поднялась до  $38,3$ ; явилось сильное вздутіе живота.

Рис. 11.

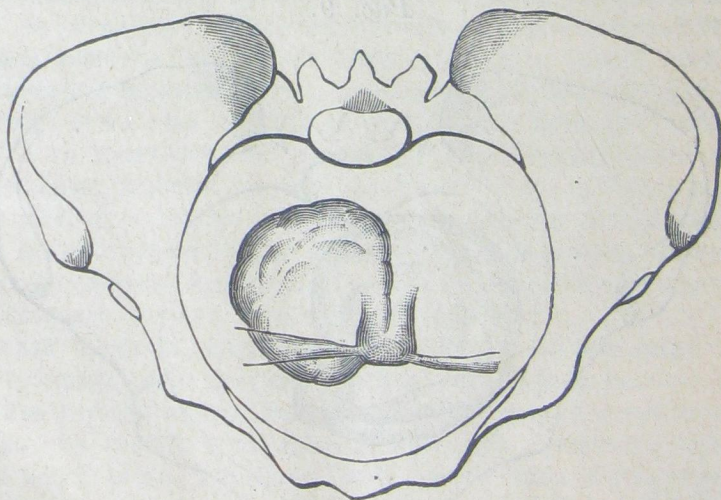
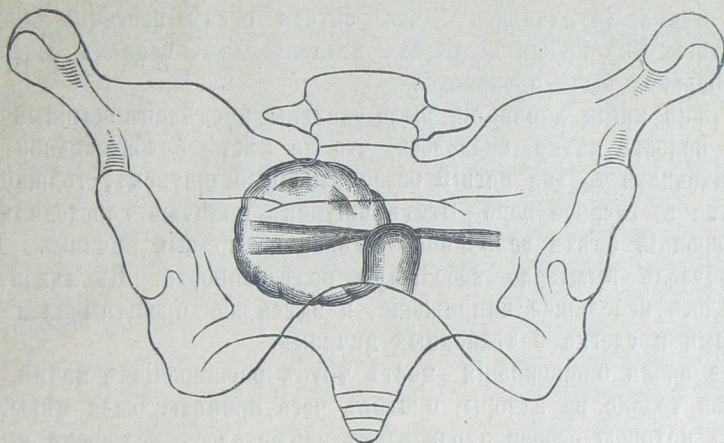




Рис. 12.



Души отъѣвены. Съ этого дня температура снова поднялась и была лихорадочною (20-го мая достигла 38,6) до 23-го мая, когда она упала ниже 38°.

Изслѣдованіемъ, произведеннымъ 22-го мая былъ найденъ слѣва въ палецъ толщиною, мягкій, эластическій и болѣзненный шнурокъ, идущій отъ лѣваго угла матки влѣво кзади и кнаружи; справа выпоть значительно уменьшился, колбасовидная-же опухоль оставалась *in statu quo*, но стала какъ бы подвижпѣе.

1-го іюня новымъ изслѣдованіемъ было установлено, что экссудатъ справа разсосался, но колбасовидная опухоль осталась, смѣстившись болѣе кзади. И правая и лѣвая опухоли по своей формѣ, положенію и отношенію къ маткѣ были признаны съ большею вѣроятностью за растянутыя жидкимъ содержимымъ трубы—*cystes tubarum*.

Больной было предложено лечиться расширеніемъ матки, для опороженія мѣшковъ трубъ, на что она согласилась, и къ леченію было приступлено немедленно.

Обычнымъ способомъ, по измѣреніи длины полости матки, оказавшейся въ 7½ *cm.*, заложенъ былъ на первый разъ на сутки обычно приготовленный *tupelo* соответствующей длины и толщины. Рукавъ обычно затампонированъ, и больной назначено покойное лежанье въ постели. Отдѣленія изъ матки были водянистыя, безъ болей, въ маломъ количествѣ.

2-го іюня по удаленіи разбухшаго *tupelo* и послѣ промыванія полости матки однопроцентнымъ растворомъ креолина, заложены двѣ средней толщины, слегка изогнутыя палочки *laminariae*, обычно приготовленныя, на двое сутокъ. Первые сутки отдѣленія изъ матки получались слизистыя, обильныя, но обычныхъ болей схватками не было; на вторыя сутки отдѣленія были также обильны, но онѣ были съ примѣсью крови; болей также не было.

4 го іюня по удаленіи ламинарій и послѣ промывки полости матки, при изслѣдованіи было найдено совершенное исчезновеніе шнурка съ лѣвой стороны и значительное уменьшеніе правой колбасовидной опухоли.



Давленіе на опухоль справа и на сводъ слѣва почти безболѣзненно. Снова заложены на этотъ разъ три палочки laminariae на двое сутокъ. Жидкія обильныя отдѣленія начались 4 часа спустя послѣ введенія ламинарій и продолжались безъ перерыва до ихъ удаленія, безъ всякихъ болей. Само-чувствіе больной было прекрасное.

6-го іюня когда ламинаріи были удалены и сдѣланъ обычный туалетъ рукава и полости матки, оказалось, что на мѣстѣ колбасовидной опухоли справа находился только мягкій безболѣзненный шнурокъ, толщиною приблизительно въ гусиное перо. Этотъ шнурокъ кнаружи переходилъ въ опухоль въ грецкій орѣхъ величиною, — вѣроятно правый яичникъ. Давленіе на эту опухоль вызывало небольшую болѣзненность. Въ лѣвомъ сводѣ чувствовалось небольшое напряженіе, и здѣсь же прощупывался немного увеличенный и слегка болѣзненный яичникъ.

За все время опорожненія кистъ трубъ расширеніемъ матки, больная жаловалась только на запоры, противъ чего приняты были мѣры. Температура, за которою особенно бдительно наблюдалось, все время колебалась въ фізіологическихъ границахъ и выше 37,3 вечеромъ не поднималась; общее состояніе больной было вполне хорошо, видъ ея былъ всегда бодрый, лице свѣжее, веселое; сонъ и аппетитъ хороши.

Съ 7-го по 13-е іюня у больной держались необильныя безъ болей крови. Весь періодъ больная чувствовала себя прекрасно.

17-го іюня произведено новое изслѣдованіе, при чемъ найдено: влагалищная часть небольшая, нормальной плотности, зѣвъ закрытъ; матка, невелика, въ переднемъ сводѣ, давленіе на нее совершенно безболѣзненно, плотность ея отъ обычной консистенціи не отстаетъ; своды безболѣзненны, въ нихъ прощупываются яичники, отправления кишечника и мочевого пузыря нормальны; самочувствіе больной очень хорошо; общій видъ вполне удовлетворителенъ.

18-го іюня больной сдѣланы необходимыя діетическія наставленія, и затѣмъ она, какъ здоровая, по собственному ея желанію выписана изъ клиники. При уходѣ больной было предложено хотя изрѣдка показываться въ клинику для провѣрки результатовъ леченія, а въ случаѣ невозможности показываться увѣдомлять о состояніи здоровья; но больная выѣхала въ деревню и свѣдѣній о ней до настоящаго времени не имѣется.

Въ данномъ случаѣ весь періодъ опорожненія трубныхъ кистъ расширеніемъ матки длился всего 6 сутокъ.

Случай этотъ особенно интересенъ тѣмъ во первыхъ, что здѣсь есть нѣкоторое основаніе предполагать что лѣвая киста трубы образовалась, по-видимому, уже послѣ довольно продолжительнаго пребыванія больной въ клиникѣ при явленіяхъ болей и небольшой лихорадкѣ; во вторыхъ, тѣмъ, что, не смотря на значительное растягиваніе полости матки ламинаріями, обычныхъ схваткообразныхъ болей ни разу не получилось, вообще, все леченіе протекало при очень хорошемъ самочувствіи больной, безъ всякихъ обостреній только что протекшаго экссудативнаго процесса въ правой половинѣ полости таза.

### Случай двадцать шестой.

Софья М—ская, 26 лѣтъ, православная, вдова сына чиновника, по занятію швея, родилась въ Новгородской губерніи, въ Петербургѣ живетъ съ 1877 года.



Больная явилась въ клинику на амбулаторный приёмъ съ жалобами на боли внизу живота и особенно въ лѣвой паховой области и была помещена въ клинику 11-го мая 1891 года.

Изъ анамнеза больной выяснилось, что въ дѣтствѣ она больной себя не помнитъ; первыя крови пришли у нея на 13 году, регулы сразу установились, приходили всегда правильно черезъ 3 недѣли, безъ болей и держались аккуратно по 6 дней; обильными крови никогда не были. На 22 году М. вышла замужъ и на первомъ же году замужества у нея былъ двухмѣсячный выкидышъ.

Настоящее заболѣваніе явилось у нея въ концѣ апрѣля протекшаго года, въ видѣ болей внизу живота и особенно въ лѣвой паховой области, которыя сопровождались тошнотой, рвотой, лихоракой и были такъ сильны, что заставили больную лечь въ постель и прибѣгнуть къ помощи врача.

Больная блондинка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, плохо упитана, лице блѣдное, осунувшееся; больная нервна, всѣ видимыя слизистыя оболочки крайне блѣдны; походка ея медленная, осторожная. Грудныя железы хорошо развиты, соски малы и плоски. Тоны сердца чисты, сокращенія часты; въ сонныхъ артеріяхъ анемическіе шумы. Дыхательныя шумы ничего болѣзненнаго не представляютъ; перкуссія даетъ нормальные звуки. Животъ при осмотрѣ ничего необычнаго не представляетъ, но при ощупываніи его въ лѣвой паховой области, опредѣляется довольно твердый инфильтратъ, чрезвычайно чувствительный къ давленію. Наружныя половыя органы въ порядкѣ; влагалище имѣетъ хорошо выраженные складки (*columnae rugarum*); влагалищная часть неувеличена, обычной плотности, зѣвъ кругловатъ. Матка въ переднемъ сводѣ не велика, движенія ея ограничены и болѣзненны; правый сводъ напряженъ и чувствителенъ; въ лѣвомъ сводѣ болѣе впереди и книзу, почти за лонной дугой, прощупывается опухоль колбасовидной формы и эластической консистенціи, идущая отъ лѣваго угла матки кзади и кнаружи, постепенно и значительно расширяясь; подвижность опухоли ничтожна, движенія ея передаются на матку; даже легкое давленіе на опухоль крайне болѣзненно. Опухоль повидиму связана съ окружающими частями, чѣмъ и объясняется ея малая подвижность и значительная болѣзненность.

На основаніи этихъ данныхъ, первоначально былъ установленъ діагнозъ: *perimetritis bilateralis, hydrosalpinx sinistra*.

Больной въ виду острыхъ явленій положенъ ледъ на животъ и назначенъ покой.

Черезъ 3 дня, когда боли стихли, при нормальной температурѣ тѣла, назначены были согревающіе компрессы на животъ, *suppositoria* изъ ихтіола по 5 гранъ и горячіе влагалищныя души.

На 8-й день по поступленіи въ клинику (18-го мая) у больной открылись крови, и леченіе было приостановлено. Крови были обильны, длились восемь дней и сопровождались болѣе значительными болями.

Послѣ регулъ продолжены были горячіе души, которые принесли больной большую пользу, ибо самочувствіе ея подѣ влияніемъ ихъ и покоя значительно улучшилось, экссудатъ окружающій опухоль трубы рассосался, форма, положеніе и отношеніе опухоли къ окружающимъ органамъ выступили рельефнѣе. Исслѣдованіе показало, что опухоль имѣетъ продолго-



ватую, булавовидную форму, отходить от лѣваго угла матки, будучи тѣсно связана съ нею тонкой ножкой и направляется внаружи и взади, постепенно дѣлаясь толще.

Рѣшено приступить къ леченію опухоли трубы расширеніемъ матки, которое и было начато съ 1 іюня.

Наканунѣ перваго сеанса больной дано было слабительное, поставлена клизма и сдѣлана ванна.

Приступая къ расширенію, я два раза обмылъ наружные половые органы мыломъ съ 2% растворомъ карболовой кислоты, такимъ же образомъ дважды промылъ влагалище и своды и уже послѣ этого приступилъ къ обычному введенію ложкообразныхъ зеркалъ. Длина полости матки по измѣреніи ея дезинфицированнымъ бужемъ оказалась въ 8 см.

Послѣ измѣренія, съ обычными предосторожностями введена въ матку соответствующей длины и толщины стерилизованная и жирно смазанная іодоформированнымъ глицериномъ, слегка изогнутая палочка *Laminariae* а рукавъ затампонированъ тремя ватными сулемованными и іодоформированными тампонами. Введеніе ламинарии было почти безболѣзненно.

На слѣдующій день 2 іюня была замѣчена небольшая слизисто-водянистая течь изъ родового канала. *Laminariae* удалена, каналъ матки по обычаю промытъ 1% растворомъ креолина, и вновь заложена болѣе толстая палочка *Laminariae* на двое сутокъ. Къ вечеру того же дня у больной наблюдались: головная боль, тошнота, и изъ родового канала замѣчено обильное слизистое отдѣленіе, безъ болей.

4 іюня обычнымъ способомъ заложены двѣ палочки *Laminariae* на двое сутокъ. Спустя часъ послѣ манипуляціи, у больной явились двѣ небольшихъ схватки, послѣ которыхъ показалась въ небольшомъ количествѣ водянистая течь, но ни головной бои, ни рвоты на этотъ разъ не было.

На слѣдующій день (5-го іюня) больная жаловалась а ноющія боли въ верхней части живота. Объективно ничего болѣзненнаго здѣсь не найдено.

6-го іюня по удаленіи *Laminariae*, изслѣдованіе показало, что опухоль исчезла въ сводахъ чувствовалось лишь небольшое напряженіе и ясно опредѣлялись яичники, давленіе на которые было немного болѣзненно. Въ общемъ больная чувствовала себя прекрасно.

Послѣ многократныхъ изслѣдованій, при чемъ всегда наблюдалась одна и таже картина, М., чувствуя себя здоровою, по собственноеу желанію выписалась изъ клиннки 15-го іюня.

За все время леченія расширеніемъ, температура держалась въ нормальныхъ границахъ, равно какъ пульсъ и дыханіе.

При выходѣ изъ клиннки, больной предложено показываться въ клинику послѣ каждаго менструальнаго періода, что она исполняла вполне добросовѣстно.

Я видѣлъ больную въ клиннкѣ въ концѣ августа. Подробное изслѣдованіе дало тѣ же явленія, что и при выходѣ больной изъ клиннки. Въ это посѣщеніе больная заявила, что у ней въ паховыхъ областяхъ являются небольшія боли лишь послѣ усиленной работы на швейной ножной машинѣ. Въ общемъ больная значительно поправилась, пополнѣла, но покровы и видимыя слизистыя оболочки еще малокровны.



Въ концѣ сентября послѣ регуль я снова осматривалъ больную, нашелъ ее въ цвѣтущемъ состояніи, веселой и довольной своимъ здоровьемъ—жалобъ никакихъ. Попробное изслѣдованіе ни на что ненормальное въ половыхъ органахъ на указывало.

Въ октябрѣ мѣсяцѣ больная показывалась снова передъ регулами, при чемъ найдено: правый яичникъ немного чувствителенъ къ давленію и какъ бы увеличенъ, въ лѣвомъ сводѣ ничего ненормальнаго не опредѣляется; матка никакихъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Самочувствіе больной вполне удовлетворительно, не смотря на обычную усиленную работу на ножной швейной машинѣ.

Приведенныя исторіи болѣзней на мой взглядъ, ясно показываютъ, что способъ расширенія матки можетъ быть съ успѣхомъ примѣняемъ при кистахъ трубъ, съ цѣлью опорожненія ихъ, и что онъ даетъ довольно удовлетворительные и прочныя результаты.

Я долженъ сознаться, что къ первымъ случаямъ его примѣненія я приступалъ не безъ нѣкотораго опасенія возможныхъ неблагоприятныхъ послѣдствій, но этотъ апіорный, теоритическій пессимизмъ на практикѣ не оправдался: только въ 4-хъ случаяхъ во время леченія наблюдались повышенія температуры, изъ нихъ въ 3-хъ можно было констатировать обострѣнія мѣстныхъ перитонитическихъ явленій, которыя впрочемъ при обычномъ противовоспалительномъ леченіи скоро стихали.

*Способъ этотъ скоръ*, ибо какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзней, средняя продолжительность леченія собственно расширеніемъ равнялась 13 днямъ, а наименшій срокъ 6 суткамъ.

*Способъ этотъ не сложенъ*, ибо инструментовъ и приспособлений требуется при немъ не больше, чѣмъ при любой малой операци на маткѣ. Веденіе его въ высокой степени просто и легко, помощниковъ требуется только одинъ, да и тѣмъ можетъ быть любая сидѣлка. Матеріалы дешевы, легко приготавливаются и обращеніе съ ними очень удобно и легко. По его дешевизнѣ и удобствамъ способъ этотъ легко можетъ быть примѣняемъ даже въ небогатой частной практикѣ.

*Онъ не обременителенъ для больныхъ* или во всякомъ случаѣ необременительнѣе многихъ другихъ діагностическихъ и лечебныхъ манипуляцій, вошедшихъ въ повседневное употребленіе въ гинекологію.

*Крупное неудобство его* заключается въ томъ, что больныя все время леченія должны проводить въ кровати.



Наглядности ради я привожу наиболее важные данные в форме следующей таблицы:

Всего лечилось в клиникѣ расширеніемъ матки . . . . .		26
Изъ нихъ:	{ рожавшихъ больныхъ . . . . .	10
	{ имѣвшихъ выкидыши . . . . .	8
	{ гоннорея въ анамнезѣ . . . . .	9
	{ съ двухсторонними опухолями . . . . .	10
	{ съ лѣвосторонними . . . . .	8
	{ съ правосторонними . . . . .	7
	Увеличеніе опухоли передъ регулами и уменьшеніе по окончаніи ихъ . . . . .	4
	Повышенія температуры во время леченія наблюдались. . . . .	4
=====		
Примѣнявшійся для расширенія матки матеріалъ.	{ Laminariae . . . . .	6
	{ » съ tupelo. . . . .	5
	{ » » губкой. . . . .	5
	{ » » марлей . . . . .	4
	{ » » тампонами Vulliet'a. . . . .	1
	{ » » tupelo и губкой. . . . .	1
	{ » » tupelo, губкой и марлей . . . . .	2
	{ » » губкой, тампон. и марлей. . . . .	1
	тампоны Vulliet'a . . . . .	1
Выскабливаніе примѣнялось. . . . .		4
Въписалось:	{ Вполнѣ здоровыхъ . . . . .	17
	{ Имѣвшихъ рецидивы, но затѣмъ здоровыхъ . . . . .	3
	{ Съ уменьшеніемъ кистъ здоровыхъ субъективно . . . . .	2
	{ Въ началѣ леченія съ улучшеніемъ самочувствія и уменьшеніемъ опухоли . . . . .	1
	{ Съ исчезновеніемъ кисты, излившейся въ Дугласово пространство; больная перешла въ другое лечебное заведеніе, но находилась подъ моимъ наблюденіемъ (теперь здорова) . . . . .	1
	{ Съ мало уменьшившейся опухолью но субъективно здоровой . . . . .	1
	Безъ улучшенія (діагностическая ошибка). . . . .	1
Въ клинику показывается по настоящее время . . . . .		16
Я внимательно слѣдилъ за больными по окончаніи леченія, ожидая рецидивовъ, но ихъ было всего три, да и то въ двухъ случа-		



яхъ, по моему, была новая гонорейная инфекция, рѣзко обнаружившаяся острыми припадками. Всѣ случаи эти теперь совершенно излечены и, какъ таковыя, наблюдаются уже втеченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ; 16 больныхъ по сіе время показываются въ клиникѣ и ничего болѣзненного въ половой сферѣ не представляютъ.

## ВЫВОДЫ.

- 1) Ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ составляютъ одну изъ частыхъ формъ тяжелаго заболѣванія женщины.
- 2) Расширеніе матки, какъ врачебный приѣмъ при ретенціонныхъ кистахъ трубъ, должно занять видное мѣсто въ ряду методовъ консервативнаго леченія.
- 3) Леченіе ретенціонныхъ кистъ расширеніемъ матки должно быть непременно испробовано прежде операціи laporosalingotomi'i.
- 4) Расширеніе матки ради леченія кистъ трубъ — способъ простой, довольно безопасный, необременительный, недорогой и можетъ быть съ удобствомъ проводимъ въ частной практикѣ.
- 5) Весьма давнія ретенціонныя кисты исчезаютъ безъ слѣда подъ вліяніемъ леченія расширеніемъ матки.
- 6) Медленный способъ расширенія наиболѣе выгоденъ и безопасенъ.
- 7) Антисептика должна строго примѣняться при данномъ методѣ.
- 8) Подготовительное леченіе ретенціонныхъ кистъ расширеніемъ матки должно состоять въ щедромъ употребленіи горячихъ влагалыщныхъ душей.
- 9) Рецидивы кистъ трубъ, послѣ леченія ихъ расширеніемъ матки, явленіе очень рѣдкое.
- 10) Выскабливаніе матки при эндометритахъ заслуживаетъ большаго вниманія, а въ цѣляхъ опорожненія ретенціонныхъ кистъ трубъ—въ исключительныхъ случаяхъ является хорошимъ вспомогательнымъ средствомъ.
- 11) *Laminaria digitata* есть лучшій матеріалъ для расширенія матки во всѣхъ отношеніяхъ.
- 12) Стерилизація *laminariae* сухимъ жаромъ есть лучшій и наиболѣе выгодный дезинфекторъ.



13) Смѣсь іодоформа съ глицерномъ должна бытъ по преимуществу употребляема для смазыванія вводимыхъ въ каналъ матки палочекъ *laminariae*.

14) Продажныя палочки *laminariae digitatae* рѣдко годятся для дѣла, такъ какъ онѣ и тонки, и коротки, и часто не имѣютъ канала.

15) Тампоны Vulliet'a при значительныхъ загибахъ матки (*Anteflexio, retroflexio*) должны быть особенно рекомендуемы прежде примѣненія другихъ расширителей.

16) Общее состояніе больныхъ послѣ опорожненія кистъ весьма скоро улучшается, нервность и растройства кишечника проходятъ.



## ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Необходимость операции Laparosalpingotomi'i при леченіи водянки Фаллопиевыхъ трубъ во многихъ случаяхъ устраняется расширеніемъ матки. Тотъ же консервативный способъ леченія объѣщаетъ хорошіе результаты и при леченіи ruosalpinx'a.

2) Расширеніе матки разбухающими средствами даетъ хорошіе результаты при дисменореехъ и можетъ иногда съ успѣхомъ замѣнить Hysterostomatomі'ю.

3) Приюты для кормилицъ необходимо подчинить правительственному врачебному надзору и снабжать кормилицъ свидѣтельствами, опредѣляющими какъ общее состояніе здоровья ихъ, такъ и пригодность ихъ для вскармливанія, какъ по количеству, такъ и по качеству молока.

4) Врачи должны быть обязательными членами педагогическихъ совѣтовъ учебныхъ заведеній, и голосъ ихъ долженъ имѣть рѣшающее значеніе въ распредѣленіи классныхъ занятій и числа учебныхъ часовъ, а равно и въ рѣшеніи медико-санитарныхъ вопросовъ школьнаго дѣла вообще.

5) На врачахъ лежитъ нравственная обязанность въ каждомъ представляющемся случаѣ указывать въ семьяхъ на опасности ранняго обученія дѣтей грамотѣ.

6) Вопросъ объ уничтоженіи степени доктора медицины и экзамена на нее поставленъ на неправильную почву: слѣдуетъ уничтожить не ученую степенъ, а—служебныя привиллегіи, достиженіе которыхъ заставляеть многихъ врачей искать этой степени, помимо всякаго стремленія къ научнымъ задачамъ.

7) Щедрая, безилатная амбулаторная помощь врачей въ многочисленныхъ лечебницахъ и благотворительныхъ учрежденіяхъ большихъ городовъ подрываетъ экономическое благосостояніе врачей и ставитъ ихъ въ необходимость заниматься дѣлами, ничего общаго съ медициной не имѣющими, не принося въ то же время пользы оздоровленію населенія и подрывая довѣріе къ медицинской наукѣ и ея представителямъ вслѣдствіе малоуспѣшности леченія на ходу.

8) Общество должно дать средства для бо́льбы съ чахоткой, уносящей въ могилу громадное число молодыхъ лучшихъ силъ и грозящей въ будущемъ еще большими жертвами.



## CURRICULUM VITAE.

Алексѣй Павловичъ Заболотскій, сынъ священника Вологодской губерніи, родился 22 Іюля 1849 года. Среднее образованіе получилъ въ Вологодской Духовной Семинаріи, высшее въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи, которую окончилъ въ 1882 году со степенью лекаря. Въ томъ же году опредѣленъ ординаторомъ больницы С.-Петербургской тюрьмы, гдѣ состоитъ и до настоящаго времени. Въ 1888 году сдалъ при ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи экзаменъ на степень доктора медицины. Въ томъ же году съ начала Мая поступилъ въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику профессора К. Ф. Славянскаго, въ которой исполняетъ обязанности ординатора по настоящее время.

Настоящую работу подъ заглавіемъ «Леченіе ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ расширеніемъ матки» представляетъ для полученія степени доктора медицины.

Онъ напечаталъ: 1) «Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ влагалища» въ Протоколахъ засѣданій Акушерско-гинекологическаго общества въ С.-Петербургѣ, выпускъ II за 1888 и 1889 года, годъ третій, протоколъ № 7. 2) «Къ леченію водянки фаллопиевыхъ трубъ». Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней № 6. Іюнь 1890 годъ.

12597





# ОГЛАВЛЕНИЕ.

	<i>Стр.</i>
Введение . . . . .	3
Патологическая анатомія кистъ трубъ. . . . .	12
Этіологія кистъ фаллопіевыхъ трубъ. . . . .	17
Припадки . . . . .	27
Распознаваніе и предсказаніе . . . . .	34
Леченіе . . . . .	43
Собственныя клиническія наблюденія. . . . .	52
Случай первый. . . . .	58
"    второй . . . . .	59
"    третій . . . . .	61
"    четвертый. . . . .	62
"    пятый . . . . .	63
"    шестой. . . . .	65
"    седьмой. . . . .	68
"    восьмой. . . . .	70
"    девятый. . . . .	72
"    десятый. . . . .	74
"    одинадцатый . . . . .	77
"    двѣнадцатый . . . . .	79
"    тринадцатый . . . . .	81
"    четырнадцатый . . . . .	84
"    пятнадцатый . . . . .	85
"    шестнадцатый. . . . .	87
"    семнадцатый . . . . .	89
"    восемнадцатый. . . . .	92
"    девятнадцатый . . . . .	94
"    двадцатый. . . . .	98
"    двадцать первый. . . . .	101
"    "    второй . . . . .	102
"    "    третій . . . . .	105
"    "    четвертый. . . . .	107
"    "    пятый . . . . .	110
"    "    шестой. . . . .	114
Выводы . . . . .	119
Положенія . . . . .	121
Curriculum vitae . . . . .	122