

Д-ръ Г. Л. Навяжскій.

1594

201548
мг

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО

ПО

ГИНЕКОЛОГИИ.

Второе исправленное и дополненное издание.

Съ 63 рисунками въ текстѣ.

БИБЛИОТЕКА СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ
№ <u>1594</u>
Новороссійскаго Университета

2012



1952 г.

1972

Книгоиздательство „СОТРУДНИКЪ“.

ПЕТЕРБУРГЪ—КІЕВЪ.

1913.

ИНВЕНТАР № <u>13164</u>

618.1

Оглавленіе.

	Стр.
Анатомія женскихъ половыхъ органовъ	1
Гинекологическое изслѣдованіе	10
Ложе для изслѣдованія	11
Наружное и внутреннее изслѣдованіе	12
Соединенное изслѣдованіе	13
Изслѣдованіе черезъ прямую кишку	16
Изслѣдованіе подъ наркозомъ	17
Изслѣдованіе посредствомъ инструментовъ	18
Антисептика при гинекологическомъ изслѣдованіи	20
Микроскопическое изслѣдованіе	20
Болѣзни наружныхъ половыхъ частей	21
Пороки развитія наружныхъ половыхъ частей	21
Воспаленіе наружныхъ половыхъ частей	23
Зудъ наружныхъ половыхъ частей	24
Старые разрывы промежности	26
Новообразованія наружныхъ половыхъ частей	29
Боль копчика	31
Болѣзни влагалища	31
Недостатокъ развитія, суженіе и заращеніе рукава	31
Воспаленіе слизистой оболочки влагалища	33
Вагинизмъ	35
Рукавные свищи	36
Новообразованія рукава	40
Болѣзни матки	42
Пороки развитія матки	42
Измѣненія положенія матки	47
Наклоненіе матки	48
Искривленіе матки	49
Неподвижное искривленіе матки взадъ	57
Оперативное леченіе искривленій матки взадъ	58
Смѣщеніе всей матки	60
Выпаденіе матки	60
Выворотъ матки	66
Грыжа матки	69
Воспалительныя заболѣванія матки	70
Метро-эндометритъ шейки матки	70
Метро-эндометритъ тѣла матки	75
Патологія мѣсячныхъ	86
Преждевременное появленіе мѣсячныхъ	86

	Стр.
Отсутствіе мѣсячныхъ	87
Слишкомъ обильныя мѣсячныя	88
Болѣзненныя мѣсячныя	91
Накопленіе водяной и кровяной жидкости въ полости матки. Гемато- метра и гидрометра	92
Атрофія матки	98
Опухоли матки	99
Міома матки	99
Ракъ матки	114
Ракъ маточной шейки	115
Оперативное леченіе рака шейки	120
Палліативное леченіе рака шейки	122
Ракъ тѣла матки	124
Саркома матки	127
Хоріома	129
Болѣзни яичниковъ	129
Пороки развитія яичниковъ	129
Смѣщенія яичника	130
Воспаленіе яичниковъ	131
Новообразованія яичниковъ	133
Кистоаденома (кистома, киста)	133
Ракъ яичника	144
Дермоиды и тератомы	145
Фиброма и саркома	146
Овариотомія	147
Кастрація	150
Болѣзни Фаллопиевыхъ трубъ	151
Пороки развитія	151
Воспаленіе трубъ	152
Новообразованія Фаллопиевыхъ трубъ	156
Трубно-яичниковыя кисты	157
Воспаленіе тазовой клѣтчатки	158
Воспаленіе тазовой брюшины. Пельвеоперитонитъ. Периметритъ	162
Околomatочное кровоизліяніе	165
Haematocoele	165
Haematoma	168
Приложеніе	169
Заразныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ	169
Перелой	169
Бугорчатка половыхъ органовъ	175

**Правленіе бібліотеки студенто́въ-
медиковъ на́поминаетъ товарищамъ,
что они отвѣчаютъ за порчу и
поврежденіе книгъ и переплетовъ.**

Анатомія женскихъ половыхъ органовъ.

Женскій половой аппаратъ распадается на наружные и внутренніе половые органы.

Къ наружнымъ половымъ частямъ принадлежатъ: лобокъ, большія и малыя срамныя губы, клиторъ и гимень.

Лобокъ (*mons veneris*) представляетъ собой возвышеніе, отъ котораго идутъ двѣ большія складки кожи, окружающія половое отверстіе и позади*) послѣдняго сходящіяся. Складки эти носятъ названіе большихъ срамныхъ губъ (*labia majora*), а мѣсто схожденія послѣднихъ извѣстно подъ именемъ уздечки (*frenulum*). Квнутри отъ большихъ губъ находится еще одна пара складокъ, также расположенныхъ вокругъ половой щели и предназначенныхъ для защиты послѣдней отъ вреднаго вліянія извнѣ. Это—т. н. малыя губы (*labia minora*). Послѣднія обыкновенно не окружаютъ всей половой щели, а доходятъ только до задней трети ея, гдѣ онѣ переходятъ на внутреннюю поверхность большихъ губъ. Впереди же половой щели малыя губы дѣлятся на двѣ вѣтви, которыя сходятся между собой и образуютъ т. н. крайнюю плотъ клитора (*praeputium clitoridis*) и его уздечку (*frenulum clitoridis*). Подъ *praeputium* находится клиторъ, а ниже послѣдняго расположено отверстіе мочеиспускательнаго канала. Пространство, ограниченное малыми губами, клиторомъ и отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, называется преддверіемъ (*vestibulum*). Затѣмъ слѣдуетъ дѣвственная плева (*hymen*), которую можно отнести къ внутреннимъ половымъ органамъ, такъ какъ она составляетъ продолженіе влагалища. *Hymen* бываетъ съ однимъ, двумя или многими отверстіями. Послѣ родовъ вмѣсто *hymen*'а остаются т. н. миртовидные сосочки (*carunculae myrti-*

*) Мы употребляемъ вездѣ термины „впереди“ и „позади“, представляя себя большую въ стоячемъ положеніи.



formes). Между основаніемъ дѣвственной плевы и уздечкой большихъ губъ остается небольшое пространство, извѣстное подъ названіемъ ладьевидной ямки (fossa navicularis). На томъ мѣстѣ, гдѣ hymen

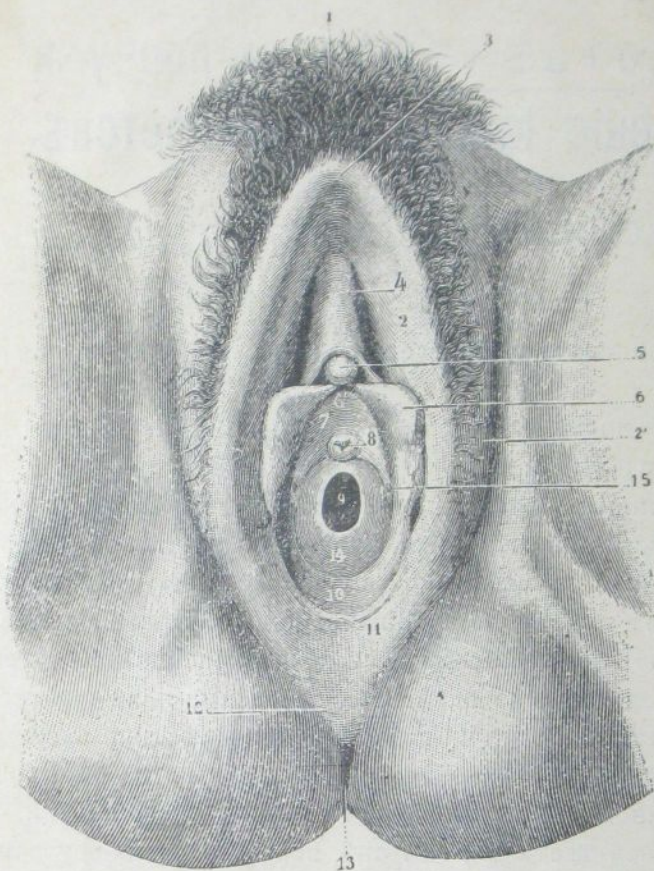


Рис. 1.—Наружные половые органы дѣвушки.
Большія и малыя губы раздвинуты.

1—Mons Veneris; 2—Labia majora; 3—Передняя спайка; 4—Praeputium clitoridis; 5—Clitoris; 6—Малыя губы; 8—Мочеиспускательное отверстіе; 9—Входъ въ vagina, окруженный кольцевиднымъ hymen (14); 10—Fossa navicularis; 11—Задняя спайка; 12—Промежность; 13—Anus; 15—Отверстія Бартолиновыхъ железъ.

переходить въ малыя губы, находятся два маленькихъ отверстія, представляющихъ собой выводные протоки Бартолиновыхъ железъ.

Эти послѣднія заложены въ задней трети большихъ губъ, глубоко въ жировой ткани, имѣютъ сложное трубчатое строеніе и бываютъ величиною съ лѣсной орѣхъ. Тѣсно соприкасающіяся между собой трубки Бартолиновыхъ железъ выстланы высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, а секретъ ихъ имѣетъ молочный видъ.

Къ внутреннимъ половымъ органамъ относятся: влагалище, матка, Фаллопиевы трубы и яичники.

Влагалище (vagina). — Оно представляетъ собой каналъ,

соотвѣтствующій, приблизительно, по своей величинѣ и формѣ, мужскому penis'у. Внутренняя поверхность влагалища выстлана цѣлой системой болѣе или менѣе хорошо выраженныхъ складокъ (columnae rugarum), расположенныхъ въ продольномъ и поперечномъ направленіи. Складки эти отчетливо выражены у дѣвицъ; у женщинъ же онѣ постепенно все болѣе изглаживаются подъ вліяніемъ совокупленій и родовъ. Циркулярныя мышцы, посредствомъ которыхъ можетъ суживаться про-

свѣтъ влагалища, носятъ названіе сфинктера влагалища (*sphincter vaginae*). Послѣ многихъ родовъ мускулы эти также становятся недѣятельными. Почти на всемъ своемъ протяженіи влагалище окружено рыхлой соединительной тканью, выстилающей тазовое дно. Только незначительная часть задней стѣнки вагины вдается своимъ верхнимъ концомъ въ брюшную полость, вслѣдствіе чего она покрыта здѣсь серозной оболочкой. Продольная ось влагалища образуетъ открытую кпереди дугу, такъ что передняя стѣнка его короче задней, а именно: длина передней стѣнки равняется 7—8 сант., а задней 8—10 сант.

Верхняя часть рукава*), въ которую въ видѣ конуса вдается влагалищная часть матки (см. ниже), имѣетъ форму свода (*fornix vaginae*). Отдѣлъ влагалищнаго свода, расположенный впереди влагалищной части матки, называютъ просто переднимъ сводомъ, а такой же отдѣлъ позади влагалищной части—заднимъ сводомъ. Задній сводъ глубже передняго.

Въ гистологическомъ отношеніи стѣнка вагины состоитъ изъ трехъ слоевъ: а) эпителий, б) подэпителиальная соединительная ткань, в) мышечный слой (изъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ). Важно знать, что железъ такъ называемая слизистая оболочка влагалища не содержитъ, а лишь лимфатическіе узелки.

Матка.—Она представляетъ собой органъ грушевидной формы, длиною около 8 сант. и вѣсомъ до 50 граммъ. Въ маткѣ различаютъ верхнюю поверхность или дно (*fundus uteri*), переднюю и заднюю стѣнки и два боковыхъ ребра и дѣлятъ ее на верхній отдѣлъ или тѣло (*corpus uteri*) и нижній отдѣлъ или шейку (*cervix uteri*). Оба эти отдѣла съ наружной стороны разграничены между собой не рѣзко, но внутри маточной полости они различаются весьма значительно, какъ макроскопически, такъ и микроскопически. Границей между полостью тѣла матки и полостью маточной шейки служитъ внутренній маточный зѣвъ (*orificium internum*), представляющій собой самое узкое мѣсто въ просвѣтѣ всего органа.

Сама шейка матки также подраздѣляется на двѣ части, а именно: а) надвлагалищная часть (*portio supravaginalis*), т.-е. та часть шейки, которая лежитъ внѣ влагалища (въ брюшной полости), и б) влагалищная часть (*portio vaginalis*), т.-е. часть шейки, вдающаяся во влагалище въ видѣ конуса. На вершинѣ этого послѣдняго открывается наружный маточный зѣвъ (*orificium externum*), ограниченный передней и задней маточными губами.

*) Рукавъ—синонимъ влагалища.

Дно матки, передняя и задняя стѣнки маточнаго тѣла и задняя стѣнка шейки покрыты брюшиною. Всѣ остальные части матки лишены серозной оболочки и окружены рыхлой клѣтчаткой, за исключеніемъ, впрочемъ, влагалищной части шейки, вдающейся свободно во влагалище.

Маточная паренхима, т.е. вещество маточныхъ стѣнокъ, состоитъ изъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, среди которыхъ проходятъ многочисленныя волокна соединительной ткани, а также со-

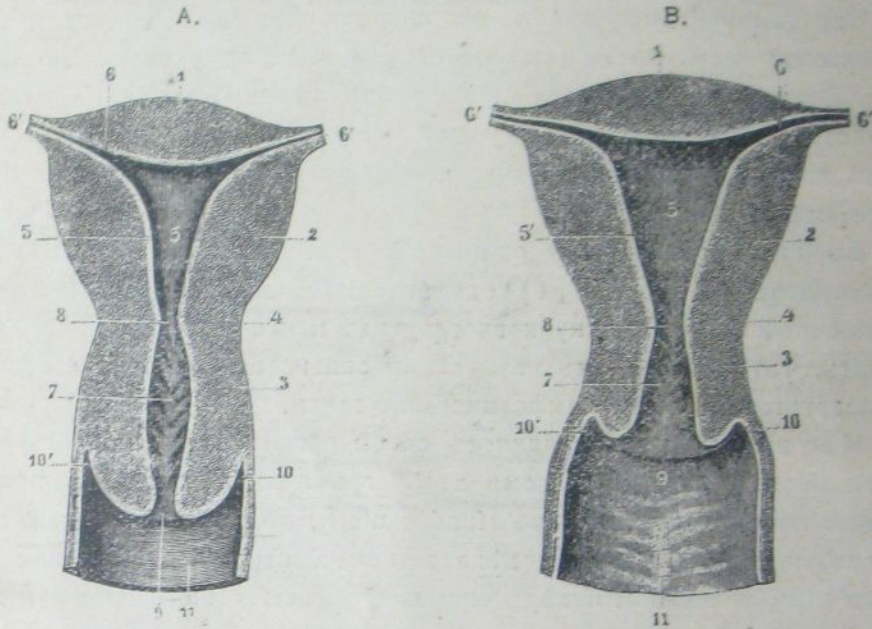


Рис. 2.—Фронтальный разрѣзь черезъ матку: А—не рожавшую, В—рожавшую.

1—Fundus uteri; 2—Боковая стѣнка; 3—Шейка; 4—Ея начало; 5—Полость матки; 6—Полость трувь (6'), вдающихся въ матку; 7—Пальмовидныя складки; 8—Внутренній зѣвъ шейки; 9—Наружный зѣвъ; 10—Сводъ влагалища; 11—Стѣнки влагалища.

суды и нервы. Свнутри стѣнки матки выложены слизистой оболочкой, которая, какъ это уже было сказано выше, имѣетъ неодинаковое строеніе въ маточномъ тѣлѣ и маточной шейкѣ: въ то время, какъ слизистая оболочка тѣла покрыта мерцательнымъ эпителиемъ и содержитъ трубчатыя железы, слизистая оболочка шейки покрыта высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, содержитъ гроздевидныя железы и образуетъ, кромѣ того, массу складокъ, извѣстныхъ подъ именемъ пальмовидныхъ (*plicae palmatae*).

Полость тѣла матки имѣетъ форму равнобедреннаго треугольника, вершина котораго (*orificium internum*) обращена внизъ, а основаніе (*fundus*)—вверхъ. Боковыя стороны этого треугольника вогнуты кнут-

ри, а оба угла, прилегающих къ основанію, удлинены и образуютъ такъ называемые трубные углы, такъ какъ они соотвѣтствуютъ устьямъ Фаллопиевыхъ трубъ. Что касается полости маточной шейки, называемой цервикальнымъ каналомъ, то она представляетъ собой продолженіе полости тѣла и имѣетъ форму веретена, сплюснутаго спереди назадъ.

Фаллопиевы трубы. Это—каналы отъ 10-ти до 16-ти сантим. въ длину, идущіе отъ вышеупомянутыхъ трубныхъ угловъ матки къ тазовымъ стѣнкамъ и соединяющіеся съ яичниками посредствомъ ба-

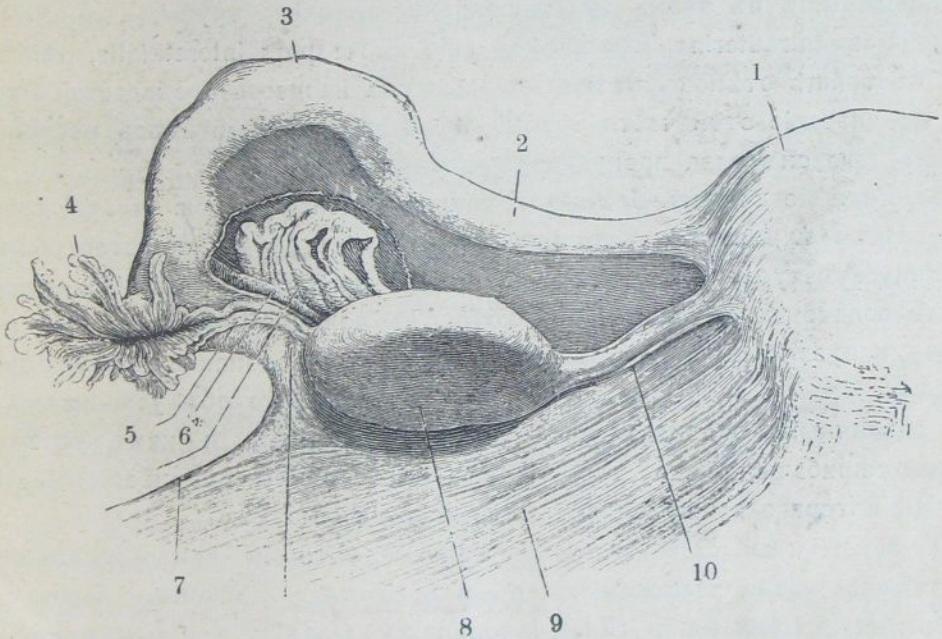


Рис. 3.—Лѣвая половина внутреннихъ половыхъ органовъ сзади.
1—Uterus; 2—Tuba; 3—Ампулла; 4—Раструбъ съ бахромой (Ostium abdominale tubae); 5—Бахромка къ яичнику (Fimbria ovarica); 6—Остатокъ Вольфова тѣла; 7—Свободный край широкой связки; 8—Яичникъ; 9—Широкая связка; 10—Lig. ovarii proprium.

ромокъ (fimbria). Просвѣтъ трубъ представляетъ собой непосредственное продолженіе полости матки. Въ каждой трубѣ различаютъ три части: а) *pars intraabdominalis*, б) *pars intraligamentaria*, в) *pars intramuralis*. *Pars intraabdominalis*, представляющая собой начало трубы, лежитъ непосредственно около яичника. Здѣсь слизистая оболочка трубы выступаетъ изъ просвѣта послѣдней въ видѣ воронки (*infundibulum*), лишенной серозной оболочки и свободно вдающейся въ брюшную полость. Отсюда—и названіе этой части трубы. При этомъ слизистая оболочка образуетъ тутъ рѣзкія складки въ видѣ бахромокъ (*fimbriae*),

одна изъ которыхъ, такъ называемая *fimbria ovarica*, отличается наибольшей длиной и тянется отъ *infundibulum* до яичника.

Pars itraligamentaria, получившая свое названіе благодаря тому, что она заключена между листками широкой связки, составляетъ самую длинную часть трубы. На всемъ своемъ протяженіи эта часть трубы снаружи покрыта брюшиной, а свнутри она выложена слизистой оболочкой, образующей множество складокъ. Эти послѣднія распределены, однако, неравномѣрно: количество ихъ и высота уменьшаются по направленію отъ *infundibulum* къ *pars intrauterina* *) вмѣстѣ съ уменьшеніемъ въ этомъ же направленіи просвѣта трубы.

Pars intrauterina, называемая еще иначе *pars interstitialis*, заложена въ толщѣ стѣнокъ матки, которыя она насквозь прободаетъ. Отсюда и—названіе этой части трубы, просвѣтъ которой здѣсь настолько узокъ, что онъ едва пропускаетъ щетинку.

Если не считать брюшины, покрывающей среднюю часть трубъ, то стѣнки ихъ состоятъ только изъ мускулатуры и слизистой оболочки. Мускулатура трубъ состоитъ изъ двухъ слоевъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ—наружнаго, въ которомъ волокна идутъ въ продольномъ направленіи, и внутренняго, въ которомъ волокна идутъ циркулярно. Что же касается слизистой оболочки, то объ устройствѣ ея въ различныхъ отдѣлахъ трубы мы уже говорили, и намъ остается только прибавить, что она покрыта мерцательнымъ эпителиемъ, рѣснички котораго движутся по направленію къ маткѣ.

Яичники. Это—половыя железы, которыя при нормальномъ положеніи матки расположены въ маломъ тазу нѣсколько ниже середины безыменной линіи (*linea innominata*). Однако, при измѣненіи положенія матки яичники могутъ уклониться кзади и помѣщаться въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ. Поверхность яичника взрослой женщины представляется нѣсколько шероховатой, что является результатомъ рубцовъ, образующихся на мѣстѣ лопнувшихъ Граафовыхъ пузырьковъ. Бóльшая часть свободной поверхности яичниковъ, хотя она и вдается въ брюшную полость, но лишена серозной оболочки и покрыта зародышевымъ эпителиемъ, каковое обстоятельство важно знать для пониманія топографіи яичниковыхъ опухолей и ихъ строенія.

Микроскопическое строеніе яичниковъ слѣдующее: подъ зародышевымъ эпителиемъ лежитъ соединительнотканная оболочка (*tunica albuginea*), а за ней слѣдуетъ такъ называемый корковый слой (*zona parenchymatosa*), содержащій въ плотной соединительнотканной

*) Въ этой части трубы складки выражены очень слабо.

стромѣ полости большей или меньшей величины фолликулы. Эти послѣдніе, въ зависимости отъ степени ихъ развитія, можно раздѣлить на три категоріи: а) фолликулы въ стадіи покоя (примордіальные фолликулы), б) созрѣвающіе фолликулы, в) зрѣлые фолликулы.

а) Примордіальный фолликулъ представляетъ собой маленькую полость, высланную однимъ слоемъ эпителиальныхъ клѣтокъ и содержащую въ себѣ примордіальное яйцо. Въ дальнѣйшемъ яйцо и эпителий могутъ погибнуть, при чемъ ихъ мѣсто занимаетъ соединительная ткань, или же, какъ это бываетъ съ меньшинствомъ фолликуловъ, фолликулъ переходитъ во вторую стадію — стадію созрѣванія.

б) Процессъ созрѣванія фолликула называется овуляціей и происходитъ такъ: прежде всего претерпѣваетъ измѣненія эпителий примордіальныхъ фолликуловъ, который изъ однослойнаго становится многослойнымъ и получаетъ теперь названіе *membrana granulosa*. Въ то же время и соединительная ткань, окружающая фолликулъ, превращается въ волокнистую оболочку (*theca folliculi*), состоящую изъ двухъ слоевъ — наружнаго (*tunica externa*) и внутренняго (*tunica interna*). Въ дальнѣйшемъ величина фолликула продолжаетъ все увеличиваться, при чемъ въ его полости появляется жидкость (*liquor folliculi*), которая съ яйцомъ непосредственно не соприкасается, такъ какъ оно всегда остается окруженнымъ нѣсколькими слоями эпителиальныхъ клѣтокъ, образующихъ такъ называемый *cumulus proligerus s. oophorus*. Таковы измѣненія, претерпѣаемыя созрѣвающимъ фолликуломъ. Что же касается примордіальнаго яйца, представляющаго собой простую клѣтку и состоящаго изъ протоплазмы (желтокъ), ядра и ядрышка, то и оно (яйцо) въ этой стадіи развитія испытываетъ нѣкоторыя весьма важныя превращенія: у яйца появляется радіально исчерченная капсула (*zona pellucida*), которая еще отдѣлена отъ протоплазмы яйца такъ называемымъ околожелтковымъ пространствомъ, т.-е. полостью, наполненной жидкостью. Чтобы покончить съ описаніемъ овуляціи, замѣтимъ, что яйца и фолликулы въ стадіи созрѣванія наблюдаются не только у взрослыхъ женщинъ, но и у дѣтей, даже у новорожденныхъ, откуда уже само собой ясно, что въ этой стадіи яйцо къ оплодотворенію еще не способно. Оно становится способнымъ къ оплодотворенію лишь послѣ выхода изъ лопнувшаго фолликула, т.-е. достигнувъ въ своемъ развитіи высшей ступени, къ описанію которой мы и переходимъ.

в) Зрѣлый, готовый къ разрыву фолликулъ, благодаря значительному увеличенію своихъ первоначальныхъ размѣровъ и постепенному накопленію фолликулярной жидкости, все болѣе и болѣе подвигается по направленію къ периферіи яичника, поверхность котораго

выпячивается фолликуломъ въ видѣ бугорка. Фолликулярныя стѣнки въ этомъ мѣстѣ все болѣе истончаются, и, наконецъ, происходитъ разрывъ ихъ, при чемъ яйцо, которое теперь уже способно къ оплодотворенію, вмѣстѣ съ токомъ фолликулярной жидкости выносятся въ брюшную полость, а отсюда оно поступаетъ въ Фаллопиеву трубу благодаря движенію вышеописанныхъ бахромокъ. Послѣ разрыва фолликула и выхода его содержимаго маленькая ранка на свободной поверхности яичника зарубцовывается, а полость фолликула выполняется массой большихъ, окрашенныхъ въ желтый цвѣтъ клѣтокъ (лютеиновыя клѣтки); фолликулъ превратился въ такъ называемое желтое тѣло (*corpus luteum*). Величина послѣдняго подвержена значительнымъ колебаніямъ и находится въ зависимости отъ того, подверглось ли оплодотворенію вышедшее изъ фолликула яйцо, или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ, т.-е. когда яйцо оплодотворилось, желтое тѣло достигаетъ значительныхъ размѣровъ, такъ какъ возникновеніе беременности влечетъ за собой обильный притокъ крови къ половымъ органамъ, что, въ свою очередь, благопріятно отражается на ростѣ новыхъ тканей вообще. Такія объемистыя желтыя тѣла, которыя обычно находятъ въ началѣ беременности, извѣстны подъ именемъ *corpus luteum verum*, т.-е. истинное желтое тѣло, въ противоположность ложному желтому тѣлу (*corpus luteum spurium*), тождественному съ первымъ по своей структурѣ, но значительно меньшему по своимъ размѣрамъ, каковое превращеніе происходитъ съ фолликуломъ, если оплодотворенія яйца не послѣдовало.

Наружные половые органы снабжаются кровью посредствомъ развѣтвленій наружной и внутренней срамныхъ артерій (*aa. pudendae externa et interna*).

Сосудистую систему матки составляютъ двѣ главныя артеріи: маточная артерія (*arteria uterina*), питающая, кромѣ матки, также и влагалище, и внутренняя сѣменная артерія (*arteria spermatica interna*), предназначенная для яичниковъ, Фаллопиевыхъ трубъ и верхней части матки. *Arteria uterina* это—вѣтвь *a. hypogastricae*; *arteria spermatica interna*—вѣтвь аорты или *a. renalis*. Оба сосуда (маточная и внутренняя сѣменная артеріи) анастомозируютъ между собой на днѣ матки.

Лимфатическіе сосуды представляютъ собой повтореніе кровеносныхъ сосудовъ.

Нервы внутренніе половые органы получаютъ отъ маточнаго и сѣменнаго сплетеній, наружныя же половыя части иннервируются поясничнымъ и сѣдалищнымъ сплетеніями.

Прикрѣпленіе половыхъ органовъ въ тазу происходитъ посредствомъ клѣтчатки и трехъ паръ связокъ, представляющихъ собой дубликатуру брюшины:

1-ая пара, т. н. широкія связки (ligamenta lata) идутъ отъ боковыхъ поверхностей матки къ боковымъ стѣнкамъ таза. Болѣе подробно широкія связки описаны ниже.

2-ая пара, т. н. круглыя связки (ligamenta rotunda) отходятъ отъ трубныхъ угловъ матки въ томъ мѣстѣ, гдѣ отъ послѣдней отдѣляются трубы, и образуютъ дугу, входящую въ паховой каналъ. Черезъ наружное отверстіе послѣдняго онѣ выходятъ наружу и теряются въ толщѣ большихъ губъ.

3-ья пара, т. н. маточно-крестцовыя связки (ligamenta utero-sacralia) идутъ отъ матки къ крестцу.

Есть еще и четвертая пара связокъ—ligamenta-utero-vesicalia, идущихъ отъ матки къ мочевому пузырю, но онѣ мало развиты.

Нужно еще упомянуть, что промежность, представляющая собой дно таза, также играетъ большую въ поддерживаніи тазовыхъ органовъ, особенно матки. Этимъ и объясняется пониженіе матки при разрывахъ промежности.

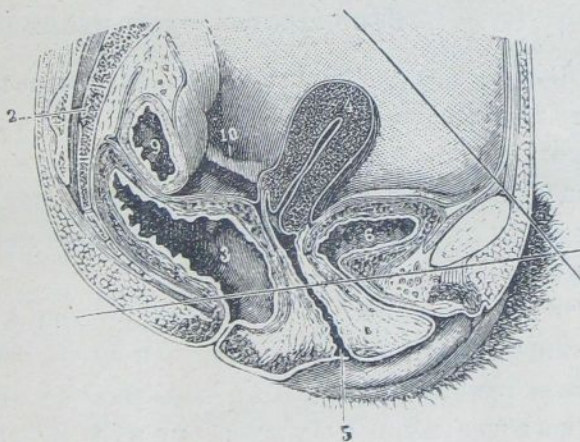


Рис. 4.—Срединный разрѣзъ черезъ женскіе половые органы и промежность.

2—крестецъ; 3—Rectum; 4—Uterus; 5—Vagina; 6—Мочевой пузырь.

Матка лежитъ въ маломъ тазу между мочевымъ пузыремъ (спереди) и прямой кишкой (сзади). Брюшина, покрывающая переднюю брюшную стѣнку, переходитъ съ нея на мочевой пузырь, а отсюда на переднюю стѣнку матки. Перейдя затѣмъ на дно и заднюю стѣнку матки, брюшина спускается глубоко внизъ, переходитъ на задній сводъ влагалища и отсюда подымается вверхъ на прямую кишку и заднюю стѣнку таза. Вслѣдствіе этого въ маломъ тазу образуются два кармана (excavatio), а именно: а) excavatio vesico-uterina (между маткой и мочевымъ пузыремъ)—переднее Дугласово пространство и б) excavatio utero-rectalis (между маткой и прямой кишкой)—заднее Дугласово пространство. Кромѣ того, и по бокамъ матки (справа и слѣва) брюшина даетъ перегибы черезъ Фалло-

пéвы трубы, вслѣдствіе чего съ обѣихъ сторонъ матки также получаютъ удвоенія брюшины—широкія связки (*ligamenta lata*), состоящія изъ двухъ листковъ—передняго и задняго; въ этомъ послѣднемъ находится прорѣзъ, черезъ который яичникъ свободно вдается въ брюшную полость. Часть широкой связки, обхватывающая трубу, извѣстна подъ именемъ *mesosalpinx*, а часть, прилегающая къ только что упомянутому прорѣзу, называется, *mesovarium*. Кромѣ кровеносныхъ сосудовъ и нервовъ, идущихъ къ маткѣ и яичникамъ между обоими листками широкой связки, въ боковомъ отдѣлѣ послѣдней расположенъ еще одинъ rudиментарный органъ—*parovarium*. Органъ этотъ представляетъ собой остатокъ Wolff'ова тѣла и состоитъ изъ цѣлой системы канальцевъ, выстланныхъ мерцательнымъ эпителиемъ и открывающихся въ слѣпой выводной протокъ, который расположенъ подъ трубой, въ нѣкоторомъ отъ нея разстояніи.

Гинекологическое изслѣдованіе.

Діагностика женскихъ болѣзней слагается изъ анамнеза (разспросъ больной) и мѣстнаго изслѣдованія. Къ послѣднему относятся: 1) осмотръ живота и наружныхъ половыхъ частей; 2) ощупываніе руками; 3) изслѣдованіе посредствомъ инструментовъ съ цѣлью осмотрѣть внутреннія части и лучше ощупать ихъ.

Различаютъ наружное, внутреннее и соединенное (комбинированное) изслѣдованіе, при чемъ послѣднее является въ гинекологіи однимъ изъ самыхъ важныхъ способовъ изслѣдованія. Постукиваніе же и выслушиваніе играютъ въ гинекологіи второстепенную роль.

Иногда для постановки діагноза бываетъ необходимо и микроскопическое изслѣдованіе, а именно въ томъ случаѣ, когда приходится изслѣдовать выдѣленія на форменные элементы и микроорганизмы или же опредѣлить гистологическое строеніе кусочковъ ткани, удаленныхъ съ діагностической цѣлью.

Кромѣ анамнеза и результатовъ мѣстнаго изслѣдованія, врачъ долженъ еще собрать данныя, касающіяся общаго состоянія больной, и только на основаніи всѣхъ полученныхъ свѣдѣній ставится діагнозъ. Послѣдній же составляетъ основу для предсказанія и леченія.

Анамнезъ (разспросъ больной).

Въ виду необходимости щадить чувство стыдливости больной, нужно начинать съ вопросовъ болѣе общаго характера, а затѣмъ уже перейти къ деталямъ и болѣе щекотливымъ вопросамъ.

Разспросивши объ имени и возрастѣ больной, а также о томъ, замужемъ ли она или нѣтъ, и чѣмъ занимается, выслушиваютъ жалобы больной, отмѣчая при этомъ то, что кажется наиболѣе заслуживающимъ вниманія.

Затѣмъ замужнихъ спрашиваютъ, есть ли дѣти, какъ протекали вообще роды и послѣродовые періоды, кормили ли онѣ, и небыло ли выкидышей. Особенное вниманіе нужно обратить на послѣдніе роды или выкидышъ.

Далѣе, нужно разспросить, не перенесла ли больная какихъ-нибудь болѣзней, и, въ случаѣ надобности (напр., при бугорчаткѣ, неврастеніи и пр.), справиться также, чѣмъ болѣли или отчего умерли родители и другіе члены семьи.

Послѣ этого необходимо подробно выяснитъ состояніе мѣсячныхъ. Устанавливаютъ типъ ихъ, а затѣмъ разспрашиваютъ, когда были послѣднія мѣсячныя, сколько дней онѣ продолжаются, обильно ли кровотеченіе, отходятъ ли кровяные сгустки, сопровождаются ли мѣсячныя болями и, если да, то каковъ ихъ характеръ, и гдѣ онѣ ощущаются.

Потомъ спрашиваютъ, какъ чувствуетъ себя больная внѣ мѣсячныхъ, нѣтъ ли въ это время кровотеченій, не бываетъ ли какихъ-либо болей, не наблюдается ли выдѣленій изъ половыхъ частей и, если да, то насколько они обильны и какого цвѣта.

Въ заключеніе разспрашиваютъ о дѣятельности мочевого пузыря и прямой кишки, а также и о явленіяхъ общаго характера, каковы: головная боль, головокруженіе, аппетитъ, сонъ и т. д.

Ложе для изслѣдованія.

Гинекологическое изслѣдованіе производится въ положеніи на спинѣ, при чемъ брюшныя стѣнки должны быть, по возможности, расслаблены. Расслабленіе же брюшныхъ стѣнокъ достигается тѣмъ, что больную кладутъ на твердый диванъ, придавая ея туловищу умѣренно возвышенное положеніе, и заставляютъ ее притянуть нижнія конечности къ животу. Главнымъ недостаткомъ подобнаго способа изслѣдованія на диванѣ является то, что изслѣдованіе посредствомъ инструментовъ при этомъ затруднительно. Въ виду этого большинство гинекологовъ пользуется особыми стульями для изслѣдованія, которыхъ предложено множество.

Самымъ удобнымъ нужно признатъ стулъ Veit'a (см. рис. 5), на которомъ не только легко производить изслѣдованіе, но и всѣ влагаліщныя операціи. На этомъ стулѣ больную укладываютъ такъ, чтобы нижнія конечности ея, фиксированныя въ подколѣнной ямкѣ ногодер-

жателями, были, по возможности, разведены, а голени свѣшивались прямо внизъ. Верхняя часть стула, на которой покоится голова и туловище женщины, можетъ быть по желанію установлена выше и ниже. Подъ стуломъ на доскѣ стоитъ ведро, въ которое по непромокаемой подстилкѣ, покрывающей сидѣніе стула, стекаетъ промывная жидкость, и куда бросаютъ также бывшіе въ употребленіи куски ваты или марли.

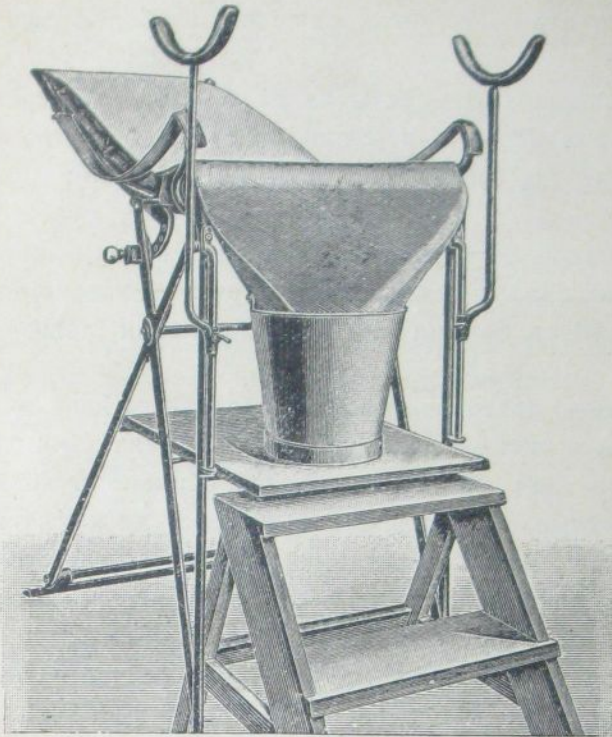


Рис. 5.—Стулъ для изслѣдованія.

ваютъ въ такомъ случаѣ поперекъ кровати или дивана, при чемъ помощникъ держитъ бедра женщины притянутыми къ ея животу. Наружное изслѣдованіе большихъ брюшныхъ опухолей производится на обыкновенномъ диванѣ даже съ большимъ удобствомъ, чѣмъ на дорого стоящемъ стулѣ.

Наружное и внутреннее изслѣдованіе.

Передъ каждымъ изслѣдованіемъ больная должна опорожнить мочевой пузырь, а если возможно, то и прямую кишку.

Начинаютъ съ осмотра живота. Только при большихъ опухоляхъ мы замѣтимъ при этомъ неправильности. Въ такихъ случаяхъ опредѣляютъ, въ какомъ мѣстѣ существуетъ выпячиваніе живота, и какую оно имѣетъ форму.

Затѣмъ слѣдуетъ ощупываніе живота, которое нужно начинать съ области надъ лобкомъ и постепенно переходить вверхъ и въ стороны. При нормальныхъ условіяхъ пальцы нигдѣ не ощущаютъ никакого противодѣйствія.

вище женщины, можетъ быть по желанію установлена выше и ниже. Подъ стуломъ на доскѣ стоитъ ведро, въ которое по непромокаемой подстилкѣ, покрывающей сидѣніе стула, стекаетъ промывная жидкость, и куда бросаютъ также бывшіе въ употребленіи куски ваты или марли.

Изслѣдованіе посредствомъ инструментовъ возможно и на обыкновенномъ ложѣ, хотя, конечно, не съ такими удобствами, какъ на специальномъ стулѣ. Больную уклады-

Если прощупывается опухоль, то нужно опредѣлить ея положеніе, величину, консистенцію, свойства поверхности, границы, подвижность, а также и то, переходитъ ли она въ малый тазъ, или нѣтъ.

Разъ ощупываніемъ установлено присутствіе опухоли, необходимо перейти къ постукиванію, чтобы опредѣлить, какъ расположены по отношенію къ опухоли кишки, и нѣтъ ли асцита.

Строго говоря, при каждой брюшной опухоли нужно имѣть въ виду возможность беременности, а потому во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ нужно прибѣгнуть и къ выслушиванію, чтобы опредѣлить, не констатируются ли движенія и сердцебіеніе плода, а также маточный шумъ.

Послѣ этого слѣдуетъ осмотръ наружныхъ половыхъ частей. Съ этой цѣлью удаляютъ ватой отдѣленіе, приставшее къ наружнымъ половымъ органамъ, раздвигаютъ половыя губы и опредѣляютъ, не замѣчается ли какихъ-нибудь разраженій (напр., кондиломы), отека, изъязвленія и т. д.; нѣтъ ли стараго разрыва промежности; какого цвѣта слизистая влагалищнаго входа и, наконецъ, въ какомъ состояніи дѣвственная плева. Присутствіе миртовидныхъ сосочковъ указываетъ на бывшіе роды, растянутая и надорванная плева говоритъ съ вѣроятностью за совокупленіе.

За осмотромъ половыхъ частей слѣдуетъ внутреннее изслѣдованіе черезъ влагалище. Съ этой цѣлью во влагалище вводятъ выпрямленные указательный и средній пальцы, при чемъ большой палецъ находится въ сильно отведенномъ положеніи, а остальные пальцы пригнуты къ ладони *). Опредѣляютъ ширину входнаго отверстія, длину влагалища, состояніе его стѣнокъ и, что особенно важно, положеніе и свойства влагалищной части и маточнаго зѣва. При нормальныхъ условіяхъ влагалищная часть находится посрединѣ и имѣетъ около 2 см. въ длину. Маточный зѣвъ обращенъ книзу, при чемъ у женщинъ рожавшихъ онъ пропускаетъ иногда кончикъ пальца; напротивъ, цервикальный каналъ для пальца непроеходимъ.

Далѣе слѣдуетъ

Соединенное изслѣдованіе.

Оно представляетъ собой сочетаніе наружнаго и внутренняго изслѣдованія (см. рис. 6). Изслѣдуемые органы отдавливаются рукой.

*) Введеніе при изслѣдованіи во влагалище двухъ пальцевъ возможно только у женщинъ. У дѣвицъ допустимо внутреннее изслѣдованіе только однимъ указательнымъ пальцемъ, а нѣкоторые производятъ у дѣвицъ изслѣдованіе только черезъ прямую кишку.

лежащей на брюшной стѣнкѣ, по направленію къ введеннымъ во влагалище пальцамъ*), а послѣдніе отдаютъ ихъ (органы) по направленію къ лежащей снаружи рукѣ. Такимъ образомъ, органы находятся между обѣими руками, такъ что ихъ можно весьма тщательно ощупать.

Соединеннымъ изслѣдованіемъ опредѣляютъ положеніе и состояніе матки, яичниковъ, трубъ и связокъ.

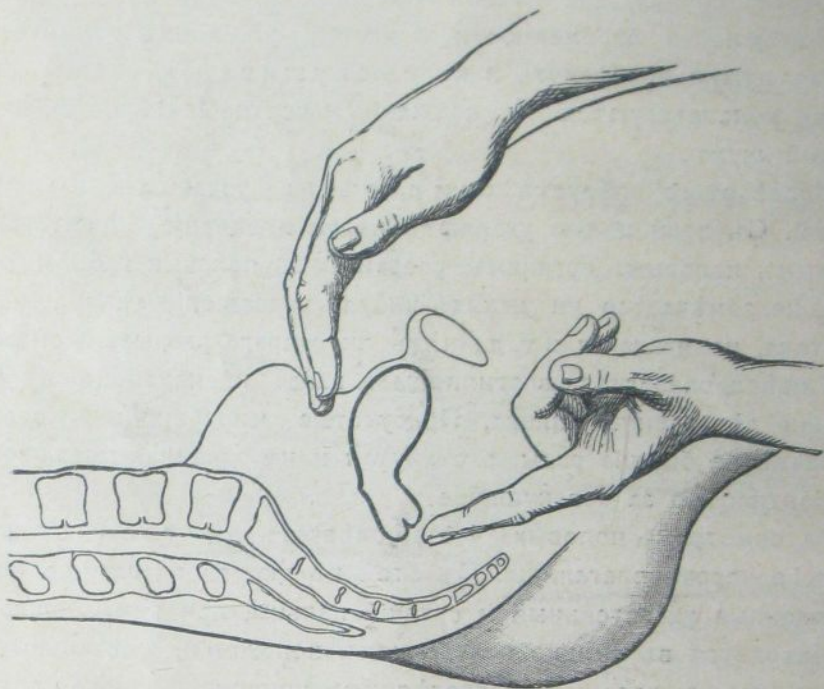


Рис. 6.—Соединенное изслѣдованіе.

При этомъ изслѣдующій долженъ, конечно, ясно представлять себѣ нормальное положеніе внутреннихъ половыхъ частей, къ краткому разсмотрѣнію котораго мы предварительно и перейдемъ.

Матка лежитъ въ полости малаго таза между мочевымъ пузыремъ (спереди) и прямой кишкой (сзади). При изслѣдованіи женщины въ горизонтальномъ положеніи, если только мочевой пузырь и прямая кишка опорожнены, дно матки оказывается обращеннымъ впередъ, а маточный зѣвъ—назадъ, т.-е. матка наклонена впередъ (*anteversio*). Кромѣ того, въ области внутренняго зѣва матка образуетъ еще пере-

*) Обращаемъ вниманіе, что на рис. 6, заимствованномъ изъ „Гинекологіи“ Runge, во влагалище введенъ только одинъ указательный палецъ лѣвой руки. Практически же цѣлесообразнѣе производить изслѣдованіе, входя во влагалище двумя пальцами правой руки.

гибъ впередъ (*anteflexio*), каковой у нерожавшихъ болѣе рѣзко выраженъ, чѣмъ у рожавшихъ. Въ указанномъ положеніи матка, однако, не фиксирована, и, въ зависимости отъ наполненія мочевого пузыря и прямой кишки, положеніе матки мѣняется. Такъ, напримѣръ, когда мочевой пузырь наполненъ, дно матки оттѣсняется назадъ; въ свою очередь, прямая кишка, наполненная каловыми массами, отодвигаетъ впередъ влагалищную часть матки и т. д.

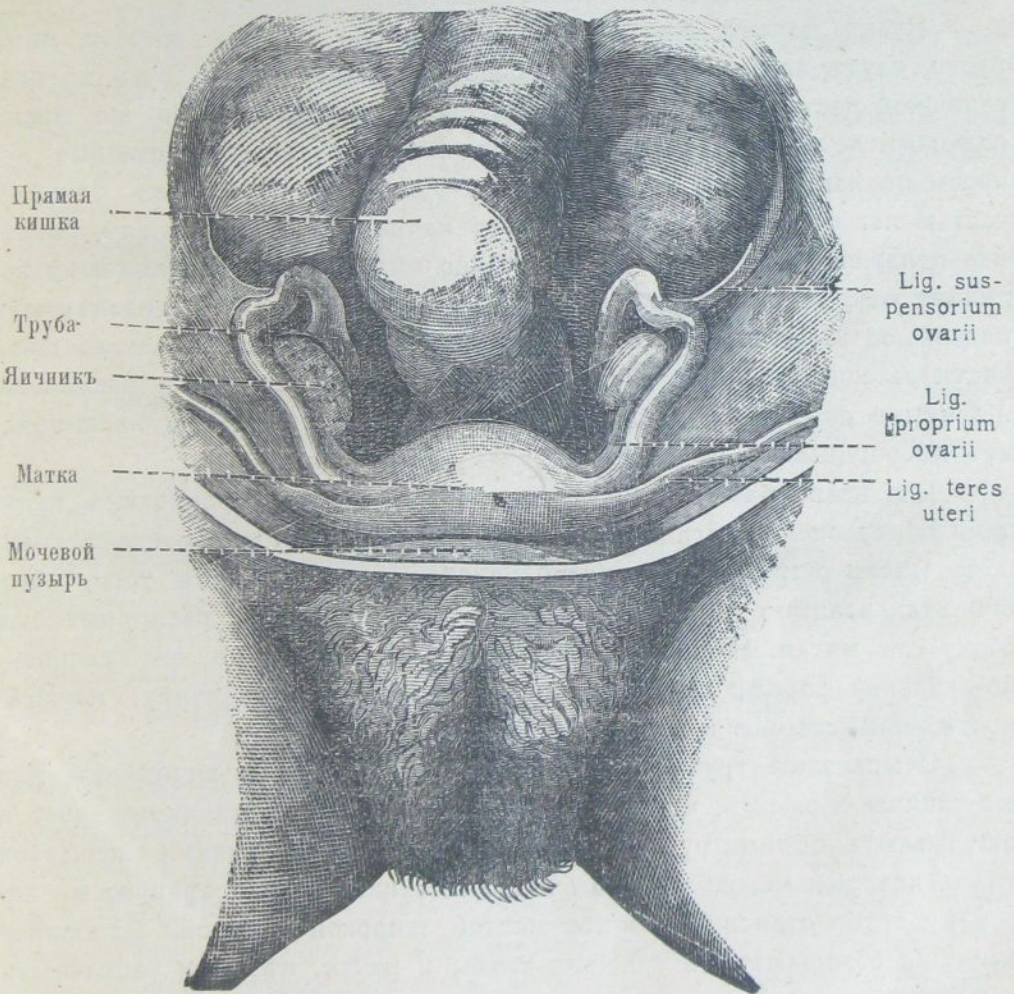


Рис. 7.—Нормальное положеніе тазовыхъ органовъ. По Nagel'ю.

Яичники лежатъ по обѣимъ сторонамъ матки вблизи боковой стѣнки таза, непосредственно подъ *linea innominata*. Продольная ось яичниковъ имѣетъ почти сагиттальное направленіе, при чемъ къ заднему концу ихъ прикрѣпляется *ligamentum suspensorium*, а отъ передняго идетъ къ маткѣ *ligamentum ovarii proprium*; кромѣ этихъ двухъ поддерживающихъ связокъ, яичники связаны своимъ прямымъ краемъ съ *mesovarium* (см. рис. 7).

Фаллопиевы трубы направляются отъ верхней части края матки наподобіе петли, обхватывающей наружный полюсъ соответствующаго яичника (рис. 7).

Таково въ краткихъ чертахъ нормальное положеніе внутреннихъ половыхъ органовъ. Только вполнѣ ясно представляя себѣ это положеніе, изслѣдующій будетъ въ состояніи ориентироваться въ различныхъ деталяхъ соединеннаго изслѣдованія.

Итакъ, положи лѣвую руку плашмя на средину живота ниже пупка, идутъ введенными уже раньше пальцами правой руки по влагалищной части вверхъ въ передній сводъ рукава и въ то же время пальцами лежащей снаружи руки отдавливаютъ вглубь брюшные покровы по направленію къ введеннымъ пальцамъ. При этомъ большей частью легко удастся захватить тѣло матки и опредѣлить ея нормальное положеніе. Ощупываютъ тщательно тѣло матки, опредѣляютъ величину открытаго кпереди угла между тѣломъ и шейкой и изслѣдуютъ подвижность матки. Наконецъ, сравниваютъ консистенцію влагалищной части съ консистенціей верхняго отдѣла матки. Во время изслѣдованія нужно слѣдить за лицомъ больной, чтобы убѣдиться, не вызываетъ ли ощупываніе въ какомъ-нибудь мѣстѣ боли.

Для изслѣдованія яичниковъ, трубъ и связокъ проникаютъ пальцами сбоку около влагалищной части вверхъ, гдѣ на соответственномъ мѣстѣ ощупываютъ другой рукой снаружи. Послѣ того, какъ обѣ руки взаимно сближены, ощупываютъ всѣ части, расположенныя сбоку отъ матки. Найдя яичникъ, который узнается по его удлинено-овальной формѣ, опредѣляютъ его положеніе, величину, подвижность, консистенцію и чувствительность.

Отыскиваніе трубъ производится или со стороны яичниковъ, или же такимъ образомъ, что возвращаются назадъ къ маточному рогу и ощупываютъ обѣими руками сбоку. При этомъ между руками ощущается тяжъ, который можно прослѣдить до яичника, по направленію къ которому труба становится болѣе мягкой, широкой и вялой. Особенное вниманіе обращаютъ на толщину трубы и на то, нѣтъ ли частичныхъ припуханій.

Изъ связокъ матки удастся прощупать начало круглыхъ связокъ (вблизи мѣста прикрѣпленія трубъ), *lig. sacro-uterina* (позади матки) и *lig. lata* (сбоку матки).

Изслѣдованіе черезъ прямую кишку.

Передъ изслѣдованіемъ прямую кишку очищаютъ посредствомъ клистира. Смазавъ правый указательный палецъ вазелиномъ, осторож-

но проникають имъ черезъ сфинктеръ въ прямую кишку и стараются затѣмъ пройти пальцемъ возможно глубже. Въ то же время, положивъ лѣвую руку плашмя на средину живота ниже пупка, отдавливаютъ вглубь брюшные покровы по направленію къ пальцу, находящемуся въ прямой кишкѣ, какъ это уже было изложено при описаніи соединеннаго изслѣдованія. Введеніе пальца въ прямую кишку совершается обыкновенно безъ особаго труда, иногда даже можно войти и двумя пальцами, не причиняя особенныхъ болей.

Изслѣдованіе черезъ прямую кишку особенно важно въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно ощупать заднюю поверхность матки, выяснитъ, нѣтъ ли заматочной опухоли, и опредѣлитъ состояніе связокъ. Кромѣ того, къ изслѣдованію *per rectum* приходится прибѣгать у дѣвицъ съ узкимъ отверстіемъ въ дѣвственной плевѣ, а также при отсутствіи или рудиментарномъ состояніи влагалища.

Изслѣдованіе подь наркозомъ.

Описанные до сихъ поръ методы изслѣдованія являются вполне достаточными для большинства гинекологическихъ случаевъ. Но, если изслѣдованіе затрудняется находящимися въ тазу опухолями, которыхъ нельзя отграничить отъ матки; если брюшная полость выполнена опухолевыми массами, смѣщающими брюшные органы; если брюшная полость наполнена свободной жидкостью (асцитъ); наконецъ, если брюшные покровы чрезвычайно жирны, или если больная, несмотря на всѣ наши усилія, слишкомъ напрягаетъ брюшную стѣнку, — во всѣхъ этихъ случаяхъ становится необходимымъ изслѣдованіе подь наркозомъ.

Для того, чтобы получить отъ изслѣдованія подь наркозомъ надлежащіе результаты, больная должна непремѣнно лежать на столѣ съ раздвинутыми бедрами, удерживаемыми помощникомъ, или же на вышеописанномъ стулѣ съ ногодержателемъ. Кромѣ того, наркозъ долженъ быть достаточно глубокъ, чтобы брюшныя стѣнки были совершенно расслаблены, и больная не реагировала бы на введеніе пальца въ прямую кишку. При этихъ условіяхъ, если только предварительное изслѣдованіе безъ наркоза въ значительной степени уже уяснило характеръ заболѣванія, изслѣдованіе подь наркозомъ можетъ дать врачу много чрезвычайно важныхъ данныхъ: изслѣдующій получаетъ, во-первыхъ, возможность ощупывать тазовые органы такъ, какъ будто бы брюшныхъ покрововъ не существуетъ; во-вторыхъ, ощупываніе можно производить нѣжно, безъ всякаго насилія, что при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ имѣетъ очень большое значеніе, какъ на примѣръ: внѣматочная беременность, скопленіе крови или гноя въ Фаллопиевыхъ трубахъ, гной-

ное воспаленіе околоматочной клѣтчатки или тазовой брюшины и т. д. При этомъ ошупываніе тѣхъ частей, которыя при предварительномъ изслѣдованіи безъ наркоза оказались наиболѣе чувствительными, нужно производить особенно осторожно. Неосторожное изслѣдованіе можетъ при вышеуказанныхъ заболѣваніяхъ причинить большой громадный вредъ и вызвать даже смертельный исходъ!

Изслѣдованіе посредствомъ инструментовъ.

Для того, чтобы осмотрѣть влагалище и влагалищную часть матки, употребляютъ т. н. зеркала. Послѣднія служатъ для расплавленія влагалища съ цѣлью сдѣлать доступными для осмотра влагалищную часть и маточный зѣвъ. Различаютъ цилиндрическія и желобоватыя зеркала.

Изъ различныхъ цилиндрическихъ зеркалъ предпочтеніе должно быть оказано зеркаламъ изъ молочнаго стекла или фарфора (Maueг'овскія зеркала), на которыя не дѣйствуютъ кислоты, и которыя могутъ быть обезпложены вывариваніемъ. Въ зависимости отъ ширины влагалища, слѣдуетъ употреблять зеркала различнаго размѣра (см. рис. 8).

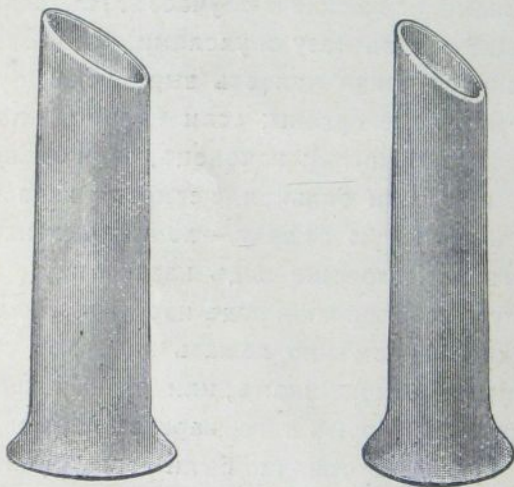


Рис. 8.—Зеркала изъ молочнаго стекла.

Передъ употребленіемъ зеркало погружаютъ въ обеззараживающій растворъ, а послѣ извлеченія его изъ влагалища, оно кладется въ чашку съ водой.

Изъ желобоватыхъ зеркалъ пользуются обыкновенно зеркаломъ Simon'a, при чемъ необходимо имѣть два зеркала: одно въ видѣ полужелоба (рис. 9) для оттягиванія задней стѣнки влагалища, а другое въ видѣ пластинки (рис. 10) для передней стѣнки. Каждое зеркало удерживается рукой за рукоятку, и для примѣненія ихъ, слѣдовательно, необходимъ помощникъ.

Для опредѣленія состоянія полости матки, въ которую нельзя проникнуть пальцемъ черезъ цервикальный каналъ, служитъ маточный зондъ (см. рис. 11). Благодаря разработкѣ комбинированнаго изслѣдованія, изслѣдованіе зондомъ отодвинуто на задній планъ. Однако, зондомъ пользуются съ цѣлью опредѣлить длину маточной по-

лости, толщину ея стѣнокъ, состояніе слизистой оболочки, а также содержимое полости матки.

Примѣненіе зонда при беременности и при острыхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки и ея придатковъ противопоказано.

Прежде чѣмъ ввести зондъ, его нужно обезплодить. Къ зондирова-



Рис. 9.—Желобоватое зеркало для оттягиванія задней стѣнки влагалища.

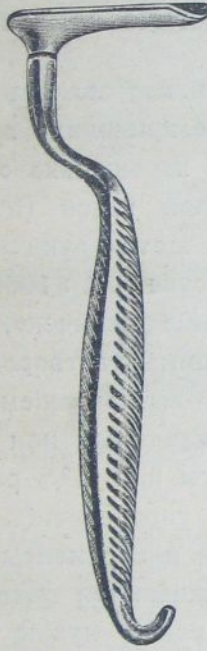


Рис. 10.—Пластинчатое зеркало для оттягиванія передней стѣнки влагалища.

нѣюже слѣдуетъ приступать только послѣ обнаженія влагалищной части зеркаломъ и тщательнаго очищенія ея. Точно также тщательно должно быть продезинфицировано и влагалище.

Къ числу инструментовъ, которыми очень часто пользуются при гинекологическомъ изслѣдованіи, принадлежатъ крючковатые щипцы, устроенные по типу т. н. американскихъ пулевыхъ щипцовъ.

Щипцы эти (рис. 12) служатъ для захватыванія губъ матки и ея фиксации. Примѣненіе ихъ противопоказано при свѣжихъ воспалитель-



Рис. 11. Маточный зондъ.

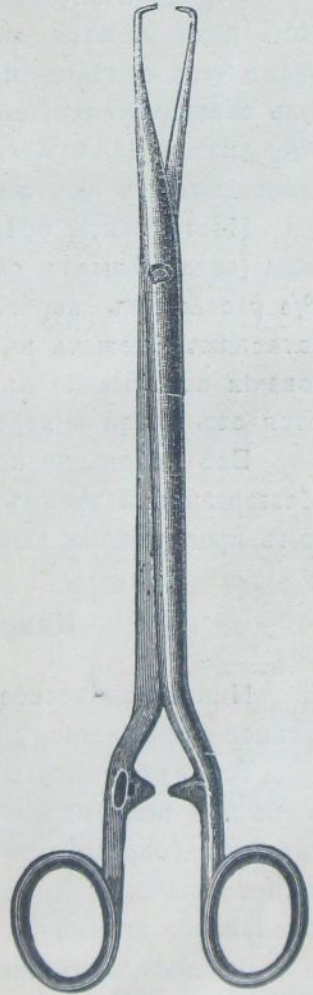
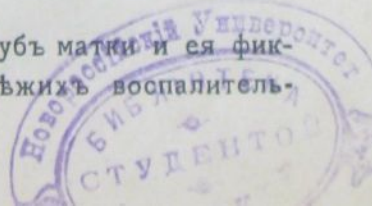


Рис. 12.—Крючковатые щипцы.



ныхъ процессахъ. Передъ примѣненіемъ щипцовъ влагалищная часть должна быть обеззаражена. Когда же изслѣдованіе закончено, и щипцы сняты, слегка кровоточащую губу обмываютъ обеззараживающимъ растворомъ и присыпаютъ іодоформомъ. При болѣе сильномъ кровотеченіи вводятъ іодоформенный тампонъ.

Антисептика при гинекологическомъ изслѣдованіи.

Чистота рукъ и инструментовъ составляетъ неперемѣнное условіе для того, чтобы изслѣдованіе не причинило вреда.

Передъ изслѣдованіемъ нужно хорошенько очистить ногти, а затѣмъ руки моются мыломъ и теплой водой (посредствомъ щетки), послѣ чего опять-таки при помощи щетки руки моютъ въ какомъ-нибудь обеззараживающемъ растворѣ (сулема 1 : 1000, карболовая кислота 3⁰/₀, лизоль 1⁰/₀). Когда изслѣдованіе окончено, обмываютъ руки и споласкиваютъ ихъ обеззараживающимъ растворомъ.

Инструменты обезпложиваютъ вывариваніемъ въ 1⁰/₀ растворѣ соды (сода мѣшаетъ образованію ржавчины), или же ихъ вытираютъ 3⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты или 1⁰/₀ растворомъ лизола и оставляютъ лежать въ растворѣ до употребленія. По окончаніи изслѣдованія всѣ бывшіе въ употребленіи инструменты тщательно очищаются отъ слизи и крови и обезпложиваются вывариваніемъ.

Всѣ небольшія кровоточащія ранки нужно послѣ изслѣдованія обеззаразить и затѣмъ присыпать іодоформомъ; при болѣе же сильномъ кровотеченіи ранки закрываются іодоформеннымъ тампономъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Микроскопическое изслѣдованіе имѣетъ въ гинекологіи значительное примѣненіе.

Такому изслѣдованію прежде всего могутъ быть подвергнуты *отдѣленія* изъ половыхъ частей съ цѣлью выяснить, какіе въ нихъ содержатся микроорганизмы и форменные элементы; при этомъ особенно важное значеніе имѣетъ констатированіе гонококковъ—возбудителей перелойнаго зараженія.

Въ діагностическомъ отношеніи также весьма полезно микроскопическое изслѣдованіе небольшихъ кусочковъ ткани, удаленныхъ изъ больныхъ органовъ, при чемъ способъ этотъ крайне важенъ при заболѣваніяхъ маточной полости, совершенно недоступной для глаза. Кусочки ткани вырѣзываются изъ влагалищной части, или же, если дѣло идетъ о больной слизистой оболочкѣ матки, то кусочки изъ этой слизистой

выскабливаются острой ложечкой. Микроскопическое изслѣдованіе да-
етъ въ такихъ случаяхъ возможность опредѣлить, съ какого рода
нѣвообразованіемъ мы имѣемъ дѣло: доброкачественнымъ или злока-
чественнымъ.

Наконецъ, всѣ опухоли или куски тканей, удаленные оператив-
нымъ путемъ, должны быть подвергнуты микроскопическому изслѣдо-
ванію, такъ какъ нерѣдко только по результату послѣдняго можно
высказаться объ успѣшности или неуспѣшности произведенной опера-
ціи: при доброкачественномъ новообразованіи обезпеченъ успѣхъ, при
злокачественномъ нужно ждать рецидива.

Болѣзни наружныхъ половыхъ частей.

Пороки развитія.

Пороки развитія наружныхъ половыхъ органовъ весьма много-
числены и разнообразны, но мы опишемъ только тѣ изъ нихъ, кото-
рые имѣютъ практическое значеніе.

Сюда относятся:

1. *Atresia ani vaginalis*. Подъ этимъ названіемъ подразумѣваются
тѣ случаи, когда задній проходъ отсутствуетъ, а прямая кишка, моче-
вой пузырь и влагалище открываются въ одну общую клоаку (см. рис.
13). Такіе врожденные пороки развитія встрѣчаются рѣдко. Лица, стра-



Рис. 13.—*Atresia ani vaginalis*. Мочевой
пузырь, влагалище и прямая кишка открыва-
ются въ общую клоаку. Задній проходъ
отсутствуетъ.

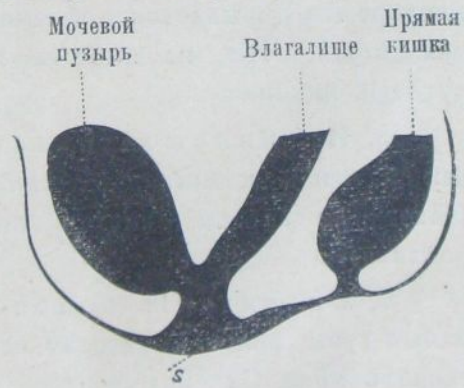


Рис. 14.—Гипоспадія. Мочевой пузырь
открывается прямо въ мочеполовую па-
зуху. Мочейспускательный каналъ от-
сутствуетъ.

дающія ими, могутъ достигать пожилого возраста, забеременѣвать и
рожать. Большею частью наблюдается недержаніе кала, а при очень

узкомъ отверстіи можетъ наступить опасная задержка кала. Оперативная помощь возможна, но къ операциі слѣдуетъ приступать только тогда, когда можно допустить присутствіе заднепроходнаго сфинктера.

2. Врожденный недостатокъ промежности. Порокъ этотъ встрѣчается крайне рѣдко.

3. Гипоспадія (см. рис. 14). При этомъ порокъ мочеиспускательный каналъ совершенно отсутствуетъ, и мочевой пузырь прямо открывается въ мочеполовую пазуху. Большею частью существуетъ недержаніе мочи. Внутренніе половые органы недостаточно развиты, а клиторъ иногда бываетъ сильно увеличенъ.

4. Эписпадія. Порокъ этотъ характеризуется отсутствіемъ передней стѣнки мочеиспускательнаго канала.

5. Ложное двуснастіе (pseudohermaphroditismus). Порокъ этотъ характеризуется недостаточнымъ дифференцированіемъ наружныхъ половыхъ частей, такъ что можетъ возникнуть сомнѣніе относительно принадлежности даннаго субъекта къ тому или другому полу, но при этомъ существуютъ одного рода половыя железы, которыя и указываютъ съ несомнѣнностью на полъ.

Говорятъ о мужскомъ ложномъ двуснастіи, когда penis плохо развитъ, существуетъ гипоспадія, и обѣ половинки мошонки не соединены. Что мы имѣемъ дѣло съ мужчиной, указываетъ присутствіе яичекъ.

При женскомъ ложномъ двуснастіи клиторъ сильно увеличенъ, обѣ большія срамныя губы частично сращены между собой, а подъ клиторомъ открывается, обыкновенно узкимъ отверстіемъ, мочеполовая пазуха. Что мы имѣемъ дѣло съ женщиной, доказываетъ присутствіе яичниковъ.

6. Истинное двуснастіе. Существованіе субъектовъ, обладающихъ и мужскими и женскими половыми железами, не доказано. Нѣкоторые авторы описали такіе случаи, но они не выдерживаютъ критики.

7. Склеиваніе половой щели. Склеиванію подвергаются малыя губы, при чемъ вверху остается отверстіе, черезъ которое вытекаетъ моча. Склеиваніе это можетъ быть устранено тупымъ путемъ.

8. Дѣтскія половыя части (vulva infantilis). Этотъ порокъ характеризуется недоразвитіемъ наружныхъ половыхъ органовъ.

9. Гипертрофія малыхъ губъ является расовой особенностью готтентоковъ и бушменокъ. Въ нашихъ мѣстностяхъ гипертрофія малыхъ губъ часто вызывается мастурбаціей.

Воспаленіе наружныхъ половыхъ частей (vulvitis).

Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ (вульвитъ) проявляется въ различныхъ формахъ, начиная отъ простой воспалительной красноты и отека и кончая глубокимъ нагноеніемъ и даже омертвѣніемъ.

Этіологія. Причиной воспаленія наружныхъ половыхъ частей является обыкновенно какое-нибудь раздраженіе, напримѣръ, онанизмъ, изнасилованіе, травматическое поврежденіе, а также нечистоплотность или переходъ уже имѣющагося воспаленія съ влагалища и матки на наружные половые органы. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы будемъ имѣть простой катарръ наружныхъ половыхъ органовъ. Но кромѣ такого катарра, встрѣчаются еще болѣе тяжелыя формы воспаленія, которыя принимаютъ флегмонозный или даже гангрено-сцирующій характеръ, что наблюдается обыкновенно при родильной горячкѣ, тифѣ, оспѣ и скарлатинѣ. Наконецъ, въ практическомъ отношеніи на первое мѣсто нужно поставить перелойное воспаленіе, которое характеризуется крайне обильными гнойными выдѣленіями и часто сопровождается уретритомъ (воспаленіе мочеиспускательнаго канала) и бартолинитомъ (воспаленіе одной изъ бартолиновыхъ железъ).

Патологическая анатомія. Простой катарръ наружныхъ половыхъ частей выражается гипереміей, набуханіемъ и разрыхленіемъ ихъ слизистой оболочки, а также слизисто-гнойнымъ выдѣленіемъ. При родильной горячкѣ, тифѣ, оспѣ и скарлатинѣ воспалительный процессъ распространяется въ глубину ткани, появляется гнойная инфильтрація, флегмона, а иногда даже мѣстное омертвѣніе ткани. Наконецъ, при гонорреѣ (трипперѣ), какъ мы уже говорили, поражается также уретра и одна изъ бартолиновыхъ железъ, и появляются очень обильныя гнойныя выдѣленія.

Симптомы и теченіе. При воспалительномъ состояніи наружныхъ половыхъ частей больныя жалуются на боли, чувство жженія и зудъ; при ходьбѣ эти неприятныя ощущенія усиливаются. Всѣ формы воспаленія сопровождаются отдѣленіемъ болѣе или менѣе обильнаго секрета, лихорадка же наблюдается только при флегмонѣ или гнойномъ бартолинитѣ, осложняющемъ перелойный вульвитъ. При этомъ послѣднемъ субъективныя ощущенія больныхъ становятся особенно рѣзкими, такъ что въ первые дни онѣ не могутъ ходить и не выносятъ прикосновенія къ наружнымъ половымъ частямъ. Черезъ 3—4 дня эти явленія обыкновенно ослабѣваютъ. При переходѣ воспаленія на уретру появляются частые позывы на мочу съ болью и рѣзью, и показываются гнойныя выдѣленія изъ мочеиспускательнаго

канала, каковое состояніе держится обыкновенно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, а въ рѣдкихъ случаяхъ принимаетъ даже хроническое теченіе. Другой спутникъ триппера—гнойный бартолинитъ оканчивается нерѣдко образованіемъ большого нарыва, величиною отъ куриного яйца до кулака.

Теченіе флегмонозныхъ вульвитовъ зависитъ отъ основной болѣзни, катарръ же наружныхъ половыхъ органовъ при устраненіи причины заболѣванія имѣетъ обыкновенно благоприятный исходъ, въ противномъ случаѣ онъ принимаетъ хроническій характеръ.

Распознаваніе ставится на основаніи вышеуказанныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій и симптомовъ.

Леченіе. При остромъ катаррѣ, кромѣ устраненія причины заболѣванія, необходимо прежде всего соблюденіе чистоты (сидячія ванны) и покой. Затѣмъ примѣняютъ свинцовую примочку и различныя обеззараживающія обмыванія (сулема 1 на 1000, 3% карболовая кислота и т. д.).

Хроническій катарръ вульвы требуетъ болѣе энергичныхъ мѣръ: нужно сбрить волосы на половыхъ частяхъ, основательно вымыть ихъ мыломъ, а затѣмъ опять-таки обеззараживающія обмыванія. Полезнымъ также оказывается смазываніе 10% растворомъ *argenti nitrici* или 5% растворомъ *cupri sulfurici*. Симптоматически (противъ зуда) примѣняютъ прикладываніе наркотическихъ растворовъ или мази съ прибавленіемъ 5% *sosaini muriatici*; при флегмонозныхъ воспаленіяхъ и гангренозномъ распадѣ леченіе сводится, главнымъ образомъ, къ удаленію омертвѣвшихъ частей, примѣненію каленаго желѣза, энергичному обеззараживанью и наложенію іодоформной повязки.

Леченіе гонорройнаго вульвита будетъ рассмотрѣно въ особой главѣ о переломѣ.

Зудъ наружныхъ половыхъ частей (*pruritus vulvae, vulvitis pruriginosa*).

Зудъ наружныхъ половыхъ частей является однимъ изъ симптомовъ вульвита, но иногда онъ встрѣчается, какъ совершенно самостоятельное заболѣваніе, въ особенности у женщинъ тучныхъ и при наступленіи климактерическаго періода. Чаше всего зудъ наружныхъ половыхъ органовъ зависитъ отъ дѣйствія на нихъ жидкихъ выдѣленій, происходящихъ изъ полости матки или влагалища. Далѣе зудъ обуславливается ненормальными свойствами мочи: онъ является однимъ изъ постоянныхъ и раннихъ симптомовъ сахарной болѣзни у женщины, иногда же признакомъ этимъ сопровождается

хроническое воспаленіе почекъ. Наконецъ, зудомъ нерѣдко страдаютъ нечистоплотныя женщины отъ присутствія паразитовъ (*pediculi pubis*) или же отъ развитія различныхъ сыпей на наружныхъ половыхъ частяхъ.

Патологическая анатомія. На наружныхъ половыхъ органахъ при осмотрѣ находятъ слѣды сильныхъ расчесовъ въ видѣ покрытыхъ струпьями трещинъ или въ видѣ сильно гиперемированныхъ участковъ и даже открытыхъ ранъ. Въ затыжныхъ случаяхъ всѣ кожные покровы вульвы представляются сухими, истонченными и сморщенными вслѣдствіе атрофіи, такъ что большія срамныя губы постепенно уплощаются, малыя же почти совсѣмъ исчезаютъ.

Эта преждевременная атрофія наружныхъ половыхъ частей получила названіе „*scraurosis vulvae*“.

Симптомы и теченіе. Большой частью зудъ появляется приступами, въ особенности ночью, въ постели, и сопровождается иногда сильнымъ половымъ возбужденіемъ. Ощущеніе зуда вызываетъ неудержимое желаніе чесать свои наружныя части; въ тяжелыхъ случаяхъ появляются бессонница, неврастенія и упадокъ питанія.

Распознаваніе болѣзни, конечно, нетрудно. Важно только выяснить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ причину появленія зуда, при чемъ всегда нужно помнить о сахарномъ мочеизнуреніи, діагнозъ котораго можетъ быть поставленъ на основаніи анализа мочи.

Предсказаніе. Если причиной зуда является какое-нибудь мѣстное раздраженіе, отъ чего бы послѣднее ни зависѣло, то прогнозъ благоприятенъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ предсказаніе сомнительно.

Леченіе. Терапія прежде всего должна быть направлена противъ причины заболѣванія (сахарное мочеизнуреніе, вульвитъ, нечистоплотность и т. д.). Необходима строжайшая опрятность: наружныя половыя части и влагалище ежедневно очищаютъ мыломъ и теплой водой, а затѣмъ обмываютъ 3% растворомъ карболовой кислоты, которая одновременно притупляетъ и чувствительность. Симптоматически примѣняются прохладныя сидячія ванны, хлороформныя втиранія, прижиганіе ляписомъ, кокаиновая мазь и ментоль. У исхудалыхъ и нервныхъ больныхъ нужно обратить вниманіе на общее состояніе: предписываютъ соотвѣтствующій режимъ, назначаютъ мышьякъ, желѣзо и бромъ. Въ упорныхъ случаяхъ, принимающихъ затыжное теченіе, а также при *scraurosis vulvae* назначается обмываніе наружныхъ половыхъ частей дегтярнымъ мыломъ, прижиганіе ляписомъ, смазываніе іодомъ или 10% растворомъ карболки въ прованскомъ маслѣ и т. д. Если всѣ эти мѣры оказываются недостаточными, то остается еще

оперативное удаленіе тѣхъ участковъ кожи, въ которыхъ держит- ся зудъ, что даетъ иногда хорошіе результаты. Техника операціи весьма проста: вокругъ пораженнаго участка проводится разрѣзъ, а затѣмъ отсепаровываютъ его въ видѣ лоскута, послѣ чего рана сши- вается.

Старые разрывы промежности.

Разрывы промежности большей частью происходятъ во время ро- довъ. Если разрывъ не зажилъ послѣ наложенія швовъ или вообще не былъ зашитъ, то онъ заживаетъ путемъ образованія грануляцій, при чемъ остается дефектъ, вслѣдствіе котораго половая щель пред- ставляется въ видѣ зіяющаго отверстія. Такіе разрывы промежности

называются „старыми“, въ отличіе отъ свѣжихъ разрывовъ, съ которыми мы имѣемъ дѣло послѣ родовъ.

Различаютъ полный и неполный разрывъ промежности: при послѣд- немъ разрывъ доходитъ только до сфинктера пря- мой кишки и ея передней стѣнки; при полномъ же разрывѣ разорванъ также и сфинктеръ вмѣстѣ съ ки- шечной стѣнкой (см. рис.15).

Разстройства, вызы- ваемая разрывомъ, обусло- вляются тѣмъ обстоятель- ствомъ, что благодаря зія- нію половой щели нижняя часть влагалища становится доступной для воздуха и бактерій. Въ результатѣ

появляется катарръ влагалища, а затѣмъ и матки. Кро- мѣ того, разрывы промежности въ связи съ другими моментами да- ютъ поводъ къ выпаденію влагалища. Все сказанное относит- ся только къ неполнымъ разрывамъ; при полныхъ ко всему этому прибавляется еще *incontinentia alvi* (недержаніе кала).

Леченіе. Всякій, даже незначительный разрывъ промежности, если только онъ причиняетъ какія-нибудь разстройства, требуетъ опе-

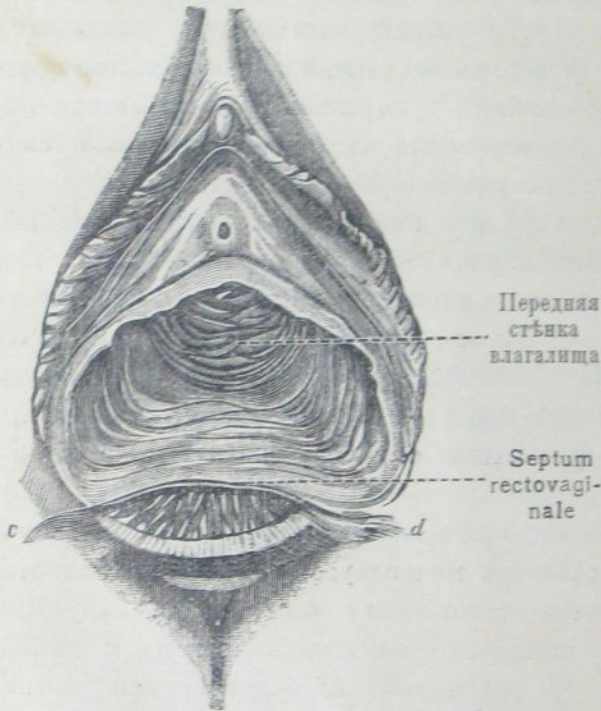


Рис. 15.—Полный разрывъ промежности. с и d—конечныя точки разорваннаго сфинктера.

появляется катарръ влагалища, а затѣмъ и матки. Кро- мѣ того, разрывы промежности въ связи съ другими моментами да- ютъ поводъ къ выпаденію влагалища. Все сказанное относит- ся только къ неполнымъ разрывамъ; при полныхъ ко всему этому прибавляется еще *incontinentia alvi* (недержаніе кала).

Леченіе. Всякій, даже незначительный разрывъ промежности, если только онъ причиняетъ какія-нибудь разстройства, требуетъ опе-

ративнаго леченія, которое сводится къ восстановленію нормальныхъ отношеній. Сущность операціи, извѣстной подъ названіемъ перинеоррафіи (*perinaeorrhaphia* *), состоитъ въ томъ, что разорванныя части освѣжаются, а затѣмъ соединяются швами. Всякій разрывъ промежности есть влагалищно-промежностный разрывъ, слѣдовательно, при перинеоррафіи приходится освѣжать, во-первыхъ, заднюю стѣнку влагалища (въ нижней ея части), а во-вторыхъ, область разорванной промежности; швы также накладываются, какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны промежности, а при полныхъ разрывахъ еще, кромѣ того, и со стороны прямой кишки.

Практически въ настоящее время предложено много способовъ для производства перинеоррафіи, но мы изложимъ здѣсь только два наиболѣе употребительныхъ метода, а именно способъ Негар'а и способъ Lawson-Tait'a.

Передъ операціей, по какому бы способу она ни производилась, требуется особое подготовленіе больной, которое состоитъ въ томъ, что послѣдней два дня подъ рядъ даютъ касторовое масло (ежедневно по $1\frac{1}{2}$ —2 столовыхъ ложки), а вечеромъ наканунѣ операціи еще ставятъ, кромѣ того, клизму. Пища—жидкая. За день до операціи больная принимаетъ ванну, при чемъ наружныя половыя части и влагалище тщательно обмываются мыломъ, а волосы на лобкѣ сбриваютъ.

Операцію лучше производить подъ хлороформомъ, хотя нѣкоторые предпочитаютъ мѣстное обезболиваніе кокаиномъ вмѣстѣ съ адреналиномъ. Передъ наркозомъ уже на самомъ операціонномъ столѣ основательно обмываютъ мыломъ наружныя половыя части, а затѣмъ обтираютъ ихъ эфиромъ и сулемой **). Влагалище также очищается ватными шариками, смоченными въ сулемѣ **), а прямая кишка тщательно промывается растворомъ борной кислоты.

Инструменты обезпложиваютъ вывариваніемъ въ 1⁰/₀ растворѣ соды; шелкъ для швовъ кипятятъ въ 5⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа; перевязочный матеріалъ, употребляемый во время и послѣ операціи, долженъ быть стерилизованъ.

Когда больная захлороформирована, ей даютъ горизонтальное положеніе на спинѣ съ притянутыми къ животу ногами, согнутыми въ колѣняхъ, при чемъ ягодицы находятся у края операціоннаго стола, и приступаютъ къ операціи. Мы излагаемъ два основныхъ метода перинеоррафіи:

*) *Perinaeorrhaphia*—восстановленіе промежности.

***) 1 : 1000.

1) Способъ Негарга.—По этому способу пулевыми щипцами захватывается посрединѣ задняя стѣнка влагалища, нѣсколько выше начала ея разрыва. Отъ этой точки дѣлають два боковыхъ разрѣза, достигающихъ до мѣста соединенія малыхъ губъ съ большими. Затѣмъ около anus'a, на границѣ существующаго рубца, дѣлають поперечный разрѣзъ, который дугообразно продолжаютъ въ обѣ стороны до встрѣчи съ конечными точками предыдущихъ двухъ разрѣзовъ. Такимъ образомъ, образуется треугольный лоскутъ, который отсепаровывается отъ подлежащей ткани, а полученный дефектъ сшивается, при чемъ сначала накладываются швы влагалищные, а потомъ со стороны промежности.

При полномъ разрывѣ промежности освѣженіе производится такимъ же образомъ, съ той только разницей, что послѣ отсепаровки лоскута нижній край будетъ представлять собой вырѣзку вслѣдствіе разрыва передней стѣнки прямой кишки. При наложеніи швовъ нужно сначала соединить разорванные края кишечной стѣнки. Съ этой цѣлью вкалываютъ иглу, отступя на нѣсколько миллиметровъ отъ края и, не захватывая слизистой оболочки кишки, выкалываютъ иглу у самаго края разрыва; далѣе вкалываютъ иглу у другого края разрыва и опять-таки, не захватывая слизистой оболочки, выкалываютъ иглу, отступя на нѣсколько миллиметровъ отъ края, послѣ чего шовъ затягивается. Такимъ образомъ, послѣ наложенія всѣхъ швовъ слизистая оболочка будетъ свѣшиваться съ передней стѣнки кишки въ видѣ валика, и, такъ какъ швы находятся внѣ слизистой, то они не будутъ инфицироваться со стороны прямой кишки—основная цѣль описаннаго способа. Когда цѣлость кишечной стѣнки восстановлена, накладываютъ швы со стороны влагалища и промежности, какъ это было уже изложено. Перейдемъ теперь къ другому методу, которымъ можетъ быть произведена перинеоррафія.

2) Способъ Lawson-Tait'a. Способъ этотъ особенно пригоденъ при неполныхъ разрывахъ и состоитъ въ слѣдующемъ: посрединѣ между входомъ во влагалище и заднимъ проходомъ проводятъ поперечный разрѣзъ, отъ краевъ котораго ведутъ справа и слѣва два продольныхъ разрѣза вверхъ до основанія малыхъ губъ. Затѣмъ захватываютъ пинцетомъ заднюю стѣнку влагалища на мѣстѣ поперечнаго разрѣза и, приподнимая ее кверху, постепенно отдѣляютъ ножомъ влагалище отъ прямой кишки на глубину 1—2 поперечныхъ пальцевъ. Теперь растягиваютъ всю рану и сшиваютъ ее въ поперечномъ направленіи швами. При способѣ Lawson-Tait'a освѣженіе, слѣдовательно, достигается безъ всякой потери ткани.

Когда операция по тому или другому способу окончена, промежность закрывают куском стерильной марли и связывают бедра больной.

Операция, произведенная умѣлыми руками, даетъ прекрасный результатъ. Необходимо, однако, еще правильный послѣдовательный уходъ: больная получаетъ первые дни (до испражненія) только жидкую пищу; на 4-й день даютъ касторовое масло и при первомъ позывѣ на низъ ставятъ клизму, чтобы размягчить калъ и предупредить натуживаніе, такъ какъ иначе рана можетъ разойтись. Послѣ перваго стула ежедневно (до удаленія промежностныхъ швовъ) ставятъ клизму. Мочиться больная должна сама, только первые дни иногда нельзя обойтись безъ катетеризаціи. Швы съ промежности удаляются на 6-й день, а со стороны влагалища на 14-й день, послѣ чего больная можетъ встать съ постели.

Новообразованія наружныхъ половыхъ частей.

1. Папилломы (острия кондиломы). Это—остроконечныя образованія въ видѣ сосочковъ, расположенныхъ отдѣльно или группами у влагалищнаго входа, на промежности и срамныхъ губахъ (большихъ и малыхъ). Развиваются папилломы, главнымъ образомъ, при гонорреѣ, но иногда ихъ разращенію способствуетъ также беременность или частыя раздраженія наружныхъ половыхъ частей, какъ это бываетъ особенно часто у проститутокъ. Кондиломы даютъ обильное отдѣленіе, которое при недостаточной опрятности получаетъ дурной запахъ и вызываетъ раздраженіе наружныхъ половыхъ частей.

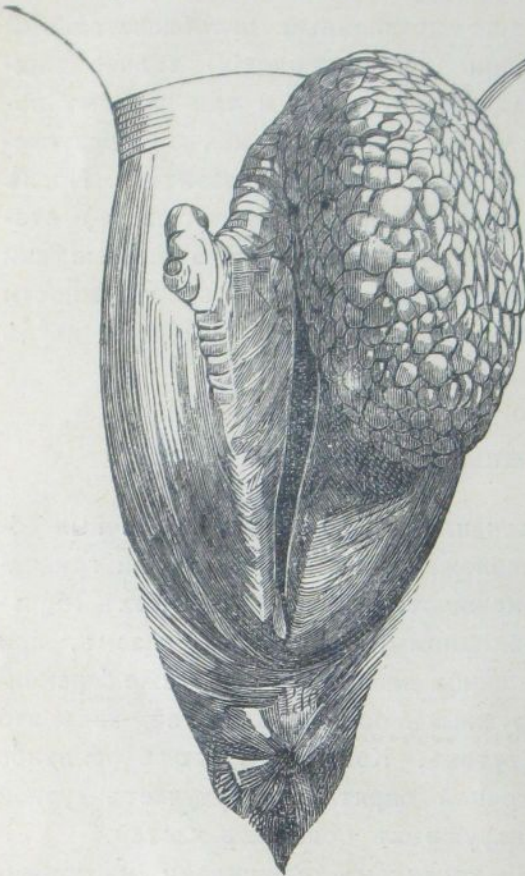
Леченіе состоитъ въ удаленіи кондиломъ ножницами и прижиганіи образовавшейся раны каленымъ желѣзомъ.

2. Слоновое перерожденіе наружныхъ половыхъ частей (elephantiasis) (рис. 16). Это заболѣваніе состоитъ въ гиперплазіи подкожной клѣтчатки и кожи, вслѣдствіе чего образуются большія опухоли. Болѣзнь встрѣчается, главнымъ образомъ, въ южныхъ странахъ и обуславливаетъ собой зудъ, чувство тяжести, неловкость въ движеніяхъ; кромѣ того, слоновое перерожденіе препятствуетъ совокупленію. Причину заболѣванія приписываютъ механическому раздраженію, рукоблудію, а главнымъ образомъ сифилису. Леченіе состоитъ въ оперативномъ удаленіи опухоли.

3. Кисты. Чаще всего встрѣчаются ретенціонныя кисты Бартолиновыхъ железъ, обуславливаемыя закупоркой ихъ выводнаго протока и застоємъ секрета, благодаря чему образуется опухоль величиною отъ голубиного до куриного яйца. Леченіе состоитъ

въ оперативномъ удаленіи опухоли, послѣ чего рана закрывается швами.

4. Фибромы и липомы встрѣчаются рѣдко. Новообразования эти могутъ достигать громадной величины и вѣса (до 10 фунтовъ и



больше), обуславливая благодаря такому объему значительное неудобство для больной. Лечение состоитъ въ оперативномъ удаленіи опухоли; если послѣдняя сидитъ на ножкѣ, таковую перевязываютъ и перерѣзаютъ; въ противномъ случаѣ опухоль вылушаютъ изъ окружающей ткани, а рану затѣмъ зашиваютъ.

5. Ракъ. Раковый процессъ можетъ распространиться на всѣ части наружныхъ половыхъ органовъ, но щадитъ нерѣдко мочеиспускательный каналъ и почти всегда влагалище. Вначалѣ больныя жалуются только на зудъ въ половыхъ частяхъ, но въ дальнѣйшей стадіи, при распаденіи рака, появляется серозно-кровоянистое отдѣле-

Фиг. 16.—Слоновое перерожденіе малыхъ срамныхъ губъ.

ніе, которое при нечистомъ содержаніи быстро становится ихорознымъ. При дальнѣйшемъ распространеніи процесса въ глубину появляются боли, и больныя, наконецъ, погибаютъ отъ истощенія. Предсказаніе неблагоприятно даже въ случаѣ ранняго оперированія. Лечение: когда раковая опухоль еще можетъ быть отграничена и не сраслась съ костью, необходимо произвести коренную операцію, которой можно продлить жизнь больной. Если же опухоль удалить цѣликомъ уже нельзя, то ограничиваются только симптоматическимъ леченіемъ, при чемъ, главнымъ образомъ, заботятся объ обеззараживаніи отдѣлений, крайне неприятныхъ для больныхъ.

6. Саркома наружныхъ половыхъ частей чрезвычайно злокачественна, но встрѣчается, къ счастью, рѣдко. Опухоль растетъ очень

быстро, рано даетъ метастазы и скоро ведетъ къ смерти. Единственный способъ леченія—операция, но она обыкновенно оказывается уже бесполезной.

Боль копчика (coccygodynia).

Какъ показываетъ само названіе, подъ „кокцигодиніей“ подразумеваютъ боль въ области копчика, которая появляется у женщины чаще всего въ сидячемъ положеніи и рѣже при ходьбѣ, испражненіи и т. д.

Этіологія болѣзни еще недостаточно выяснена. По большей части имѣется дѣло съ невралгіей крестцовыхъ нервовъ или же съ воспаленіемъ копчиковаго сочлененія, при чемъ случаи второй категоріи бываютъ обыкновенно болѣе тяжелаго характера. Кромѣ того, кокцигодинія обуславливается иногда общей неврастеніей или же искривленіемъ матки назадъ.

Теченіе болѣзни различное: иногда она очень упорна, иногда же проходитъ безъ всякаго леченія.

Леченіе. Если имѣется неврастенія или ретрофлексія матки (искривленіе назадъ), то нужно прежде всего направить леченіе противъ той или другой. При невралгической формѣ кокцигодиніи приносятъ пользу массажъ черезъ прямую кишку, фарадическій токъ и различныя т. н. нервныя средства: aspirin по 0,5 или pyramidon по 0,3 нѣсколько разъ въ день и т. д. При воспаленіи копчиковаго сочлененія также пробуютъ сначала только что указанныя средства, если же они не помогаютъ, то производятъ подкожное отдѣленіе копчика отъ крестца посредствомъ тенотома или даже прибѣгаютъ къ полному удаленію копчика. Операции эти, впрочемъ, примѣняются очень рѣдко.

Болѣзни влагалища.

Недостатокъ развитія, суженіе и заращеніе рукава *).

Зачаточное развитіе влагалища или даже полное его отсутствіе встрѣчается чаще всего вмѣстѣ съ недоразвитіемъ матки. Порокъ этотъ, конечно,—врожденный, въ отличіе отъ ниже описываемыхъ суженія и заращенія рукава, которыя могутъ быть, какъ врожденными, такъ и приобретенными.

*) Остальные пороки развитія влагалища будутъ изложены вмѣстѣ съ пороками развитія матки.

Врожденное сужение влагалища (*stenosis vaginae*) и заращение его (*atresia vaginae*) могут касаться только нижней части рукава, или же они простираются выше, даже во всю длину его, при чемъ всѣ эти формы комбинируются обыкновенно съ тѣмъ или другимъ порокомъ въ развитіи матки.

Напротивъ, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ сужение или заращение рукава является приобрѣтеннымъ, измѣненія эти встрѣчаются совершенно самостоятельно, будучи обусловливаемы рубцовымъ воспаленіемъ влагалища при какой-нибудь инфекціонной болѣзни въ дѣтскомъ возрастѣ или такимъ же воспаленіемъ рукава послѣ тяжелыхъ родовъ или случайныхъ пораненій. Что мы имѣемъ дѣло именно съ приобрѣтеннымъ порокомъ, а не врожденнымъ, доказываетъ присутствіе въ такихъ случаяхъ на мѣстѣ суженія или заращенія плотной рубцовой ткани.

Главнымъ послѣдствіемъ описанныхъ пороковъ развитія будетъ препятствіе къ выходу мѣсячныхъ кровей изъ полости матки; препятствіе это можетъ быть абсолютнымъ (при атрезіи и полномъ отсутствіи рукава) или же только относительнымъ (при стенозѣ влагалища). Если при суженномъ влагалищѣ еще возможно выдѣленіе менструальной крови, то при атрезіи и полномъ отсутствіи рукава кровь эта должна скопляться въ маткѣ, что влечетъ за собой постепенное образованіе „гематометры“ (*haematometra*—маточная кровяная опухоль). Здѣсь мы, однако, послѣдней разсматривать не будемъ, такъ какъ это будетъ сдѣлано нами въ особой главѣ. Скажемъ только, что образованіе гематометры мыслимо, разумѣется, лишь при правильной функціи внутреннихъ половыхъ органовъ.

Другимъ послѣдствіемъ описываемыхъ нами пороковъ являются неправильныя половыя сношенія, а иногда даже полная невозможность послѣднихъ, вслѣдствіе вызываемыхъ ими болѣе или абсолютныхъ препятствій для *coitus'a*.

Наконецъ, при наступленіи зачатія, возможнаго, конечно, только при стенозѣ рукава и невозможнаго при остальныхъ порокахъ, суженное влагалище можетъ явиться очень серьезнымъ препятствіемъ во время родового акта, такъ что дѣло можетъ въ такомъ случаѣ даже окончиться разрывомъ мягкихъ родовыхъ путей. Единственное спасеніе при угрожающемъ разрывѣ—кесарское сѣченіе.

Леченіе. При зачаточномъ развитіи влагалища, полномъ отсутствіи его и полномъ заращеніи возстановленіе рукава невозможно. Послѣднее можетъ удалиться только при частичной атрезіи влагалища и при его суженіи. Главная цѣль операціи—дать выходъ скопившейся въ маткѣ крови. Съ этой цѣлью при атрезіи влагалища сперва

дѣлають поперечный разрѣзъ на мѣстѣ сращенія, а затѣмъ тупымъ путемъ прокладываютъ себѣ путь до того мѣста, гдѣ ясно ощущается зыбленіе кровяной опухоли. Здѣсь дѣлается проколъ троакаромъ, и осторожно выпускается содержимое матки. При стенозѣ рукава приходится суженныя мѣста разрѣзать ножомъ или ножницами, но этого мало, такъ какъ на мѣстѣ разрѣзовъ образуются рубцы, и стенозъ очень скоро возникаетъ вновь. Для предупрежденія такого рецидива совѣтуютъ производить вшиваніе кожныхъ лоскутовъ въ области произведенныхъ разрѣзовъ, при чемъ кожа можетъ быть отсепарована съ большой губы или промежности.

Воспаленіе слизистой оболочки влагалища (vaginitis, colpitis).

Этіологія. Всякій вагинитъ развивается вслѣдствіе зараженія микроорганизмами, изъ которыхъ наиболѣе опаснымъ является гонококкъ—возбудитель перелоя. Микробы могутъ попасть во влагалище при половомъ сношеніи (главнымъ образомъ, гонококки), рукоблудіи, изслѣдованіи, при оперативномъ вмѣшательствѣ и при введеніи въ рукавъ пессаріевъ и тампоновъ. Воспаленіе можетъ также распространиться на влагалище съ наружныхъ половыхъ частей или же сверху при катаррахъ матки, распавшихся раковыхъ новообразованіяхъ или мочевыхъ свищахъ.

Патологическая анатомія. Различаютъ нѣсколько формъ воспаленія, отъ которыхъ и зависятъ анатомическія измѣненія во влагалищѣ. Самой простой и наименѣе серьезной формой воспаленія будетъ обыкновенный катарръ влагалища, который характеризуется гипереміей и припухlostью слизистой оболочки, слущиваніемъ эпителія и выступленіемъ лейкоцитовъ; поверхность влагалища покрыта слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ.

Всѣ эти измѣненія, но въ гораздо болѣе рѣзкой формѣ, мы будемъ имѣть при гонорройномъ кольпитѣ (colpitis gonorrhoeica), при чемъ вмѣстѣ съ послѣднимъ въ такомъ случаѣ наблюдается также пораженіе маточной шейки, мочеиспускательнаго канала и Бартолиновыхъ железъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи выдѣленій констатируется возбудитель воспаленія—гонококкъ Neisser'a.

Крупозный или дифтеритическій вагинитъ характеризуется тѣмъ, что воспаленные участки покрываются налетами, при чемъ процессъ часто принимаетъ тяжелое теченіе, оканчивается омертвѣніемъ пораженныхъ мѣстъ и оставляетъ послѣ себя обширныя измѣненія съ суженіемъ и даже заращеніемъ влагалищной трубки. Наблюдается крупозный вагинитъ въ молодомъ возрастѣ при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (тифъ, оспа, скарлатина и т. д.).

Наконецъ, особый видъ воспаленія влагалища представляетъ собой слипчивый или старческій вагинитъ (*colpitis adhaesiva s. senilis*). Первое названіе дано потому, что заболѣваніе оканчивается обыкновенно слипаніемъ влагалищныхъ стѣнокъ съ влагалищной частью матки. Что же касается второго названія („старческій“), то оно указываетъ на то, что процессъ этотъ почти исключительно встрѣчается въ преклонномъ возрастѣ, когда влагалище пребываетъ въ покоѣ—необходимое условіе для того, чтобы слипаніе могло произойти. Слипчивый вагинитъ наблюдается очень часто, но протекаетъ обыкновенно безъ всякихъ непріятныхъ явленій.

Симптомы и теченіе. Простой катарръ влагалища и гонорройный кольпитъ даютъ въ общемъ одинаковую клиническую картину; различіе заключается только въ томъ, что при послѣднемъ всѣ симптомы выражены болѣе рѣзко. Начинается болѣзнь общимъ недомоганіемъ, иногда вмѣстѣ съ повышеніемъ температуры. Больныя жалуются на боли внизу живота, частые позывы на мочу и рѣзь при мочеиспусканіи. Изъ влагалища появляются слизисто-гнойныя выдѣленія, раздражающія наружныя половыя части и вызывающія въ нихъ ощущеніе жженія, боли и зудъ. При надлежащемъ леченіи всѣ описанные симптомы довольно скоро проходятъ, и только при перелойномъ воспаленіи еще долго остается упорный катарръ маточной шейки—обычный спутникъ гонорройнаго кольпита (см. выше). Иногда, однако, вся болѣзнь уже съ самаго начала принимаетъ хроническое теченіе, и въ этомъ случаѣ главнымъ симптомомъ будутъ болѣе или менѣе обильныя „бѣли“ (*fluor albus*), т.-е. слизисто-гнойныя выдѣленія изъ влагалища. Но чистый хроническій вагинитъ—явленіе крайне рѣдкое: онъ комбинируется обыкновенно съ катарральнымъ воспаленіемъ шейки, откуда и происходитъ, главнымъ образомъ, истеченіе бѣлей.

Крупозный или дифтеритическій вагинитъ является, какъ мы говорили, осложненіемъ при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Онъ сопровождается, хотя и не всегда, вонючими, ихорозными отдѣленіями, появленіе которыхъ требуетъ самаго серьезнаго вниманія, такъ какъ гангренозные процессы во влагалищѣ при инфекціонныхъ болѣзняхъ часто просматриваются и узнаются только много мѣсяцевъ или лѣтъ спустя по вышеуказаннымъ тяжелымъ послѣдствіямъ.

Слипчивый кольпитъ—обычное явленіе въ преклонномъ возрастѣ. Непріятныхъ симптомовъ онъ почти никогда не вызываетъ, если не считать скудныхъ, желтоватаго цвѣта выдѣленій.

Распознаваніе болѣзни ставится на основаніи осмотра влагалища при помощи зеркалъ и затрудненій собой не представляетъ.

Гораздо труднѣе бываетъ иногда установить этиологію кольпита, что особенно важно при гонорройномъ воспаленіи. Тутъ обязательно микроскопическое изслѣдованіе отдѣленій, но при хронической формѣ въ нихъ не всегда находятъ гонококкъ Neisser'a. Тогда руководствуются тѣмъ, что при гонорреѣ вмѣстѣ съ влагалищемъ обыкновенно бываютъ поражены каналъ шейки, уретра и Бартолиновы железы.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благопріятно. Исключеніе представляетъ собой только хроническій гонорройный кольпитъ, такъ какъ воспаленіе переходитъ въ концѣ концовъ на матку и ея придатки со всѣми послѣдствіями этого тяжелаго заболѣванія.

Леченіе должно быть прежде всего направлено къ устраненію причины заболѣванія. Въ острыхъ случаяхъ на первомъ планѣ—чистота и покой. Мѣстно примѣняются свѣчи съ іодоформомъ, кокаиномъ и опиѣмъ. Въ хроническихъ случаяхъ назначаются для ограниченія бѣлей различныя спринцеванія, напримѣръ: *Zincum chloratum*, *Zincum sulfo-carbolicum*, *Kal. hypermanganicum*, *Acidum tannicum* и т. д. или лекарственные тампоны съ противогнилостными (напр., іодоформомъ) или вяжущими (напр., танниномъ, квасцами и т. д.) веществами. При гангренозныхъ процессахъ умѣстны тампоны, пропитанные 2% растворомъ уксуснокислаго глинозема, а при старческомъ кольпитѣ, если только онъ сопровождается отдѣленіями, лучше всего дѣйствуютъ спринцеванія изъ древеснаго уксуса.

Вагинизмъ.

Подъ вагинизмомъ подразумѣваютъ гиперестезію гимена и вульвы, сопряженную съ рефлекторными сокращеніями *m. constrictoris cunni*, *sphincteris et levatoris ani* и мышцъ промежности. Встрѣчается эта болѣзнь, главнымъ образомъ, у женщинъ, вышедшихъ недавно замужъ. Онѣ обращаются въ такомъ случаѣ къ врачу съ жалобой на рѣзкія боли, получающіяся у нихъ при всякой попыткѣ къ *coitus'u*, отъ котораго онѣ въ концѣ концовъ принуждены бываютъ отказаться.

Изслѣдованіе больной, страдающей вагинизмомъ, представляетъ не легкую задачу: при малѣйшей попыткѣ врача дотронуться пальцемъ до гимена или до вульвы, больная начинаетъ испытывать сильныя боли. Если, однако, путемъ долгихъ убѣжденій удастся уговорить больную сдѣлать надъ собой усиліе и позволить намъ ввести во влагалище палець, то мы ясно чувствуемъ сокращеніе *m. constrictoris cunni*, *sphincteris et levatoris ani*. Гимень при изслѣдованіи оказывается по большей части неповрежденнымъ, и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ можно констатировать на немъ небольшіе надрывы.

Этиологія вагинизма выяснена еще недостаточно. Большинство гинекологовъ приходитъ къ заключенію, что на первомъ мѣстѣ нужно

поставить чрезмѣрную раздражительность гимена, хотя допускаютъ, что и мелкія поврежденія вульвы, получающіяся при coitus'ѣ, также могутъ играть роль въ этиологіи вагинизма. Въ свою очередь, и гиперестезія гимена можетъ быть первичной, или же на нее можно смотрѣть, какъ на результатъ неудачныхъ попытокъ къ половому сношенію, что также еще не вполне ясно. Во всякомъ случаѣ можно отмѣтить, что истерическая конституція больной нерѣдко является моментомъ, предрасполагающимъ къ вагинизму.

Леченіе вагинизма ограничивается въ легкихъ случаяхъ лишь наставленіями относительно выполненія coitus'a (смазываніе penis'a какимъ-нибудь жиромъ, осторожное введеніе его во влагалище, приподнятое положеніе таза у женщины). Если указанныхъ наставленій оказывается недостаточно, то примѣняютъ введеніе во влагалище трубчатыхъ зеркалъ все возрастающей толщины сначала послѣ предварительнаго смазыванія гимена 5⁰/₀ растворомъ кокаина, а затѣмъ и безъ этого. Наконецъ, если и расширеніе это не даетъ благопріятнаго результата, то наилучшимъ средствомъ является изсѣченіе гимена. Операция производится подъ наркозомъ, при чемъ дѣвственная плева обрѣзывается кругомъ у основанія вплоть до отверстія уретры, а края раны соединяются нѣсколькими швами.

Рукавные свищи.

Подъ именемъ рукавныхъ свищей подразумѣвается неестествен-

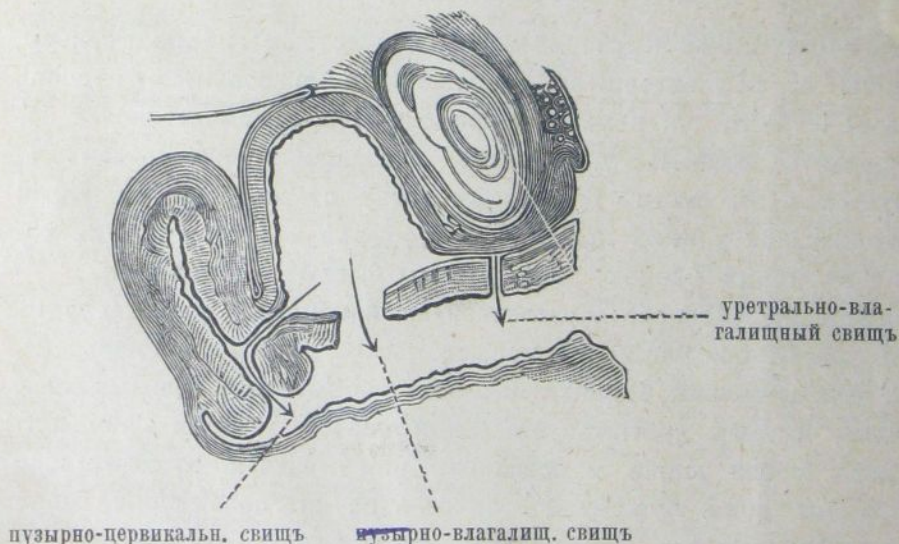


Рис. 17.—Различные виды мочевыхъ свищей.

ное сообщеніе между влагалищемъ и мочевымъ пузыремъ (пузырно-влагалищный свищъ) (рис. 17) или между влагалищемъ и ки-

шечникомъ (кишечно-влагалищный свищъ*). Большинство свищей образуется во время родовъ вслѣдствіе продолжительнаго сдавленія мягкихъ частей, при чемъ послѣднія подвергаются омертвѣнію или же воспаленію съ послѣдовательнымъ нагноеніемъ и прободеніемъ. Условія такого сдавленія даны при несоотвѣтствіи размѣровъ таза съ размѣрами головки, при долго продолжающихся родахъ, при лицевомъ предлежаніи плода и т. д. Гораздо рѣже причиною свищей являются травматическія поврежденія, гнойники, вскрывающіеся сразу въ мочевой пузырь и въ рукавъ или въ послѣдній и въ кишечникъ, распаденіе злокачественныхъ новообразованій, находящихся на разгораживающей стѣнкѣ и т. д.

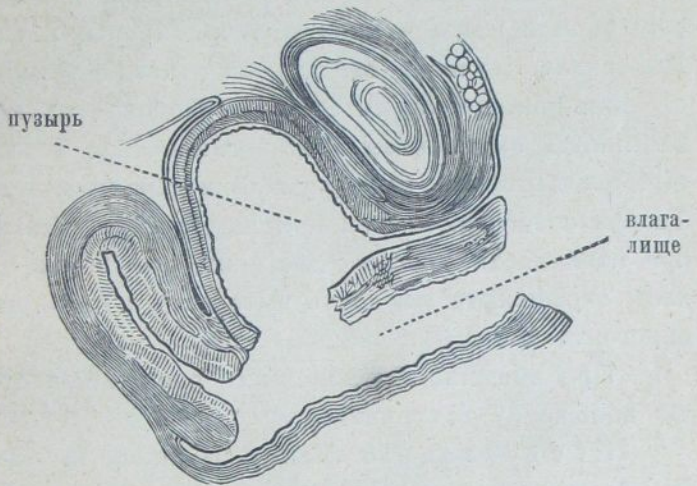


Рис. 18.—Пузырно-маточно-влагалищный свищъ. Передняя губа маточнаго зѣва разрушена.

Наиболѣе важнымъ явленіемъ при пузырно-влагалищномъ свищѣ является непроизвольное выдѣленіе мочи черезъ влагалище. Вслѣдствіе раздраженія мочей возникаютъ изъязвленія наружныхъ половыхъ частей, внутреннихъ поверхностей бедеръ и ягодицъ. Регулы прекращаются, хотя причина этого явленія и неизвѣстна; способность къ зачатію по большей части пропадаетъ. Въ концѣ концовъ начинается страдать и общее состояніе больной.

Что касается кишечно-влагалищныхъ свищей, то главнымъ симптомомъ при нихъ является выдѣленіе газовъ и жидкихъ каловыхъ массъ во влагалище.

Распознаваніе рукавныхъ свищей не трудно. Болѣе крупныя можно ощупать пальцемъ, мелкіе же свищи удастся осмотрѣть при расправленіи влагалищныхъ стѣнокъ зеркалами. При пузырно-влага-

*) Пузырно-влагалищный и кишечно-влагалищный свищъ встрѣчаются чаще всего, но, кромѣ нихъ, наблюдаются еще пузырно-цервикальный свищъ, уретрально-влагалищный свищъ, мочеточнико-влагалищный и мочеточнико-маточный свищъ. (рис. 17 и 18).

лищномъ свищѣ можно облегчить себѣ отысканіе послѣдняго, если ввести въ мочевоі пузырь катетеръ и стараться затѣмъ проникнуть имъ черезъ свищъ во влагалище, навстрѣчу введеннымъ туда пальцамъ.

Иногда, однако, свищъ (пузырно-влагалищный) бываетъ настолько скрытъ или малъ, что указанными способами его отыскать не удается. Въ такихъ случаяхъ вводятъ въ мочевоі пузырь катетеръ, соединяютъ его при помощи кишки съ ирригаторомъ, въ которомъ находится какая-нибудь окрашенная противогнилостная жидкость (напримѣръ, слабый растворъ *kalii permanganici*), и наполняютъ этой послѣдней пузырь. Теперь оттягиваютъ при помощи зеркала заднюю стѣнку влагалища, и при наличности пузырно-влагалищнаго свища, можно будетъ видѣть, какъ окрашенная жидкость вытекаетъ черезъ него во влагалище, что облегчитъ отысканіе свища.

При кишечно-влагалищныхъ свищахъ затрудненій для распознаванія вообще не встрѣчается.

Предсказаніе. Маленькіе свищи иногда закрываются сами собой благодаря срастанію краевъ ихъ. Закрытія же большихъ свищей можно добиться только оперативнымъ вмѣшательствомъ, при чемъ прогнозъ при операціи, за исключеніемъ особенно затруднительныхъ случаевъ, благопріятенъ.

Леченіе. При небольшихъ пузырно-влагалищныхъ свищахъ, если только они произошли недавно, можно попытаться способствовать ихъ заживленію прижиганіемъ краевъ ихъ ляписомъ и одновременнымъ дренажемъ мочевого пузыря (введеніе катетера *à demeure* черезъ уретру). Коль скоро, однако, края свища зарубцевались, слѣдуетъ приступить къ операціи. Точно такъ же поступаютъ и во всѣхъ застарѣлыхъ случаяхъ. Сущность операціи состоитъ въ освѣженіи краевъ свища и послѣдовательномъ соединеніи этихъ краевъ посредствомъ швовъ. Вотъ техника операціи:

Послѣ тщательной дезинфекціи операціоннаго поля больную хлороформируютъ и укладываютъ ее на столъ съ притянутыми къ животу ногами. Затѣмъ влагалище расправляютъ посредствомъ зеркалъ, оттягиваютъ внизъ матку при помощи пулевыхъ щипцовъ, наложенныхъ на влагалищную часть, и напрягаютъ края свища посредствомъ небольшихъ крючковъ. Теперь приступаютъ къ освѣженію краевъ свища: посредствомъ остроконечнаго ножа обводятъ свищъ круговымъ разрезомъ (на разстояніи $\frac{1}{2}$ —1 см. отъ края) и срѣзываютъ потомъ намѣченный кружокъ такъ, что образуется воронка, вершиной которой является отверстіе свища; при этомъ разрезъ идетъ только до слизистой, которая не захватывается и не срѣзывается (см. рис. 19).

Послѣ освѣженія слѣдуетъ соединеніе краевъ свища швами: вкалываютъ иглу на разстояніи 4—5 миллиметровъ отъ освѣженного края

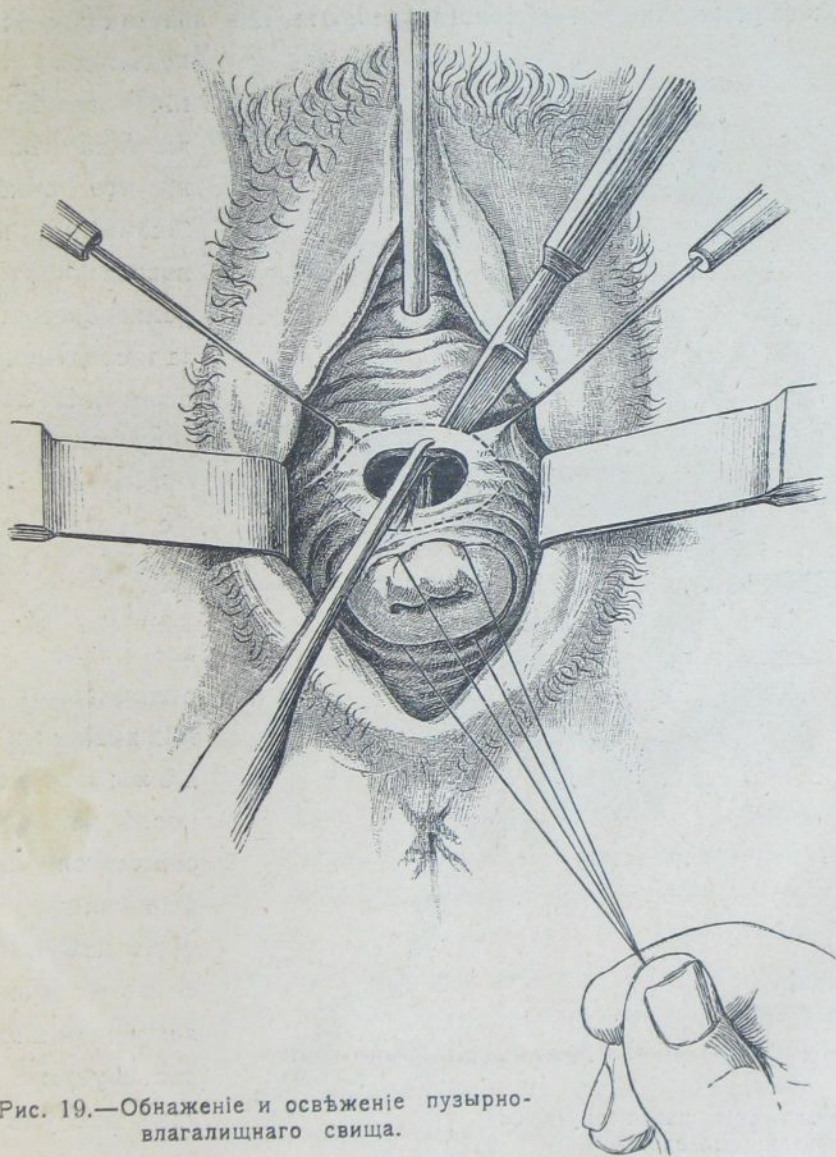


Рис. 19.—Обнаженіе и освѣженіе пузырно-влагалищнаго свища.

и выкалываютъ ее *надъ* слизистой оболочкой пузыря, какъ показываетъ рис. 20.

Когда всѣ швы завязаны узломъ, впускаютъ въ мочевой пузырь (черезъ катетеръ) борный растворъ, чтобы убѣдиться, хорошо ли зашитъ свищъ, т.е. не пропускаетъ ли онъ воды,—и въ случаѣ надобности накладываютъ добавочные швы. Затѣмъ рану присыпаютъ іодоформомъ, кладутъ поверхъ кусокъ стерильной марли и вводятъ въ пузырь на нѣсколько дней катетеръ *à demeure*.

Швы удаляются через недѣлю, а на 10-й день больная можетъ встать съ постели.

Влагалищно-кишечные свищи требуютъ для восстановленія нор-

мальныхъ отноше-
ній операціи такого
же типа, какъ толь-
ко что описанная
(освѣженіе краевъ
посредствомъ во-
ронкообразнаго сръ-
за и соединеніе ихъ
швами). Въ другихъ
случаяхъ можно
примѣнить пери-
неоррафію (по
способу Lawson-
Tait'a), при чемъ
влагалище нужно
отдѣлить отъ пря-
мой кишки за пре-
дѣлы свища,
послѣ чего сначала
сшивается отвер-
стіе свища, а за-
тѣмъ накладываются
въ поперечномъ
направленіи швы на
растянутую рану,
какъ это уже было
описано выше.

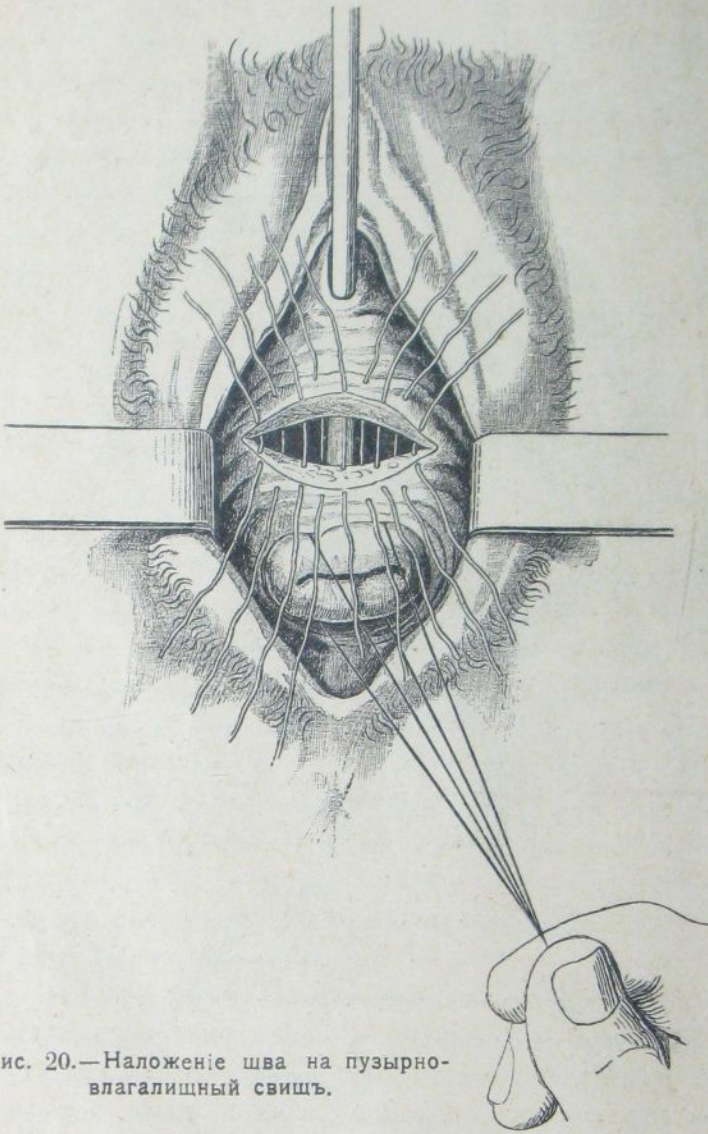


Рис. 20.—Наложеніе шва на пузырьно-влагалищный свищъ.

Новообразованія рукава.

Новообразованія влагалища встрѣчаются рѣдко. Чаще всего наблюдаются:

1. Кисты.—Онѣ развиваются чаще всего изъ остатковъ эмбриологическихъ образований. Затѣмъ кисты влагалища могутъ образоваться изъ железобразныхъ углубленій слизистой оболочки влагалища, которыя, закупориваясь, способствуютъ развитію ретенціонныхъ кистъ.

Наконецъ, кровоизліянія и травматическія изліянія лимфы, повидимому, также ведутъ къ образованію кистъ.

Большія кисты обусловливають катарръ влагалища, болѣзненность, иногда невозможность coitus'a, кисты же небольшихъ размѣровъ особыхъ разстройствъ не вызываютъ.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ затрудненій собой не представляетъ. Характернымъ для кистъ является ихъ напряженно-упругая консистенція и бѣловато-синеватый цвѣтъ, что отличаетъ ихъ отъ другихъ опухолей, а также и отъ выпаденія слизистой оболочки влагалища.

Предсказаніе благопріятно.

Леченіе. Малыя кисты, не вызывающія никакихъ симптомовъ, могутъ быть оставлены безъ леченія, или же ихъ можно опорожнить посредствомъ прокола, хотя послѣ этого онѣ нерѣдко опять наполняются. Большія кисты должны быть вылучены изъ окружающей ткани, послѣ чего рана закрывается швами.

2. Міомы.—Онѣ отличаются медленнымъ ростомъ, а потому только въ рѣдкихъ случаяхъ достигаютъ значительныхъ размѣровъ и выпячиваются черезъ наружныя половыя части. Міома влагалища, въ противоположность міомамъ матки, бываетъ обыкновенно одиночной и причиняетъ механическія разстройства, лишь достигая значительной величины.

Небольшія міомы можно не трогать, болѣе же крупныя нужно удалить оперативнымъ путемъ. Съ этой цѣлью расщепляютъ покрывающую ихъ слизистую оболочку, вылучаютъ изъ окружающей ткани и закрываютъ рану швами.

3. Ракъ.—Раковыя заболѣванія влагалища лишь очень рѣдко возникаютъ первично, чаще же всего они появляются въ рукавѣ вторичнымъ путемъ благодаря переходу процесса съ матки или образованію метастазовъ. Представляя собой въ однихъ случаяхъ диффузную, а въ другихъ ограниченную опухоль, имѣющую наклонность къ изъязвленію, ракъ влагалища можетъ переходить на сосѣдніе органы (напр., на прямую кишку) и вызываетъ тѣ же симптомы, что и ракъ матки, т.е. боли, обильныя вонючія выдѣленія съ примѣсью крови, иногда чувство напирания внизу живота и, наконецъ, кахексію.

Распознаваніе вполне развившагося рака легко. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ вырѣзанныхъ кусочковъ.

Предсказаніе безусловно неблагопріятно, такъ какъ даже при своевременномъ производствѣ операции скоро наступаютъ возвраты.

Лечение. Въ началѣ болѣзни, когда пораженная стѣнка рукава сохраняетъ еще нѣкоторую подвижность, и новообразование не успѣло еще перейти на окружающую клѣтчатку, показано производство радикальной операціи, т.-е. удаленіе опухоли вмѣстѣ съ широкой каймой здоровой ткани. Операція эта не спасетъ больной, но продлитъ ея жизнь. Производится операція по т. н. завлагалищному способу, предложенному Olshausen'омъ, который вылушаетъ все влагалище или значительную часть его, а при одновременномъ поражении матки удаляетъ и послѣднюю. Захлороформировавъ больную и придавъ ей положеніе на спинѣ съ приподнятымъ крестцомъ, дѣлаютъ разрѣзъ поперекъ промежности и проникаютъ тупымъ путемъ между влагалищемъ и прямой кишкой вверхъ до маточной шейки; послѣ этого отслаиваютъ боковыя стѣнки рукава отъ окружающихъ частей, а затѣмъ его переднюю стѣнку отъ мочевого пузыря и перерѣзываютъ влагалище. Если приходится удалить также матку, то послѣ отслойки задней стѣнки рукава вскрываютъ Дугласовъ карманъ и отдѣляютъ матку отъ ея боковыхъ частей.

Если коренная операція уже невозможна, то приходится думать только объ облегченіи страданій больной: противъ болѣе примѣняются наркотическія средства, а распавшіяся раковыя массы нужно удалить острой ложечкой и прижечь потомъ рану каленымъ желѣзомъ, чѣмъ ограничивается гнилостное разложеніе и кровотеченіе.

4. Саркома. — Новообразование это наблюдается во влагалищѣ въ диффузной или ограниченной формѣ и можетъ появляться тутъ первичнымъ или вторичнымъ путемъ. Вызывая тѣ же симптомы, что и ракъ, саркома появляется въ болѣе молодомъ возрастѣ, часто даже у дѣтей. Дифференціальная діагностика отъ рака основывается на возрастѣ больной и микроскопическомъ изслѣдованіи.

Предсказаніе неблагоприятно.

Лечение такое же, какъ при ракѣ влагалища.

Болѣзни матки.

Пороки развитія матки.

Матка образуется къ концу 8-й недѣли утробной жизни черезъ сліяніе среднихъ третей Мюллеровыхъ протоковъ и исчезаніе между ними перегородки; изъ верхнихъ третей развиваются Фаллопиевы трубы. Такъ идетъ нормальный ходъ развитія матки, но отъ него возможны

различныя отклоненія, которыя для простоты лучше всего распределить на четыре группы, согласно классификаціи Fehling'a:

1-ая группа.—Недостатокъ или зачаточное развитіе обоихъ Мюллеровыхъ протоковъ.—Въ результатъ мы будемъ имѣть отсутствіе или зачаточное развитіе матки.

2-ая группа.—Недостатокъ одного изъ Мюллеровыхъ протоковъ.—Въ результатъ разовьется только одна половина матки, и получится т. н. однорогая матка.

3-ья группа.—Раздвоеніе матки, зависящее отъ того, что оба Мюллеровыхъ протока не слились между собой.

Въ указаннымъ трехъ группахъ пороки развитія обусловливаются вліяніями, дѣйствующими въ утробной жизни, но, кромѣ нихъ, имѣется еще:

4-ая группа.—Недостаточное развитіе матки во внѣутробной жизни. Къ разсмотрѣнію всѣхъ этихъ группъ мы и переходимъ.

1-ая группа: отсутствіе или зачаточное развитіе матки.

Въ строго анатомическомъ отношеніи полнаго отсутствія матки не бываетъ, а встрѣчается только т. н. рудиментарная матка (*uterus rudimentarius*) въ видѣ плоскаго тяжа, который можетъ быть полымъ или сплошнымъ и расположенъ между прямой кишкой и мочевымъ пузыремъ. При рудиментарной маткѣ влагалище также находится въ зачаточномъ состояніи или даже совершенно отсутствуесть. Фаллопиевы трубы и яичники развиты плохо, но послѣдніе довольно часто не лишены способности функционировать (овуляція), благодаря чему, несмотря на отсутствіе менструаціи, каждая 4 недѣли появляются свойственныя ей разстройства (*molimina menstrualia*): чувство недомоганія, боли внизу живота, головная боль, иногда сердцебіеніе, ухудшеніе аппетита и т. д. Напротивъ, наружныя половыя части, грудныя железы, тазъ—всѣ они могутъ достигнуть нормальнаго развитія и дать внѣшнюю картину полной половой зрѣлости.

Симптомы. Зачаточное развитіе матки влечетъ за собой отсутствіе мѣсячныхъ кровей и бесплодіе; разстройства, сопровождающія обыкновенно менструацію (*molimina menstrualia*), какъ мы уже говорили, могутъ періодически появляться, но они лишь въ исключительныхъ случаяхъ достигаютъ высокой степени. Кромѣ того, женщина съ рудиментарной маткой неспособна бываетъ и къ правильной супружеской жизни (благодаря отсутствію влагалища), хотя при частыхъ попыткахъ къ совокупленію на мѣстѣ рукава образуется въ концѣ концовъ податливое углубленіе, а иногда сильно растягивается мочеиспускательный каналъ, замѣняя при coitus'ѣ влагалище.

Распознаваніе. Какъ при осмотрѣ, такъ и при изслѣдованіи пальцемъ, мы прежде всего констатируемъ полное отсутствіе или зачаточное развитіе влагалища. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку мы, вмѣсто нормальной матки, найдемъ плоскій тяжъ, яичники же и трубы окажутся значительно уменьшенными, сравнительно съ нормой.

Леченіе. Если *molimina menstrualia* достигаютъ слишкомъ большой степени и начинаютъ сильно беспокоить больную, то показано оперативное удаленіе яичниковъ путемъ чревосѣченія. Кроме того, нѣкоторыми гинекологами были сдѣланы попытки къ искусственному возстановленію влагалища, чтобы доставить больнымъ, по крайней мѣрѣ, возможность къ супружеской жизни, такъ какъ половое чувство у такихъ больныхъ часто бываетъ совершенно нормальнымъ.

2-я группа: Развитіе лишь одной половины матки. Однорогая матка (*uterus unicornis*).

Порокъ, извѣстный подъ именемъ „однорогой“ матки, получается въ томъ случаѣ, когда одинъ изъ Мюллеровыхъ протоковъ совершенно отсутствуетъ, между тѣмъ какъ другой развился нормальнымъ образомъ. Тутъ, слѣдовательно, мы имѣемъ только одну половину матки, откуда и происходитъ само названіе порока—„однорогая матка“. Послѣдняя представляется при изслѣдованіи въ видѣ изогнутаго валикообразнаго тѣла, сбоку отъ котораго лежатъ Фаллопиева труба и яичникъ.

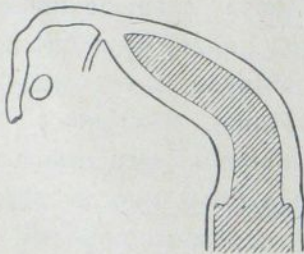


Рис. 21.—*Uterus unicornis*.

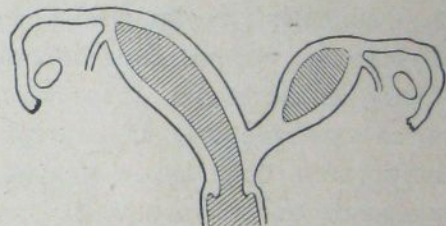


Рис. 22.—*Uterus bicornis* съ зачаточнымъ придаточнымъ рогомъ.

Влагалищная часть однорогой матки мала, влагалище узко, наружныя половыя части развиты правильно.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается не отсутствіе одного изъ Мюллеровыхъ протоковъ, а только зачаточное его развитіе. Результатомъ такой аномаліи будетъ зачаточное развитіе соответствующей половины матки, такъ что здѣсь мы, кроме вполне развитога рога вмѣстѣ съ Фаллопиевой трубой и яичникомъ, найдемъ еще и другой зачаточный рогъ, сбоку отъ котораго находятся не вполне развитыя яичникъ и труба.

Симптомы. Половые отправления въ однорогой маткѣ обыкновенно не бываютъ нарушены. Беременность и роды наблюдались при этой аномалии много разъ. При существованіи зачаточнаго рога въ послѣднемъ можетъ поселиться оплодотворенное яйцо, и тогда возникаетъ беременность, которая грозитъ многими осложненіями до разрыва матки включительно. Подробнѣе мы на этомъ вопросѣ останавливаться не будемъ, такъ какъ беременность въ зачаточномъ рогѣ относится къ области акушерства. Кромѣ того, въ зачаточномъ рогѣ, не сообщаемся съ полостью матки и не имѣющемъ, слѣдовательно, выхода наружу, можетъ произойти скопленіе мѣсячныхъ кровей (*haematometra*), что сопровождается сильными болями.

Распознаваніе однорогой матки представляетъ собой нѣкоторыя затрудненія. Нужно обращать вниманіе на боковое искривленіе узкой матки при наличности малой влагалищной части и узкаго влагалища. Важно также прощупываніе придатковъ матки на одной сторонѣ при отсутствіи ихъ на другой. Еще труднѣе распознать присутствіе зачаточнаго рога и скопленіе въ немъ крови. Наконецъ, наступленіе беременности въ зачаточномъ рогѣ даетъ такія же явленія, какъ и внѣматочная беременность, отъ которой первую почти невозможно отличить.

3-я группа: Раздвоеніе матки (*duplicitas uteri*).

Порокъ этотъ образуется оттого, что оба Мюллеровыхъ протока совершенно не слились между собой или же слились не вполне. Различаютъ слѣдующія три формы:

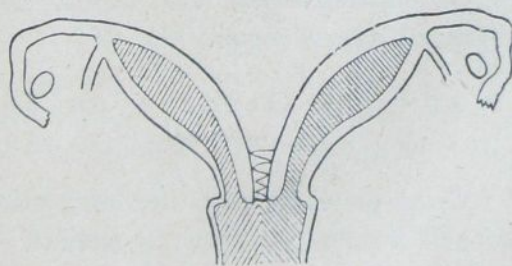
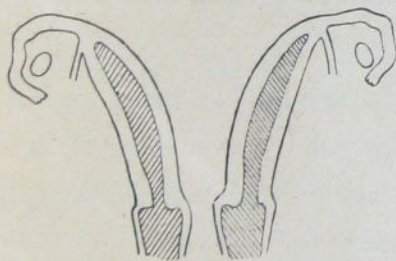


Рис. 23.—*Uterus duplex separatus* (*uterus didelphys*).

Рис. 24.—*Uterus (pseudo) didelphys*.

а) *Uterus duplex separatus s. didelphys*—раздвоенная раздѣленная матка. Въ этомъ случаѣ имѣются 2 влагалища. Наблюдается также двойная матка при одномъ влагалищѣ.

б) *Uterus bicornis*—двурогая матка. Въ этомъ случаѣ имѣется одна шейка и двѣ матки (что нормально встрѣчается у лошади, коровы и кролика).

в) *Uterus septus* — перегородженная матка. — Въ этомъ случаѣ матка совершенно нормальна, но раздѣлена продольной перегородкой вполнѣ или отчасти на двѣ половины. Что касается влагалища, то оно можетъ быть простымъ или двойнымъ.

Симптомы. Половые отправления бывають при всѣхъ формахъ раздвоения матки совершенно нормальными. Мѣсячныя очищенія происходятъ или изъ обѣихъ половинъ матки, или только изъ одной. Беременность можетъ послѣдовать въ любой половинѣ матки и продолжаться въ ней до нормальнаго срока. При двойномъ влагалищѣ *coitus* совершается обыкновенно только черезъ одну половину.

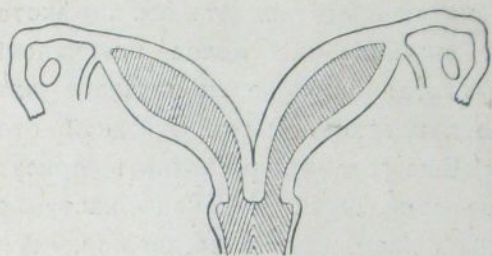


Рис. 25.—*Uterus bicornis bicollis*.



Рис. 26.—*Uterus septus*.

Распознаваніе. При существованіи двойного влагалища не трудно бываетъ распознать и раздвоеніе матки. Гораздо труднѣе поставить діагнозъ при простомъ (одиночномъ) рукавѣ. Тутъ, кромѣ комбинированнаго изслѣдованія, которое даетъ намъ возможность опредѣлить внѣшнюю форму матки, нужно еще прибѣгнуть къ изслѣдованію зондомъ маточной полости, чтобы констатировать наличность разгораживающей перегородки.

4-я группа: Недостаточное развитіе матки во внѣ-
утробной жизни (*hypoplasia uteri*).

Сюда относятся тѣ пороки развитія, при которыхъ матка во время
утробной жизни развивается вполнѣ нормально, но затѣмъ останавливается на той ступени, на которой она находилась при рожденіи или въ дѣтскомъ возрастѣ. Въ первомъ случаѣ мы будемъ имѣть *uterus foetalis* (зародышевая матка), во второмъ—*uterus infantilis* (дѣтская матка). Какъ при первой, такъ и при второй формѣ шейка остается относительно плотной и занимаетъ около $\frac{2}{3}$ всей матки, тогда какъ на тѣло матки приходится всего $\frac{1}{3}$. Разница между зародышевой и дѣтской маткой состоитъ въ томъ, что при первой *plicae palmatae* доходятъ до дна матки, при послѣдней же онѣ находятся только въ цервикальномъ каналѣ.

Кромѣ недостаточнаго развитія матки, въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣются также соотвѣтствующія измѣненія во всей половой системѣ вообще: яичники въ зачаточномъ состояніи, влагалище узко, наружныя половыя части имѣютъ дѣтскій видъ, груди плохо развиты и т. д.

Симптомы: скудныя мѣсячныя или даже полное отсутствіе таковыхъ; половыя сношенія совершаются безъ боли, но беременность не наступаетъ никогда.

Распознаваніе не трудно. При изслѣдованіи обращаетъ на себя вниманіе значительное уменьшеніе размѣровъ матки, при чемъ шейка, какъ уже сказано, занимаетъ около $\frac{2}{3}$ всей ея массы. Кромѣ того, руководствуются также вышеописанными измѣненіями во всей половой системѣ вообще.

Леченіе оказывается по большей части бесполезнымъ. Тѣмъ не менѣе, чтобы добиться развитія матки, нѣкоторые гинекологи рекомендуютъ примѣненіе мѣстныхъ раздраженій (въ видѣ горячихъ спринцеваній или фарадизаціи матки) и разныхъ укрѣпляющихъ средствъ, какъ мышьякъ, желѣзо и т. д.

Измѣненія положенія матки.

Какъ извѣстно, матка лежитъ въ полости таза между прямой кишкой и мочевымъ пузыремъ. При изслѣдованіи здоровой женщины въ горизонтальномъ положеніи послѣ предварительнаго опорожненія мочевого пузыря и прямой кишки дно матки оказывается обращеннымъ впередъ, а маточный зѣвъ назадъ, т.-е. матка имѣетъ наклоненіе впередъ (anteversio). Кромѣ того, въ области внутренняго зѣва имѣется еще перегибъ впередъ (anteflexio).

Но ни наклоненіе матки, ни перегибъ ея впередъ не являются въ нормальныхъ случаяхъ положеніями, въ которыхъ матка разъ навсегда фиксирована. Напротивъ, въ зависимости отъ перемѣны положенія тѣла или наполненія мочевого пузыря и прямой кишки мѣняется и положеніе матки, и, наоборотъ, при устраненіи указанныхъ условій матка опять занимаетъ свое правильное положеніе. Такимъ образомъ, подвижность является характерной особенностью нормальной матки.

Совершенно другое мы видимъ въ патологическихъ случаяхъ. Тутъ матка фиксируется въ опредѣленномъ положеніи, и ея нормальныя движенія становятся болѣе ограниченными или даже совершенно невозможными. Зависитъ такое патологическое, т.-е. фиксированное измѣненіе положенія, главнымъ образомъ, отъ потери маточными связками своей упругости, но важную роль играетъ также потеря сократительности самой маткой.

Каковы же тѣ стойкія измѣненія, которыя можетъ претерпѣвать нормальное положеніе матки?—Они весьма многочисленны и разнообразны, но для простоты ихъ можно распредѣлить на слѣдующія группы:

- 1) Наклоненіе матки.
- 2) Ея искривленіе.
- 3) Смѣщеніе всей матки.
- 4) Выпаденіе ея.
- 5) Выворотъ матки.
- 6) Грыжа ея.

Къ разсмотрѣнію перечисленныхъ аномалій мы и переходимъ.

1. Наклоненіе матки.

Подъ именемъ наклоненія подразумѣваютъ измѣненіе нормальнаго соотношенія между осью матки и осью таза. Различаютъ: а) наклоненіе матки впередъ (*anteversio*), если дно ея обращено къ лонному сочлененію, а зѣвъ къ крестцу; б) наклоненіе назадъ (*retroversio*), если дно матки обращено къ крестцу, а зѣвъ къ лонному сочлененію; в) наклоненіе въ сторону (*lateroversio*), если дно обращено къ одной боковой стѣнкѣ таза, а зѣвъ къ другой*).

Наклоненія матки бываютъ врожденными или пріобрѣтенными. Первые обусловливаются врожденной короткостью маточныхъ связокъ; вторыя же зависятъ отъ тѣхъ же укороченій, но происшедшихъ подъ вліяніемъ воспаления. Кромѣ того, причинами пріобрѣтенныхъ наклоненій могутъ быть опухоли, находящіяся впереди или сзади матки, сращенія передняго или задняго Дугласова пространства и, наконецъ, недостаточная инволюція половыхъ органовъ послѣ родовъ, вслѣдствіе чего увеличенная матка, поддерживаемая рыхлыми связками, опускается въ вогнутость крестца, и въ результатъ получается ретроверсія.

Что касается симптомовъ, вызываемыхъ различными формами наклоненія матки, то они въ общемъ сходны съ тѣми явленіями, которыми характеризуются всѣ виды искривленія, да и вообще обѣ аномаліи встрѣчаются обыкновенно вмѣстѣ, такъ что трудно даже ихъ между собой разграничить. Вотъ почему общая клиническая картина обоихъ заболѣваній, а также ихъ распознаваніе, предсказаніе и леченіе будутъ даны ниже, при разсмотрѣніи искривленій, куда мы и отсылаемъ читателей.

*) Изъ всѣхъ формъ наклоненія заслуживаютъ только вниманія антеверсія и ретроверсія, латероверсія же практическаго значенія не имѣетъ.

2. Искривленіе матки.

Искривленіе есть изломъ матки по ея оси. Въ зависимости отъ того, куда открытъ уголъ искривленія, различаютъ: искривленіе впередъ (*anteflexio*), искривленіе назадъ (*retroflexio*), искривленіе въ сторону (*lateroflexio*) и спиральное искривленіе (*torsio*). Изъ всѣхъ этихъ формъ имѣютъ практическое значеніе только антефлексія, встрѣчающаяся обыкновенно вмѣстѣ съ антеверсией, и ретрофлексія, сопровождающаяся ретроверсией.

Искривленія могутъ быть врожденными и приобретенными. Изъ врожденныхъ искривленій гораздо чаще встрѣчается антефлексія, чѣмъ ретрофлексія. Что же касается приобретенныхъ искривленій, то они большей частью появляются послѣ родовъ на почвѣ недостаточной инволюціи половыхъ органовъ. При этомъ благодаря увеличенію и разрыхленію послѣродовой матки достаточно бываетъ относительно незначительной причины, чтобы обусловить собой стойкое искривленіе матки впередъ или назадъ. Такъ, на примѣръ, при опухоли, давящей на матку сверху, или при слишкомъ сильномъ напряженіи брюшныхъ стѣнокъ (кашель, поднятіе тяжести) получается антефлексія, а при такомъ ничтожномъ поводѣ, какъ наполненіе пузыря, образуется ретрофлексія. Однако, искривленія матки появляются часто и у нерожавшихъ, при чемъ способствующими моментами являются тутъ опухоли, располагающіяся на передней или задней стѣнкѣ матки и оттягивающія ее впередъ или назадъ, далѣе, воспалительныя сращенія и, наконецъ, расслабленіе связочнаго аппарата.

Всѣ формы искривленій характеризуются разстройствомъ кровообращенія въ маткѣ и застояваніемъ ея выдѣленій. Въ силу перваго обстоятельства получается увеличеніе тѣла матки, а въ результатъ второго—расширеніе полости матки и явленія эндометрита и метрита (см. ниже). Кромѣ того, благодаря раздраженію, оказываемому искривленной маткой на брюшину, получается мѣстный перитонитъ и, какъ слѣдствіе послѣдняго, развитіе сращеній.

Въ дальнѣйшемъ мы различныя формы искривленій будемъ разсматривать отдѣльно.

Симптомы антефлексіи и антеверсіи. Въ числѣ разстройствъ, которыя наблюдаются при искривленіи и наклоненіи матки впередъ, мы прежде всего должны указать на сильныя боли, испытываемыя женщинами при мѣсячныхъ очищеніяхъ (*Dysmenorrhoea*). Обыкновенно такія боли, имѣющія характеръ схватокъ, бывають въ первые дни менструаціи или начинаются даже прежде, чѣмъ показывается

кровь. Причину дисменорреи объясняют различно: съ одной стороны, указываютъ, что вслѣдствіе чрезмѣрнаго сгиба матки происходитъ суженіе внутренняго зѣва, и является, слѣдовательно, механическое препятствіе къ свободному истеченію крови изъ маточной полости. Съ другой стороны, боли могутъ зависѣть отъ воспалительныхъ измѣненій маточныхъ стѣнокъ, или же онѣ (боли) возникаютъ въ придаткахъ матки, также нерѣдко находящихся при антефлексіи въ состояніи хроническаго воспаленія. По большей части имѣютъ значеніе оба указанныхъ фактора. На ряду съ дисменорреей нужно поставить безплодіе, которое въ сущности обуславливается не искривленіемъ, а сопутствующимъ ему эндометритомъ, препятствующимъ прикрѣпленію оплодотвореннаго яйца къ слизистой оболочкѣ матки.

Наконецъ, нужно еще упомянуть о разстройствахъ со стороны мочевого пузыря въ видѣ частыхъ позывовъ на мочу и со стороны прямой кишки въ видѣ привычныхъ запоровъ, которые наблюдаются въ общемъ не часто и объясняются давленіемъ, которое искривленная матка производитъ на мочевой пузырь или прямую кишку.

Къ указаннымъ симптомамъ часто присоединяется еще цѣлый рядъ явленій со стороны нервной системы, которыя при заболѣваніи женскихъ половыхъ органовъ вообще встрѣчаются весьма нерѣдко. Общая слабость, головная боль, сердцебіеніе, различныя непріятныя ощущенія въ тѣлѣ и т. д.—все это признаки неврастеніи, довольно часто сопутствующей антефлексіи.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что антефлексія и антеверсія матки даютъ по большей части вполне характерную клиническую картину, однако, нужно имѣть въ виду, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ отсутствовать какія бы то ни было разстройства, и женщина совершенно не знаетъ о томъ, что у нея имѣется патологическое измѣненіе въ положеніи и формѣ матки.

Распознаваніе антефлексіи и антеверсіи ставится на основаніи комбинированнаго изслѣдованія, при чемъ у дѣвицъ приходится прибѣгнуть къ изслѣдованію черезъ прямую кишку.

Предсказаніе нужно ставить съ осторожностью, такъ какъ тягостные симптомы и безплодіе не всегда могутъ быть устранены даже при правильномъ и своевременномъ леченіи.

Леченіе. У женщинъ, страдающихъ благодаря антефлексіи и антеверсіи сильными болями во время мѣсячныхъ, наибольшую пользу приносятъ теплыя соленыя ванны вмѣстѣ съ препаратами желѣза, мышьяка и брома, принимаемыми внутрь. Полезны также физическія упражненія на свѣжемъ воздухѣ, массажъ и гимнастика. При наступленіи мѣсячныхъ, а иногда даже за 2—3 дня до появленія кровей,

больная должна лечь въ постель, гдѣ остается до конца менструаціи. На нижнюю часть живота при этомъ кладутъ теплыя припарки, а внутрь въ случаѣ надобности назначаются наркотическія средства (морфій и опій) въ соединеніи съ *tinctura valeriana aetherea* и *tinctura capnabis indica*. Можно также прописать внутрь антипиринъ, аспиринъ, салипиринъ и т. д., а на животъ смѣсь хлороформа и оливковаго масла на ватѣ, поверхъ которой кладутъ клеенку.

Такъ какъ при антефлексіи и антеверсіи почти во всѣхъ случаяхъ наблюдаются воспалительные процессы, то леченіе все время должно быть направлено противъ этихъ послѣднихъ. Не вдаваясь тутъ въ подробности, которыя будутъ приведены въ соответствующемъ мѣстѣ, скажемъ только, что эндометритъ часто является показаніемъ къ выскабливанію слизистой оболочки матки острой ложечкой, а остальные воспалительныя заболѣванія матки, ея придатковъ и тазовой брюшины требуютъ назначенія разныхъ разрѣшающихъ средствъ и примѣненія массажа.

Вообще о леченіи нужно сказать, что, если социальныя условія больной позволяютъ ей провести вышеуказанный режимъ, то часто наблюдаются весьма хорошіе результаты, и можетъ даже наступить беременность, за которой надолго по большей части исчезаютъ всякія разстройства. Напротивъ, при отсутствіи благоприятныхъ условій всѣ мѣропріятія нерѣдко оказываются безцѣльными.

Мы переходимъ теперь къ симптоматологіи ретрофлексіи и ретроверсіи. Но тутъ мы прежде всего должны повторить то, что уже выше было нами сказано объ искривленіи впередъ: въ нѣкоторыхъ случаяхъ не наблюдается рѣшительно никакихъ разстройствъ, и этотъ поразительный фактъ привелъ даже многихъ гинекологовъ къ заключенію, что страданія (въ тѣхъ случаяхъ, когда они существуютъ) вызываются не патологическимъ положеніемъ матки, а сопутствующими ему осложненіями, каковы: эндометритъ, выпаденіе влагалища и нервность. Съ этимъ мнѣніемъ, однако, не всѣ согласны, указывая на характерную клиническую картину, которую въ большинствѣ случаевъ даютъ ретрофлексія и ретроверсія матки. Картина эта во многомъ напоминаетъ тѣ симптомы, которые мы видѣли при антефлексіи. Дисменоррея, частые позывы на мочу, запоры, явленія со стороны нервной системы—всѣ эти признаки наблюдаются и при ретро-флексіи-версіи, только въ болѣе усиленной степени. Особенно это относится къ нервнымъ симптомамъ, которые сказываются рѣзкой головной болью, иногда парестезіями и даже параличемъ нижнихъ конечностей, наконецъ, тяжестью въ желудкѣ, тошнотой, рвотой и сердцебіеніемъ. Зачатіе при искривленіи назадъ не затруднено, но зато въ

первые мѣсяцы беременности весьма часто наблюдается выкидышъ, а иногда т. н. ущемленіе беременной матки, о чемъ подробно излагается въ учебникахъ акушерства. Остается еще указать въ заключеніе, что наблюдаемая при ретрофлексіи боли въ крестцѣ, обильныя мѣсячныя, бѣли и чувство тяжести въ нижней части живота зависятъ, главнымъ образомъ, отъ сопутствующихъ воспалительныхъ заболѣваній, которыя почти всегда осложняютъ искривленіе матки назадъ.

Распознаваніе. При комбинированномъ изслѣдованіи мы не находимъ дна матки на обычномъ мѣстѣ—позади лоннаго сочлененія

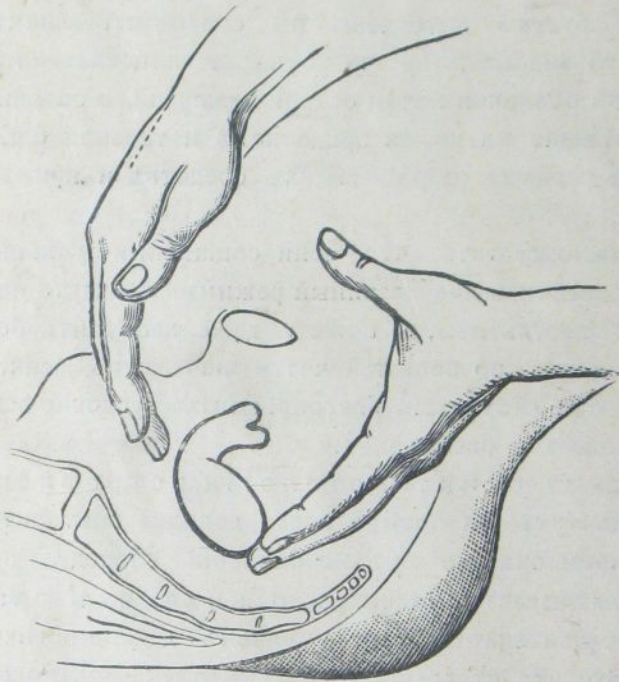


Рис. 27.—Искривленіе взадъ установлено соединеннымъ изслѣдованіемъ.

оно (дно матки) лежитъ въ крестцовой впадинѣ, а шейка своимъ наружнымъ звѣномъ обращена болѣе или менѣе кпереди. Указанныя данныя говорятъ о ретроверсіи, а если при этомъ тѣло матки образуетъ съ шейкой открытый къзади уголъ, то мы имѣемъ, кромѣ того, и ретрофлексію (рис. 27). При изслѣдованіи иногда возникаетъ сомнѣніе, есть ли прощупываемое въ крестцовой впадинѣ тѣло именно тѣло матки, и не представляетъ ли оно собой заматочной кровяной опухоли или

небольшой кисты яичника. Въ этомъ случаѣ необходимо опорожнить кишечникъ и осторожно произвести подъ наркозомъ соединенное изслѣдованіе, стараясь прослѣдить шейку по направленію вверхъ; при этомъ окажется, что она (шейка) непосредственно связана съ ощупываемымъ въ крестцовой впадинѣ тѣломъ, т. е., что послѣднее дѣйствительно—тѣло матки, а не что-либо другое. Правильная постановка діагноза особенно важна потому, что попытка сдѣлать вправленіе матки въ то время, когда ретрофлексіи и ретроверсіи никакой нѣтъ, можетъ сопровождаться для больной очень грозными послѣдствіями. Дѣлается же вправленіе, во-первыхъ, для того, чтобы

подтвердить диагнозъ патологическаго положенія матки, а, во-вторыхъ, чтобы выяснитъ, сохранила ли и въ какой степени матка свою подвижность. Техника вправленія состоитъ въ томъ, что во влагалище вводятъ два пальца правой или лѣвой руки и однимъ изъ нихъ оттѣсняютъ влагалищную часть матки кзади, а другимъ приподнимаютъ вверхъ дно; въ то же время другой рукой, лежащей на брюшныхъ покровахъ, стараются захватить приподнятое тѣло матки и приблизить его къ лонному сочлененію (см. рис.28, 29 и 30). Успѣшный результатъ такого вправленія говоритъ объ отсутствіи воспалительныхъ сращеній матки съ сосѣдними органами, наоборотъ, неудача, если только она не зависитъ отъ недостаточной ловкости врача, свидѣтельствуетъ о неподвижномъ искривленіи взадъ (*retroflexio fixata*), которое ниже будетъ нами разобрано особо.

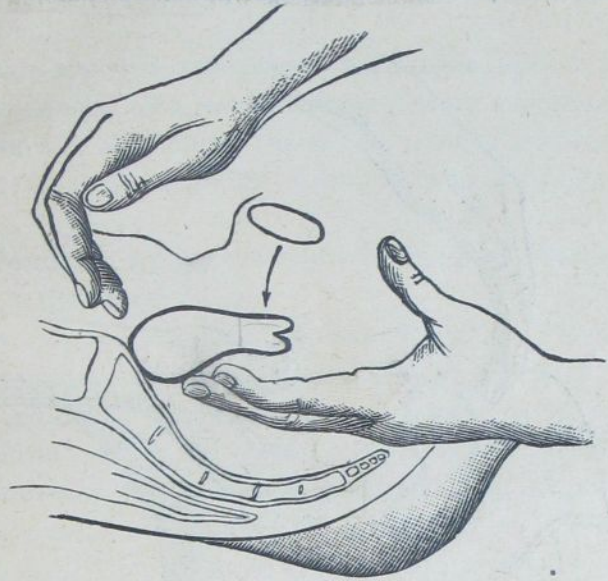


Рис. 28.—Матка приподнята до уровня входа въ тазъ. Искривленіе въ значительной степени уже выравнено.

Опредѣливъ, такимъ образомъ, степень подвижности матки, стараются затѣмъ тщательнымъ изслѣдованіемъ всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ установить тѣ сопут-



Рис. 29.—Введенные внутрь пальцы оттѣсняютъ шейку назадъ, наложенная снаружи рука смѣщаетъ дно матки впередъ.

сопут-

ствующія патологическія измѣненія, о которыхъ мы уже нѣсколько разъ упомянули. Это будутъ воспалительныя заболѣванія матки и ея придатковъ, о чемъ подробнѣе см. въ соответствующихъ главахъ.



Рис. 30.—Рука, лежащая снаружи, устанавливаетъ тѣло матки въ правильное положеніе, одинъ изъ введенныхъ пальцевъ приставленъ къ влагалищной части, другой констатируетъ правильное положеніе матки. Вправленіе закончено.

Предсказаніе. При надлежащемъ леченіи по большей части удается достигнуть значительнаго уменьшенія тяжелыхъ симптомовъ болѣзни, а иногда даже полнаго выздоровленія, не прибѣгая къ серьезнымъ операціямъ. Эти послѣднія требуются почти исключительно только при неподвижныхъ искривленіяхъ назадъ, а потому тамъ и будутъ описаны.

Леченіе. Если патологическое измѣненіе положенія матки не вызываетъ никакихъ разстройствъ, то никакой терапіи не

требуется. Мало того, въ такихъ случаяхъ вообще не слѣдуетъ заявлять больнымъ, что у нихъ имѣется ретрофлексія или ретроверсія, такъ какъ этого одного можетъ быть достаточно, чтобы появились болѣзненные симптомы.

Коль скоро таковыя имѣются, нужно устранить искривленіе матки и удержать ее затѣмъ въ правильномъ положеніи; кромѣ того, леченіе должно быть направлено противъ имѣющихся почти всегда осложненій.

О томъ, какъ производится вправленіе матки, мы уже говорили. Но указанный нами способъ ручнаго вправленія не всегда удается, и тогда еще можно прибѣгнуть къ поднятію матки зондомъ, что, однако, должно быть сдѣлано съ большою осторожностью: не говоря уже о необходимыхъ антисептическихъ мѣрахъ, нужно быть увѣреннымъ, что нѣтъ беременности. Техника вправленія при помощи зонда состоитъ въ томъ, что въ матку вводится изогнутый зондъ, вогнутость

котораго, соотвѣтственно искривленію матки, направлена кзади. Продвинувъ зондъ черезъ внутренній зѣвъ, приподнимаютъ теперь дно матки до тѣхъ поръ, пока его не удастся захватить рукой, лежащей на животѣ.

Когда матка тѣмъ или другимъ способомъ вправлена, нужно позаботиться о томъ, чтобы удержать ее въ нормальномъ положеніи, такъ какъ иначе искривленіе и наклоненіе скоро бы опять возстановились. Достигается эта задача при помощи влагалищнаго пессарія.

Изъ различныхъ, имѣющихся въ употребленіи пессаріевъ, укажемъ пессарій Hodge, Thomas'a и Schultze.

Всѣ они представляютъ собой кольца различной формы, которыя вводятся на болѣе или менѣе продолжительное время во влагалище и имѣютъ цѣлю, съ одной стороны, растянуть рукавъ кзади, а съ другой—оттѣснить влагалищную часть въ крестцовую область, мѣшая, такимъ образомъ, возстановленію патологическаго положенія. Пессаріи имѣются различныхъ размѣровъ, и выборъ ихъ дѣлается въ зависимости отъ ширины влагалища. Приготавливаются они обыкновенно изъ твердаго каучука; будучи положены въ горячую воду, пессаріи становятся гибкими, такъ что имъ можно придать любую форму; если теперь опустить ихъ въ холодную воду, то приданная имъ форма сохраняется.

Наиболѣе употребителенъ пессарій Hodge. Онъ вводится такимъ образомъ, чтобы задній (болѣе широкій) его отрѣзокъ лежалъ въ зад-

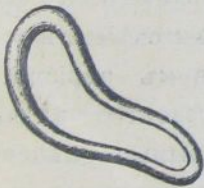


Рис. 31.—Пессарій Hodge.



Рис. 32.—Пессарій Thomas'a.

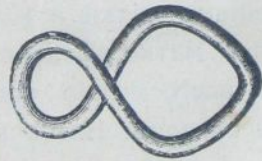


Рис. 33.—Пессарій Schultze.

немъ сводѣ влагалища и растягивалъ его кверху; влагалищная часть лежитъ въ кольцо и оттягивается кзади, что препятствуетъ возстановленію ретрофлексіи. Если пессарій хорошо лежитъ, то присутствіе его совершенно не замѣчается больной. Тѣмъ не менѣе необходимы нѣкоторыя предосторожности, несоблюденіе которыхъ можетъ причинить громадный вредъ. Дѣло въ томъ, что если пессарій непрерывно лежитъ слишкомъ долго на одномъ и томъ же мѣстѣ, то вслѣдствіе давленія можетъ образоваться омертвѣніе влагалищной стѣнки или даже развиться свищи со всѣми ихъ послѣдствіями; въ другихъ случаяхъ

пессарій, лежащій годами, обрастаетъ соединительной тканью, и удаление его тогда представляетъ собой не легкую задачу. Вотъ почему больная каждые 2—3 мѣсяца и даже чаще должна являться къ врачу для контроля и очистки pessarium; если при этомъ въ заднемъ сводѣ влагалища обнаруживаются признаки давленія, то нужно на время pessarium удалить. Ежедневно больная производитъ себѣ спринцеваніе какимъ-нибудь слабымъ дезинфицирующимъ растворомъ, что особенно необходимо каждый разъ послѣ окончанія регуль. Въ указанныхъ предосторожностей особаго режима для больной не требуется: ей разрешаютъ всякія движенія, половыя сношенія и т. д.; нужно только рекомендовать во время опорожнять мочевой пузырь и принимать въ случаѣ надобности мѣры противъ запоровъ.

Примѣненіе pessarium можно широко практиковать только у женщинъ, у дѣвицъ же это допустимо только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ, когда имѣющіяся тяжелыя разстройства безусловно требуютъ исправленія патологическаго положенія. Вообще же у дѣвицъ приходится довольствоваться назначеніемъ укрѣпляющихъ средствъ (желѣзо, мышьякъ, соленыя ванны и т. д.), къ каковому леченію можно присоединить повторное приподнятіе дна матки пальцемъ черезъ прямую кишку, въ общихъ чертахъ сходное съ вышеописанными ручными приемами вправленія матки черезъ влагалище. При этомъ производится легкій массажъ матки, послѣ чего больная должна нѣкоторое время лежать на животѣ, чтобы способствовать удержанію матки въ правильномъ положеніи.

Указанныя здѣсь обще-укрѣпляющія мѣры въ связи съ ручнымъ вправленіемъ матки и массажемъ умѣстны также въ свѣжихъ случаяхъ смѣщенія матки, развивающихся въ послѣродовомъ періодѣ. Тутъ прежде всего нужно содѣйствовать обратному развитію матки и ея вялыхъ связокъ. Назначаютъ съ этой цѣлью спорынью, дѣлаютъ два раза въ день горячія спринцеванія, слѣдятъ за правильнымъ опорожненіемъ мочевого пузыря и кишечника, совѣтуютъ соблюдать покой и хорошо питаться. Ежедневно производится ручное вправленіе матки, къ которому присоединяется осторожный массажъ, послѣ чего больная нѣкоторое время должна лежать на животѣ. Такъ поступаютъ въ теченіе первыхъ 4—8 недѣль послѣродового періода, а затѣмъ можно ввести на сравнительно короткое время и pessarium въ надеждѣ окончательно исправить такимъ путемъ патологическое положеніе матки.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ, т. е. при застарѣлыхъ искривленіяхъ и наклоненіяхъ, pessarium помогаетъ лишь до тѣхъ поръ, пока лежитъ на мѣстѣ; съ удаленіемъ же его патологическое положеніе матки довольно скоро возстановляется.

Намъ остается еще указать, что сопутствующіе ретрофлексіи воспалительные процессы и нервныя явленія лечатся по общимъ правиламъ, о чемъ мы уже отчасти говорили при леченіи антефлексіи, а еще подробнѣе будемъ говорить ниже при изученіи воспалительныхъ заболѣваній матки и ея придатковъ.

Чтобы покончить съ вопросомъ о ретрофлексіи, намъ еще необходимо разсмотрѣть

Неподвижное искривленіе матки взадъ (retroflexio fixata).

О неподвижной ретрофлексіи говорятъ въ томъ случаѣ, когда искривленная матка сращена съ сосѣдными органами и ее, слѣдовательно, никоимъ образомъ нельзя вправить. Сращеніе матки обусловливается воспаленіемъ тазовой брюшины, благодаря которому образуются перемычки, идущія отъ матки къ сосѣднымъ органамъ и фиксирующія ее въ неправильномъ положеніи. Воспаленію тазовой брюшины нами будетъ посвящена специальная глава, здѣсь же укажемъ только, что оно вызывается или зараженіемъ стрептококками (главнымъ образомъ, во время родовъ), или же гонкокками *Neisseria* (при переломѣ).

Симптомы, наблюдаемые при неподвижномъ искривленіи матки взадъ, совершенно тождественны съ тѣми явленіями, которыя мы имѣли при подвижной ретрофлексіи, а потому мы ихъ тутъ повторять не станемъ. Замѣтимъ, между прочимъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь вообще ничѣмъ не проявляется или же даетъ самые незначительные симптомы, какъ мы это видѣли выше и при подвижной ретрофлексіи.

Распознаваніе. Выше мы уже говорили, что при всякой ретрофлексіи всегда дѣлается попытка къ вправленію, и что успѣхъ или неудача такой попытки знаменуетъ собой отсутствіе или присутствіе воспалительныхъ сращеній, фиксирующихъ матку. Слѣдовательно, всякій разъ, когда попытка къ вправленію ретрофлексированной матки не удастся, мы имѣемъ право предположить наличность фиксирующихъ сращеній, если, конечно, вправление произведено было опытной рукой. Однако, съ цѣлью получить объективное убѣжденіе въ существованіи неподвижнаго искривленія, лучше всего захлороформировать больную, и тогда при подниманіи матки изъ крестцовой впадины фиксирующіе тяжи будутъ при изслѣдованіи ясно обрисовываться, что намъ и нужно.

Леченіе. Нужно способствовать разсасыванію воспалительныхъ перемычекъ, фиксирующихъ матку. Съ этой цѣлью, кромѣ гигиени-

ческих мѣръ (покой во время регуль, воздержаніе отъ половых сношеній и т. д.), примѣняютъ согрѣвающие компрессы на животъ, соленыя и грязевыя ванны, затѣмъ ихтіоловые тампоны и смазываніе задняго влагалищнаго свода іодомъ, наконецъ, массажъ матки. Но всѣ наши старанія во многихъ случаяхъ не даютъ никакого результата, между тѣмъ какъ тяжелыя разстройства все болѣе изнуряютъ больную и требуютъ отъ насъ болѣе активныхъ мѣръ. Единственное, что остается, это—оперативное вмѣшательство, которое является самой дѣйствительной мѣрой въ смыслѣ отдѣленія матки отъ перемычекъ и установки ея въ болѣе или менѣе правильномъ положеніи. Примѣняется хирургическое леченіе искривленій, главнымъ образомъ, при неподвижной ретрофлексіи и гораздо рѣже при подвижной, когда всѣ другіе способы оказались безцѣльными. Къ разсмотрѣнію этого леченія мы и переходимъ.

Оперативное леченіе искривленій взадъ.

Для устраненія перегиба матки можетъ быть произведена одна изъ слѣдующихъ трехъ операцій: 1) Укороченіе круглыхъ связокъ (операція Alexander-Adams'a). 2) Пришиваніе передней стѣнки матки къ передней брюшной стѣнкѣ (*ventrofixatio*). 3) Пришиваніе передней стѣнки матки къ влагалищу (*vaginofixatio*) или къ мочевому пузырю (*vesicofixatio*). Разсмотримъ теперь технику и преимущества всѣхъ трехъ способовъ.

1) Операція Alexander-Adams'a. Она примѣнима только при подвижной ретрофлексіи. Прежде, чѣмъ приступить къ операціи, производятъ вправленіе матки и при помощи пессарія устанавливаютъ ее въ положеніе антефлексіи. Затѣмъ на уровнѣ наружнаго пахового кольца, параллельно Пупартовой связкѣ, проводятъ разрѣзъ, обнажаютъ паховой каналъ и извлекаютъ круглую связку. Послѣднюю укорачиваютъ на 3—5 см., пришиваютъ къ паховому отверстию и закрываютъ рану, послѣ чего продѣлываютъ то же самое на другой сторонѣ. Пессарій, введенный во влагалище до операціи, долженъ оставаться тамъ еще долгое время спуща.

2) Вентрофиксация (*ventrofixatio*). Она примѣнима какъ при подвижной, такъ и при неподвижной ретрофлексіи. Начинается операція разрѣзомъ надъ лоннымъ сочлененіемъ по бѣлой линіи длиною приблизительно въ 4—6 см. Вскрывъ брюшную полость, раздѣляютъ сращенія (если таковыя имѣются), при чемъ менѣе плотныя отслаиваются рукой, а болѣе толстыя и крѣпкія разсѣкаются термокаутеромъ. Освободивъ, такимъ образомъ, матку, извлекаютъ ее изъ задняго Ду-

гласова пространства и пришиваютъ переднюю стѣнку матки къ передней брюшной стѣнкѣ, послѣ чего закрываютъ брюшную полость.

3) Vagino—и vesicofixatio. Операція эта при неподвижной ретрофлексіи затруднительна и примѣняется, главнымъ образомъ, при подвижномъ искривленіи взадъ. Техника операціи состоитъ въ томъ, что разсѣкаютъ брюшинное пространство между пузыремъ и маткой (т.-е. проникаютъ черезъ влагалище въ переднее Дугласово пространство). Затѣмъ черезъ рану оттягиваютъ внизъ матку и сшиваютъ ее переднюю стѣнку съ передней стѣнкой влагалища (при вагинофиксаціи) или съ брюшнымъ покровомъ мочевого пузыря (при везикофиксаціи). Послѣ этого закрываютъ влагалищную рану.

При всѣхъ трехъ операціяхъ необходимо строжайшее соблюденіе асептики!

Переходя теперь къ вопросу о преимуществахъ, которыя имѣтъ другъ передъ другомъ всѣ три способа хирургическаго леченія искривленій, мы прежде всего должны указать, что при неподвижной ретрофлексіи примѣнима почти исключительно только вентрофиксація, такъ какъ она даетъ возможность осмотрѣть имѣющіяся сращения и отдѣлить ихъ. Вагино- и везикофиксація въ такихъ случаяхъ гораздо затруднительнѣе, а операція Alexander-Adams'a вовсе непримѣнима.

Въ смыслѣ возстановленія нормальныхъ отношеній нужно сказать, что ни одна изъ приведенныхъ операцій не можетъ вполне возратить маткѣ ея правильнаго, т.-е. природнаго положенія и подвижности. Все же преимущество принадлежитъ въ данномъ случаѣ операціи Alexander-Adams'a, которая придаетъ маткѣ самое благопріятное, въ сравненіи съ остальными способами, естественное положеніе.

Предсказаніе благопріятно при всѣхъ трехъ операціяхъ, и смертельный исходъ наблюдается только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, какъ несчастная случайность. Наименѣе опасной нужно признать операцію Alexander-Adams'a, затѣмъ идетъ вагино и везикофиксація, наконецъ, вентрофиксація. Объ успѣшности каждаго изъ трехъ способовъ въ смыслѣ устраненія разстройствъ, вызываемыхъ ретрофлексіей, мы также должны сказать, что результатъ одинаково хорошъ при любой операціи, если, конечно, разстройства именно были обусловлены патологическимъ положеніемъ матки.

Послѣдовательное состояніе больныхъ интересуетъ насъ, главнымъ образомъ, въ томъ отношеніи, что послѣ операціи иногда наблюдаются выкидышъ или тяжелыя разстройства въ теченіи родового акта. Особенно это относится къ вентро-, вагино- и везикофиксаціи, но зато при операціи Alexander-Adams'a нерѣдко наблюдаются рецидивы.

Резюмируя все сказанное о выгодныхъ и невыгодныхъ сторонахъ разсматриваемыхъ трехъ операций, мы приходимъ къ заключенію, что ни одной изъ нихъ нельзя отдать первенства въ сравненіи съ другой. Вопросъ этотъ, несмотря на громадную литературу, нужно признать пока не рѣшеннымъ.

3. Смѣщеніе всей матки.

Различаютъ: а) смѣщеніе матки впередъ (*antepositio*), б) — назадъ (*retropositio*), в) — вверхъ (*elevatio*), г) — вправо (*dextropositio*) и д) — влѣво (*sinistropositio*).

Заслуживаютъ вниманія, главнымъ образомъ, смѣщенія матки впередъ и назадъ. Первое встрѣчается при отѣсненіи всей матки впередъ лежащей позади нея опухолью или жидкимъ экссудатомъ и кровоизліяніемъ. Что же касается смѣщенія матки назадъ, то оно наблюдается при воспаленіи тазовой брюшины, вызывающемъ сращеніе обоихъ брюшинныхъ листковъ задняго Дугласова пространства.

Леченіе должно быть направлено противъ перечисленныхъ здѣсь заболѣваній, вызывающихъ смѣщеніе матки. Всѣ эти заболѣванія будутъ разсмотрѣны особо.

4. Выпаденіе матки (*prolapsus uteri*).

Выпаденіе матки разсматривается вмѣстѣ съ выпаденіемъ рукава, потому что первое невозможно безъ второго. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ существуетъ самостоятельное удлиненіе влагалищной части безъ одновременнаго опущенія тѣла матки и выпаденія стѣнокъ влагалища. Обычно же сначала происходитъ выпаденіе влагалища (*prolapsus vaginae*), а затѣмъ уже послѣдовательно развивается опущеніе матки. При этомъ нужно различать два состоянія: въ однихъ случаяхъ имѣется только удлиненіе влагалищной части безъ одновременнаго опущенія тѣла матки, въ другихъ—выпаденіе всей матки. Такимъ образомъ, терминъ „выпаденіе матки“ обнимаетъ собою три различныхъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи состоянія:

- 1) самостоятельное удлиненіе влагалищной части,
- 2) выпаденіе стѣнокъ влагалища съ удлиненіемъ влагалищной части

и 3) выпаденіе стѣнокъ влагалища и тѣла матки.

Говорятъ о полномъ выпаденіи влагалища, когда рукава совершенно отсутствуетъ, и о полномъ выпаденіи матки, когда послѣдняя лежитъ передъ наружными половыми

частями. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ неполнымъ выпаденіемъ.

Этіологія. „Выпаденіе матки“ чаще всего происходитъ въ климактерическомъ періодѣ и у рожавшихъ женщинъ. Въ первомъ случаѣ выпаденіе является слѣдствіемъ старческаго расслабленія мускулатуры и связочнаго аппарата, а во второмъ—главную роль играетъ неполная инволюція матки во время родовъ и нерѣдко случающіеся при послѣднихъ разрывы промежности. Гораздо рѣже наблюдается „выпаденіе матки“ у не рожавшихъ женщинъ и молодыхъ дѣвицъ, при чемъ причиной тутъ можетъ служить очень сильное напряженіе брюшнаго пресса во время поднятія, напримѣръ, большой тяжести, затѣмъ общая слабость организма, наконецъ, опухоли внутреннихъ половыхъ органовъ, которыя оттѣсняютъ внизъ влагалище и матку и подають, такимъ образомъ, поводъ къ выпаденію. Въ нѣкоторыхъ

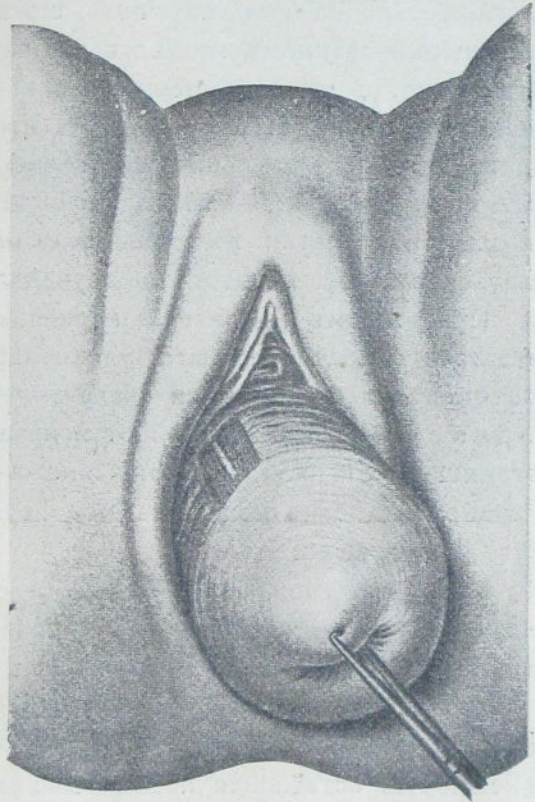


Рис. 34.—Выпаденіе матки и влагалища.

случаяхъ одновременно съ „выпаденіемъ матки“ наблюдались опущеніе внутренностей и паховыя грыжи.

Патологическая анатомія. При выпаденіи влагалища и матки мы находимъ между бедрами большой сѣровато-бѣлаго цвѣта опухоль, которая свѣшивается изъ половой щели и достигаетъ величины съ кулакъ или даже съ дѣтскую голову.

Опухоль покрыта слизистой оболочкой, которая хотя и принадлежитъ стѣнкамъ влагалища, но наощупь суха, шероховата, болѣе гладка и вообще приняла какъ бы характеръ кожи. На нижнемъ концѣ опухоли находится отверстіе—маточный зѣвъ. Въ области послѣдняго, а иногда и на всемъ остальномъ пространствѣ опухоли часто замѣчаются т. н. пролежневыя язвы, т.-е. изъязвленія, образовав-

шіяся вслѣдствіе тренія выпавшихъ частей о бедра или загрязненія ихъ пылью, потомъ и т. д.

Если, убѣдившись предварительно, что нѣтъ беременности, ввести черезъ маточный зѣвъ зондъ до дна матки, то мы увидимъ, что зондъ входитъ на 10—17 см. По большей части удлиненіе приходится почти исключительно на долю маточной шейки, въ чемъ можно убѣдиться при комбинированномъ изслѣдованіи черезъ прямую кишку, которое намъ укажетъ, что удлиненная шейка переходитъ въ относительно малое тѣло матки. Путемъ того же изслѣдованія мы можемъ рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло преимущественно съ удлиненіемъ влагалищной части безъ одновременнаго опущенія тѣла матки, или же передъ нами выпаденіе всей матки: въ первомъ случаѣ тѣло матки будетъ прощупываться въ тазу, во второмъ случаѣ тазъ окажется пустымъ.

При всякомъ „выпаденіи матки“, за исключеніемъ рѣдко встречающагося самостоятельнаго удлиненія влагалищной части, въ процессъ нерѣдко оказываются вовлеченными еще мочевоі пузырь и прямая кишка. Первый оттягивается внизъ выпавшей передней влагалищной стѣнкой, а прямая кишка—задней. Выпячиваніе мочевоі пузыря извѣстно подъ именемъ „cystocele“, а дивертикуль прямой кишки—„rectocele“.

Когда изслѣдованіе выпавшей черезъ половую щель опухоли окончено, нужно ее вправить, что обыкновенно безъ труда удается, если обхватить опухоль пальцами, слегка сдавить ее и оттѣснить кверху въ тазъ. Теперь мы въ состояніи будемъ рассмотретьъ широко зіяющій входъ во влагалище, а также имѣющійся по большей части разрывъ промежности, оставшійся послѣ бывшихъ когда-то родовъ. Соединенное изслѣдованіе укажетъ намъ, кромѣ того, что матка почти всегда находится въ ретрофлексіи.

Таковы патолого-анатомическія измѣненія при типичномъ выпаденіи матки вмѣстѣ съ влагалищемъ. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда выпаденія влагалищныхъ стѣнокъ нѣтъ, и имѣется только самостоятельное удлиненіе влагалищной части, послѣдняя получаетъ форму, похожую на половой членъ, и доходитъ до половой щели или даже далеко изъ нея выдается; влагалище не измѣнено, просвѣтъ его сохраненъ.

Симптомы. Въ первое время больныя ощущаютъ только неприятное напіраніе на низъ, особенно при ходьбѣ и работѣ. Затѣмъ появляются тупыя боли въ животѣ и крестцѣ, запоры и расстройства со стороны мочевоі пузыря въ видѣ частыхъ позывовъ, недержанія или задержанія мочи. Объясняются расстройства со стороны мочеис-

пускания дивертикулами мочевого пузыря (cystocele), благодаря которым застаивается моча, что, въ свою очередь, можетъ повести къ образованію катаррального воспаленія пузыря со всѣми его послѣдствіями *).

По мѣрѣ прогрессированія болѣзни, выпавшая изъ половой щели опухоль все увеличивается, но ночью во время сна она обыкновенно сама собою втячивается обратно. Въ виду этого не встрѣчается препятствій къ совокупленію, и нерѣдко даже наступаетъ беременность, въ теченіе которой матка уходитъ постепенно вверхъ; послѣ родовъ выпаденіе возобновляется. Выпавшія наружу части набухаютъ, а при нечистоплотномъ содержаніи на нихъ образуются вышеупомянутыя пролежневныя язвы, которыя кровоточатъ и гноятся.

Ко всему сказанному нужно прибавить, что иногда наблюдаются такія же неврастеническія явленія, какія мы уже изучили при ретрофлексіи, но эти явленія во всякомъ случаѣ не обязательны.

Распознаваніе не трудно: между бедрами торчитъ опухоль съ отверстіемъ, ведущимъ въ полость матки. Смѣшеніе возможно съ полипомъ и выворотомъ матки. Отъ перваго выпавшая матка отличается присутствіемъ отверстія, а отъ выворота—тѣмъ, что при послѣднемъ имѣется не одно центральное отверстіе (какъ это бываетъ при выпаденіи), а два боковыхъ отверстія трубъ.

Предсказаніе. Опасности для жизни болѣзнь не представляетъ.

На самостоятельное излеченіе нельзя рассчитывать; напротивъ, съ теченіемъ времени нужно ждать постепеннаго ухудшенія процесса.

Леченіе. Такъ какъ въ этиологіи проляпсовъ матки наибольшее значеніе имѣетъ недостаточная инволюція матки въ родильномъ періодѣ, а затѣмъ также оставшіеся послѣ родовъ разрывы промежности, необходимо обратить серьезное вниманіе на профилактическое предупрежденіе болѣзни. Съ этой цѣлью нужно запретить родильницамъ слишкомъ рано вставать съ постели и приниматься за тяжелую работу, такъ какъ это мѣшаетъ нормальному теченію послѣродового періода и особенно тяжело отзывается на обратномъ развитіи матки. Разрывъ промежности обязательно долженъ быть зашитъ сейчасъ же послѣ родовъ, а если бы разрывъ не зажилъ, то нужно переждать 8—10 недѣль родильнаго періода и тогда возстановить нор-

*) Катарральное воспаленіе мочевого пузыря (циститъ) можетъ по продолженію перейти на мочеточники, почечныя лоханки и почки.

мальныя отношенія по одному изъ способовъ, указанныхъ нами при леченіи старыхъ разрывовъ промежности (см. стр. 26). Нѣкоторые гинекологи рекомендуютъ, впрочемъ, если женщина сама кормить, отложить операцію до отнятія ребенка отъ груди.

Какъ ни важна профилактика, но въ практической жизни она встрѣчаетъ громадныя препятствія со стороны тяжелыхъ соціальныхъ условій, въ которыхъ живутъ женщины изъ рабочаго класса. Тѣмъ большее значеніе приобретаетъ для нихъ леченіе уже наступившихъ проляпсовъ. Леченіе это почти во всѣхъ случаяхъ требуетъ оперативнаго вмѣшательства, и только тогда, когда операція по той или другой причинѣ противопоказана, или больная отъ нея отказывается, примѣняются особые поддерживающіе снаряды въ видѣ т. н. гистерофоровъ или влагалищныхъ пессаріевъ.

Разсмотримъ сначала хирургическіе приемы леченія. Способовъ предложено много; выборъ той или другой операціи находится въ зависимости отъ того, съ какого рода проляпсомъ мы имѣемъ дѣло. Такъ, на примѣръ, при выпаденіи влагалища съ удлиненіемъ влагалищной части, но безъ выпаденія тѣла матки, производится операція Hegar'a, сущность которой сводится только къ суженію стѣнокъ рукава, потому что удлиненіе влагалищной части, обусловленное ея гипертрофіей, само собою проходитъ, коль скоро устранено выпаденіе влагалища. При выпаденіи влагалища съ одновременнымъ выпаденіемъ всей матки производится, кромѣ операціи Hegar'a, еще фиксація матки по одному изъ способовъ, указанныхъ при ретрофлексіи (см. стр. 58), т. е. вентрофиксація, вагинофиксація или операція Alexander-Adams'a. Наконецъ, рѣже всего при самостоятельномъ удлиненіи влагалищной части примѣняется клиновидная ампутація шейки, состоящая въ томъ, что изъ обѣихъ губъ гипертрофированной влагалищной части вырѣзываютъ по клиновидному куску. Мы остановимся подробнѣе на операціи Hegar'a.

Сущность ея, какъ сказано, состоитъ въ суженіи передней и задней влагалищныхъ стѣнокъ. Достигается эта задача тѣмъ, что изъ стѣнокъ рукава вырѣзываются овальные куски, а затѣмъ оставшіяся дефекты зашиваются. Такая операція извѣстна подъ именемъ кольпоррафіи (colporrhaphia), при чемъ различаютъ: переднюю кольпоррафію (colporrhaphia anterior), если операція производится на передней стѣнкѣ влагалища, и заднюю кольпоррафію (colporrhaphia posterior), если изсѣкаютъ кусокъ задней стѣнки.

Подготовленіе больной, инструментовъ и пр. такое же, какъ и при перинеоррафіи (см. стр. 27). Сначала дѣлаютъ переднюю коль-

поррафію: натянувши посредствомъ пулевыхъ щипцовъ выпавшую изъ половой щели опухоль, вырѣзываютъ изъ передней влагалищной стѣнки овальный кусокъ слизистой оболочки на протяженіи отъ валика мочеиспускательнаго канала до влагалищной части матки и образовавшійся дефектъ соединяютъ двойнымъ рядомъ швовъ. Такимъ же способомъ дѣлается потомъ задняя кольпоррафія, къ которой очень часто приходится присоединить еще перинеоррафію, чтобы зашить имѣющійся обыкновенно старый разрывъ промежности; если даже такого разрыва нѣтъ, нужно произвести удлиненіе промежности впередъ на счетъ половой щели, чтобы уменьшить ея чрезмѣрное зіяніе, способствующее выпаденію влагалищныхъ стѣнокъ. Техника такого удлиненія промежности ничѣмъ не отличается отъ перинеоррафіи по способу Lawson-Tait'a.

Заднюю кольпоррафію и перинеоррафію можно соединить въ одну операцію, а именно—кольпоперинеоррафію. Техника послѣдней это—техника перинеоррафіи по способу Hegara.

Послѣдовательное леченіе при кольпоррафіи тождественно съ таковымъ при перинеоррафіи. Больная должна оставаться въ постели послѣ операціи не менѣе двухъ недѣль.

Результаты, получающіеся послѣ операціи, нужно признать вполне удовлетворительными, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ и наблюдаются рецидивы, особенно если больная принуждена слишкомъ скоро приниматься за тяжелую работу. Это относится также и къ тѣмъ случаямъ „выпаденія матки“, которыя требуютъ фиксаціи ея по одному изъ извѣстныхъ способовъ. Техника фиксаціи матки изложена была при ретрофлексіи, а потому мы ее тутъ повторять не станемъ. Укажемъ только, что у крѣпкихъ больныхъ фиксація матки производится вмѣстѣ съ кольпоррафіей въ одинъ приемъ, у слабыхъ же и хилыхъ женщинъ обѣ операціи дѣлаются въ два приема съ болѣе или менѣе значительнымъ промежуткомъ.

Сущность клиновидной ампутаціи шейки уже была нами изложена. Болѣе подробно мы ее разсматривать не будемъ, такъ какъ необходимость въ этой операціи встрѣчается довольно рѣдко.

Мы переходимъ теперь къ описанію поддерживающихъ снарядовъ, которые въ качествѣ лечебной мѣры при „выпаденіяхъ матки“ занимаютъ второстепенное мѣсто послѣ хирургическихъ приемовъ леченія. Изъ числа поддерживающихъ приборовъ чаще всего употребляется влагалищный пессарій и гистерофоръ. Примѣняются они только въ тѣхъ случаяхъ, когда радикальнсе леченіе почему-либо противопоказано, напрѣмръ, у старухъ за 60 лѣтъ, при наличности какой-нибудь осложняющей болѣзни и т. д.

Затѣмъ, у молодыхъ женщинъ, для которыхъ оперативное суженіе влагалища могло бы явиться значительнымъ препятствіемъ во время предстоящихъ, быть-можетъ, родовъ, наконецъ, у очень робкихъ больныхъ, которыя не могутъ рѣшиться на операцію — во всѣхъ этихъ случаяхъ показаны палліативныя мѣры, т.е. примѣненіе поддерживающихъ приборовъ.



Рис. 35.—Блюдцеобразный пессарій.

Изъ пессаріевъ чаще всего употребляется уже извѣстный намъ (см. выше) пессарій Hodge, а также блюдцеобразный пессарій, показанный на рис. 35.

Для введенія пессарія больную нужно положить на спину и прежде всего произвести вправленіе выпавшихъ частей. Послѣ этого выбирается пессарій такой величины, чтобы онъ не производилъ значительнаго давленія на стѣнки таза, и чтобы можно было провести свободно палецъ между кольцомъ и стѣнками влагалища. При употребленіи пессаріевъ необходимо строгое соблюденіе предосторожностей, которыя уже были указаны въ главѣ о леченіи ретрофлексіи (см. стр. 55).

Ношеніе пессаріевъ оказывается болѣе или менѣе полезнымъ только при неполныхъ проляпсахъ. Если же имѣется полное выпаденіе матки, а тазовое дно при этомъ сильно разслаблено, то цѣлесообразнѣе рекомендовать гистерофоръ. Послѣдній представляетъ собой чашеобразный приборъ, снабженный ножкой и двумя парами ремней. Ножка вводится во влагалище и поддерживаетъ выпадающія части, а ремни пристегиваются къ специальному поясу, впереди и позади бедеръ. На ночь больная вынимаетъ гистерофоръ, очищаетъ, а утромъ вводитъ опять.

Вмѣсто гистерофора можно посоветовать ношеніе Т-образной подвязки съ эластической подушкой на половыя части. Такое простое приспособленіе особенно примѣнимо, конечно, у недостаточныхъ больныхъ.

Укажемъ въ заключеніе, что нѣкоторыми гинекологами при проляпсахъ примѣняется еще мѣстный массажъ, чѣмъ достигается укрѣпленіе связочнаго аппарата и мышцъ тазового дна такъ, что выпавшія части могутъ мало-по-малу принять нормальное положеніе. Польза такого леченія, однако, весьма сомнительна.

5. Выворотъ матки (*inversio uteri*).

Вслѣдствіе извѣстныхъ болѣзненныхъ состояній матка выворачивается, подобно тому какъ выворачивается палецъ перчатки,

такъ что внутренняя оболочка дѣлается наружной, а наружная—внутренней.

Этіологія. Патологическое состояніе, извѣстное подъ именемъ „выворота матки“, встрѣчается очень рѣдко. Возникаетъ оно по большей части во время родовъ, а именно въ періодъ отдѣленія дѣтскаго мѣста. Если въ это время матка находится въ состояніи атоніи, и на дно ея подѣйствуетъ сила по направленію къ малому тазу, то дно матки начинаетъ опускаться внизъ, проходитъ черезъ сильно растянутый цервикальный каналъ и показывается, наконецъ, во влагалищѣ, а затѣмъ и внѣ половой щели. Такія условія даны, напри- мѣръ, въ томъ случаѣ, если тянуть за пуповину тогда, когда послѣдъ еще тѣсно соединенъ съ дномъ матки; выворотъ можетъ образоваться также при т. н. приращеніи плаценты, дѣйствующей на дно матки своей тяжестью; наконецъ, тутъ, можетъ-быть, происходитъ разстройство координаціи сокращеній, т.-е. сокращающіяся мышцы матки работаютъ сильнѣе, чѣмъ растянутые мускулы шейки. Кромѣ всѣхъ этихъ послѣродовыхъ выворотовъ, наблюдается такое же состояніе и внѣ беременности, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ причиной могутъ явиться опухоли дна матки, увлекающія его за собой въ силу тяжести.

Патологическая анатомія. Во влагалищѣ или впереди него констатируется опухоль, сидящая на ножкѣ, которая охвачена расширеннымъ маточнымъ отверстиемъ. Въ опухоли замѣчаются два отверстия трубъ. Вывороченная наружу слизистая оболочка матки подвергается ороговѣнію, изъязвленію, а иногда даже гангреногенности. Полость матки всегда уменьшена (до 1-го дюйма). Иногда къ вывороту присоединяется выпаденіе матки—*prolapsus uteri inversi*.

Симптомы.—Въ острыхъ случаяхъ появляются сильнѣйшія боли, кровотеченіе, упадокъ пульса и обморокъ. Затѣмъ кровотеченія становятся хроническими, появляются бѣли и явленія, обусловливаемые сдавленіемъ мочевого пузыря и прямой кишки, начинается упадокъ питанія, и развивается цѣлый рядъ нервныхъ разстройствъ, которыя мы уже не разъ изучали (см. искривленія матки).

Распознаваніе болѣзни не трудно и ставится на основаніи вышеизложенныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ. Возможно смѣшеніе (чаще всего по неопытности изслѣдователя) съ фибрознымъ полипомъ,*) вышедшимъ изъ матки во влагалище. Однако, при полипѣ мы путемъ комбинированнаго изслѣдованія всегда найдемъ дно матки, между тѣмъ какъ при выворотѣ на мѣстѣ дна бу-

*) О фиброзныхъ полипахъ см. „Опухоли матки“.

детъ находиться болѣе или менѣе значительное углубленіе. Кромѣ того, въ цѣляхъ діагностическихъ можно прибѣгнуть къ введенію въ маточную полость зонда: при полипѣ онъ войдетъ на 6—7 см., при выворотѣ же онъ, конечно, скоро натолкнется на препятствіе.

Предсказаніе. Въ острыхъ случаяхъ прогнозъ серіозенъ, такъ какъ возможенъ смертельный исходъ, обусловливаемый тяжелой кровопотерей. Въ большинствѣ случаевъ, однако, женщины переживаютъ благополучно острый періодъ болѣзни, но предсказаніе и тогда неблагоприятно въ томъ отношеніи, что самостоятельное вправленіе наблюдается рѣдко, и кровотечения сильно истощаютъ больныхъ.

Леченіе. Профилактическое предупрежденіе выворота матки въ послѣродовомъ періодѣ родового акта составляетъ задачу акушерства. Здѣсь мы имѣемъ въ виду терапію, примѣняемую при застарѣлыхъ случаяхъ выворота, при чемъ сначала примѣняются консервативные методы леченія, а въ случаѣ ихъ неудачи приходится прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству.

Сушность консервативнаго леченія сводится къ вправленію матки: пулевыми щипцами захватываютъ переднюю и заднюю губу шейки и осторожно оттягиваютъ ее нѣсколько внизъ въ то время, какъ другой рукой, введенной во влагалище, сдавливаютъ слегка вывернутое дно матки и стараются оттѣснить его вверхъ. Производится вправленіе подъ наркозомъ. Оно удается такъ просто только въ сравнительно свѣжихъ случаяхъ. По большей же части приходится пробовать другіе способы, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ нужно поставить кольпейринтеръ. Послѣдній наполняется теплой водой и въ обезпложенномъ видѣ вводится во влагалище на 6—8 часовъ. Подъ вліяніемъ кольпейринтера ткани размягчаются и оттѣсняютъ кверху дно матки, такъ что нерѣдко оно постепенно само расправляется. Приходится часто примѣнять кольпейринтеръ въ теченіе многихъ недѣль, при чемъ все время нужно аккуратно измѣрять температуру: повышеніе послѣдней должно служить показаніемъ къ временному удаленію кольпейринтера и промыванію влагалища какимъ нибудь дезинфицирующимъ растворомъ.

Если всѣ попытки консервативнаго леченія кончаются неудачей, то переходятъ къ оперативному вмѣшательству. Подъ послѣднимъ еще въ недавнее время подразумѣвалось только удаленіе матки, за неимѣніемъ другихъ способовъ леченія, въ настоящее же время примѣняется сначала операція Küstner'a, позволяющая сохранить матку, и только въ случаѣ неудачи послѣдней остается удаленіе матки.

Сущность операціи Küstner'a состоитъ въ томъ, что вскрываютъ задній влагалищный сводъ и, проникнувъ, такимъ образомъ, въ брюшную полость, разрѣзаютъ продольно заднюю стѣнку матки, начиная отъ воронкообразнаго вдавленія, которое образовалось благодаря вывороту. Благодаря разрѣзу и расширенію воронки матка обыкновенно легко вправляется, послѣ чего сшивается задняя стѣнка матки, а затѣмъ и вскрытый сводъ.

Если и послѣ расщепленія задней стѣнки матки вправленіе не удастся, то прибѣгаютъ къ крайней мѣрѣ, т.-е. къ оперативному удаленію матки. Съ этой цѣлю пулевыми щипцами захватывается вывороченное дно матки и низводится ко входу во влагалище. Затѣмъ возлѣ наружнаго зѣва черезъ всю толщу матки проводятъ насквозь двѣ крѣпкихъ лигатуры (одну справа, другую слѣва) и туго ихъ стягиваютъ. Цѣль лигатуръ *)—захватить обѣ маточныя артеріи, трубы и круглыя связки. Ниже наложенныхъ лигатуръ перерѣзаютъ поперекъ матку и оставшуюся культю зашиваютъ.

Укажемъ въ заключеніе, что въ тѣхъ случаяхъ, когда выворотъ обусловленъ опухолью **) дна матки (см. выше), нужно прежде всего удалить новообразованіе, послѣ чего матка обыкновенно сама собою вправляется.

6. Грыжа матки (*hysterocele*).

Матка очень рѣдко образуетъ содержимое грыжевого мѣшка, при чемъ чаще встрѣчаются паховыя грыжи и рѣже бедренныя. Образованіе грыжи часто находится въ связи съ неправильнымъ развитіемъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Первоначально въ грыжевой мѣшокъ переходятъ придатки матки, а затѣмъ уже втягивается и послѣдняя.

Грыжа матки становится особенно опасной при возникновеніи беременности: грозятъ преждевременные роды, или можетъ даже потребоваться кесарское сѣченіе.

Распознаваніе маточной грыжи. Наличность грыжи вообще устанавливается путемъ обычныхъ признаковъ и составляетъ задачу хирургической діагностики. Что имѣется именно грыжа матки, доказываютъ слѣдующія данныя: во время мѣсячныхъ грыжа увеличивается, матки на должномъ мѣстѣ нѣтъ, зондъ, введенный въ матку, направляется въ грыжевой мѣшокъ.

Леченіе—оперативное.

*) Лигатуры, если онѣ правильно наложены, предохраняютъ отъ кровотеченія.

***) По большей части рѣчь идетъ о міомѣ.

Воспалительныя заболѣванія матки.

Матка состоитъ изъ трехъ оболочекъ (слизистой, мышечной и серозной), и каждая изъ нихъ можетъ подвергнуться самостоятельному заболѣванію. Такъ, на примѣръ, если воспалительный процессъ захватываетъ слизистую оболочку, то получается эндометритъ (endometritis); при пораженіи мышечнаго слоя мы имѣемъ метритъ (metritis); наконецъ, если воспаление касается брюшиннаго покрова матки, то развивается периметритъ (perimetritis). Однако, дѣленіе это нужно признать нѣсколько искусственнымъ, такъ какъ всѣ три оболочки слишкомъ тѣсно между собой связаны, и воспаление легко переходитъ благодаря этому съ одного слоя на другой; при этомъ острия воспалительныя формы поражаютъ по большей части тѣло и шейку матки одновременно, хроническіе же процессы нерѣдко захватываютъ только одинъ изъ этихъ отдѣловъ.

Согласно классификаціи Döderlein'a, основанной на этиологическомъ принципѣ, всѣ воспалительныя процессы въ маткѣ нужно подраздѣлить на двѣ большія группы: къ первой относятся тѣ формы воспаленія, которыя вызываются внѣдреніемъ микроорганизмовъ*); всѣ остальные процессы, возникающіе безъ участія зародышей, составляютъ вторую группу.

1-ая группа, т. е. заразныя заболѣванія будутъ рассмотрѣны особо въ концѣ книги.

Въ настоящей же главѣ рассмотримъ только небактерійныя воспаленія матки. Эти послѣднія могутъ локализоваться или въ тѣлѣ матки, или въ шейкѣ, въ зависимости отъ чего отдѣльно будутъ изложены: метро-эндометритъ тѣла матки (metro-endometritis corporis) и метро-эндометритъ шейки (metro-endometritis cervicalis). Терминъ „метро-эндометритъ“ подразумѣваетъ воспалительный процессъ въ слизистой и мышечной оболочкахъ матки; что же касается воспалительныхъ заболѣваній ея серознаго покрова (периметритъ), то они будутъ рассмотрѣны въ главѣ о воспаленіи тазовой брюшины.

Метро-эндометритъ шейки (metro-endometritis cervicalis).

Процессъ этотъ начинается съ цервикальнаго катарра (воспаленіе слизистой оболочки шейки), который въ застарѣлыхъ слу-

*) Микробы поступаютъ изъ влагалища и нижняго отдѣла цервикальнаго канала, гдѣ они содержатся даже въ нормальныхъ случаяхъ; кромѣ того, зародыши заносятся извнѣ, на примѣръ, при операціяхъ, во время родовъ, при совокупленіи (гонококкъ) и т. д.

чаяхъ переходитъ и на болѣе глубокіе слои (метро-эндометритъ въ собственномъ смыслѣ).

Этіологія цервикальнаго катарра еще недостаточно выяснена. Извѣстно только, что онъ встрѣчается у хлоротическихъ, анемичныхъ дѣвушекъ и развивается нерѣдко вслѣдствіе нечистоплотнаго содержанія половыхъ частей, особенно во время мѣсячныхъ. Онализмъ, слишкомъ крѣпкія спринцеванія, прижиганія, половые эксцессы и всѣ другія раздраженія также способствуютъ возникновенію катарра шейки, чаще же всего онъ развивается послѣ родовъ, особенно, если осталось зіяніе половой щели вслѣдствіе незажившаго разрыва промежности. Наконецъ, мы можемъ встрѣтить воспалительное заболѣваніе шейки въ качествѣ сопутствующаго явленія при другихъ патологическихъ процессахъ, напримѣръ, при неправильныхъ положеніяхъ матки, о чемъ уже было сказано выше.

Патологическая анатомія. Слизистая оболочка цервикальнаго канала гиперемирруется, набухаетъ и даетъ обильное, тягучее, полупрозрачное отдѣленіе кислой реакціи; кромѣ того, констатируются разращеніе железъ и мелкоклѣточная инфильтрація.

Изъ цѣлаго ряда другихъ измѣненій *) мы прежде всего должны указать образованіе т. н. эрозій (erosiones) на влажной части, которая распо-

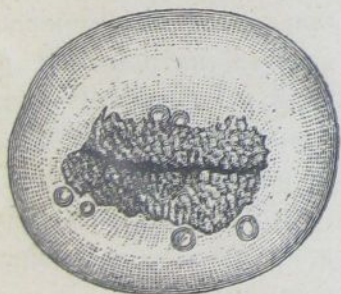


Рис. 36.—Эрозія.

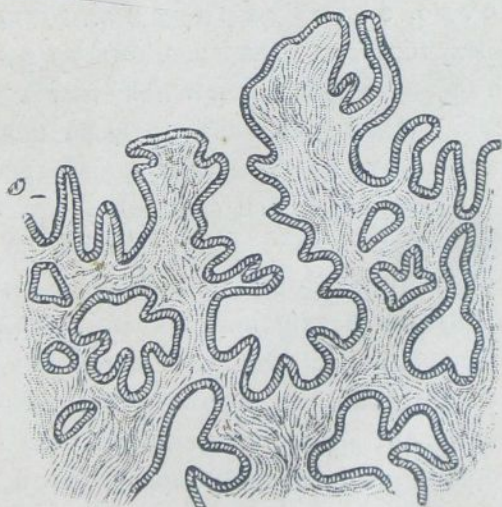


Рис. 37.—Микроскопическая картина эрозіи.

жены въ окружности маточнаго зѣва и представляются въ видѣ красныхъ, легко кровоточащихъ участковъ, характерно выдѣляющихся среди остальной болѣе блѣдной и блестящей поверхности шейки. Происхожденіе эрозій объясняется превращеніемъ нормальнаго плоскаго

*) Эти измѣненія появляются съ извѣстной постепенностью, по мѣрѣ развитія болѣзни.



многослойного эпителия влажной части въ однослойный цилиндрической, а превращеніе это, въ свою очередь, ведетъ къ тому, что богатая кровью ткань начинаетъ сильно просвѣчивать и обуславливаетъ, такимъ образомъ, красный цвѣтъ эрозій.

Кромѣ указанной метаморфозы одного вида эпителия въ другой, замѣчается еще значительное разраженіе выстилающаго цервикальный каналъ цилиндрическаго эпителия, каковое разраженіе зависитъ отъ воспалительнаго раздраженія, дѣйствующаго на слизистую оболочку шейки. Благодаря разраженію эпителия, начинается постепенное выпячиваніе слизистой оболочки, которое особенно усиливается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется разрывъ шейки, оставшія послѣ родовъ. Иногда особенно разрастается отдѣльная группа железокъ, въ видѣ небольшихъ выступовъ, или же получаются т. н. слизистые полипы (polypus mucosus), т.-е. сидящія на ножкѣ болѣе или менѣе значительныя образованія.

При застарѣлыхъ воспаленіяхъ слизистой оболочки шейки въ процессъ постепенно втягиваются и болѣе глубокіе слои влажной части, и эндометритъ шейки становится, такимъ образомъ, метро-эндометритомъ. Этотъ послѣдній характеризуется, главнымъ образомъ, разраженіемъ соединительной ткани и железъ, а въ результатъ получается такое сильное утолщеніе и уплотненіе тканей, что нерѣдко даже иглы ломаются при наложеніи швовъ (напримѣръ, на губы при клиновидной ампутаціи).

Резюмируя все сказанное о патолого-анатомической картинѣ болѣзни, мы можемъ распредѣлить ее на нѣсколько стадій: въ первомъ періодѣ (начальномъ) мы будемъ имѣть тѣ явленія, которыми характеризуется всякій катарръ слизистой оболочки, т.-е. гиперемію, набуханіе, обильное отдѣленіе и мелко-кѣлочную инфильтрацію. Въ слѣдующей стадіи, по мѣрѣ развитія болѣзни, на первый планъ выступаетъ гиперплазія цилиндрическаго эпителия, что ведетъ, съ одной стороны, къ появленію эрозій, а съ другой, къ выпячиванію слизистой цервикальнаго канала и образованію небольшихъ выступовъ и полиповъ. Наконецъ, въ послѣдней стадіи, когда поражаются уже глубокія ткани шейки, происходитъ гипертрофія послѣдней, благодаря разраженію соединительной ткани и железъ.

Общее наше заключеніе о метро-эндометритѣ шейки то, что весь процессъ носитъ гиперпластическій характеръ. То же мы увидимъ ниже и при изложеніи метро-эндометрита тѣла матки.

Симптомы и теченіе. Первая жалоба больныхъ при метро-эндометритѣ шейки это болѣе или менѣе обильное выдѣленіе слизи („бѣди“). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдаются еще, кромѣ того,

тупыя боли въ нижней части живота и въ крестцѣ, присоединяется чувство общей разбитости, и развиваются, наконецъ, извѣстные симптомы со стороны нервной системы, которые мы уже нѣсколько разъ приводили. Нужно, впрочемъ, имѣть въ виду, что эти нервныя явленія такъ же, какъ и общее недомоганіе, скорѣе зависятъ отъ сопутствующаго малокровія и плохого питанія, чѣмъ отъ мѣстнаго процесса на шейкѣ.

Разстройства со стороны мѣсячныхъ не обязательны. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются слизистые полипы, регулы становятся болѣе обильными, да и „бѣли“ принимаютъ кровянисто-слизистый характеръ. Тяжелая дисменоррея *) можетъ возникнуть почти исключительно у нерожавшихъ женщинъ и обуславливается тогда узкостью маточнаго зѣва, который закупоривается слизью, препятствующей свободному выдѣленію мѣсячныхъ кровей изъ матки. Больныя заявляютъ въ такихъ случаяхъ, что боли появляются у нихъ за нѣсколько часовъ или дней до наступленія регулъ, но, лишь только показывается кровь, боль прекращается, что очень характерно.

Закупорка цервикальнаго канала служитъ также механическимъ препятствіемъ для проникновенія сѣменныхъ нитей, а потому при метро-эндометритѣ шейки нерѣдко наблюдается безплодіе (sterilitas).

Что касается теченія болѣзни, то оно по большей части очень длительное. Она тянется иногда цѣлые годы, и только въ климактерическомъ возрастѣ можетъ, наконецъ, наступить самопроизвольное излеченіе.

Распознаваніе не трудно при осмотрѣ посредствомъ зеркаль, при чемъ описанныя выше измѣненія въ такомъ случаѣ хорошо видны. Нерѣдко можно уже пальцемъ ощупать утолщеніе губы, неровности слизистой оболочки канала и присутствіе полипа. Нужно, однако, имѣть въ виду, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ возможно смѣшеніе съ начинающимся ракомъ, ранняя діагностика котораго, конечно, имѣетъ громадное практическое значеніе. Вопросъ этотъ будетъ подробно рассмотрѣнъ въ главѣ о ракѣ.

Предсказаніе. Метро-эндометритъ шейки не представляетъ опасности для жизни, но онъ можетъ причинять значительныя разстройства и принять очень длительное теченіе.

Леченіе должно быть общее и мѣстное. Первое сводится къ тому, что предписываются укрѣпляющія діета, ванны и тоническія

*) Дисменорреей называютъ болѣзненные мѣсячныя.

средства, а также принимаются мѣры къ регулированію отправленій кишечника и мочевого пузыря. Явленія со стороны нервной системы, если таковыя имѣются, также требуютъ соотвѣтствующей терапіи. Что же касается мѣстнаго леченія, то оно будетъ различно, въ зависимости отъ тѣхъ патолого-анатомическихъ измѣненій, которыя находятъ при изслѣдованіи.

Въ сравнительно свѣжихъ случаяхъ, когда имѣется только легкій катарръ слизистой оболочки шейки, ограничиваются вяжущими спринцеваніями и смазываніями (таннинъ, слабыя растворы квасцовъ и т. д.), чѣмъ достигается иногда полное излеченіе. Эрозіи требуютъ примѣненія прижигающихъ средствъ, изъ которыхъ чаще всего употребляютъ неочищенный древесный уксусъ (*ac. pyrolignosum crudum*), затѣмъ квасцы, крѣпкій растворъ формалина и т. д. Болѣе энергично дѣйствуетъ азотная кислота, 10⁰/₀ растворъ хлористаго цинка, liquor Bellostii и пр., но всѣ эти средства употребляются лишь при очень большихъ эрозіяхъ и требуютъ осторожности, такъ какъ слишкомъ сильныя и частыя прижиганія слизистой цервикальнаго канала могутъ повести къ его суженію, особенно у не рожавшихъ женщинъ. Нѣкоторые предпочитаютъ прижиганіямъ большихъ эрозій выскабливаніе ихъ острой ложечкой, послѣ чего еще дѣлаютъ нѣсколько точечныхъ уколовъ ножомъ или остроконечнымъ прижигателемъ термокаутера. Наряду съ прижиганіями всегда назначаются спринцеванія изъ древеснаго уксуса, таннина, квасцовъ и т. д., при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже приходится такими спринцеваніями ограничиваться, когда больная, напримѣръ, вслѣдствіе сильной нервозности не выноситъ прижиганій. Иногда случается такъ, что даже спринцеванія невыносимы для больной, и тогда остается только общее леченіе, о которомъ мы уже говорили.

Гиперемія и значительное припуханіе влагалищной части служатъ показаніемъ къ мѣстному крововызвлеченію, техника котораго весьма проста и состоитъ въ томъ, что въ переднюю и заднюю губу дѣлаютъ отъ 6-ти до 10-ти уколовъ, извлекая, такимъ образомъ, около столовой ложки крови; послѣ этого рекомендуется еще введеніе тампоновъ изъ іодоформъ или таннинъ-глицерина.

Слизистые полипы должны быть удалены: если такой полипъ сидитъ на ножкѣ, то его захватываютъ крѣпкимъ корнцангомъ (т. н. полипные щипцы) и отрываютъ при помощи вращательныхъ движеній; если же полипъ связанъ съ цервикальнымъ каналомъ широкимъ основаніемъ, то его отрѣзаютъ ножницами, послѣ чего приходится обыкновенно наложить нѣсколько швовъ.

Дисменоррея, если она зависитъ отъ узости маточнаго зѣва, требуетъ кроваваго расширенія послѣдняго, чтобы облегчить стокъ мѣсячныхъ кровей изъ матки. Достигается такое расширение зѣва путемъ т. н. дисцизии, которая состоитъ въ томъ, что влагалищную часть расщепляютъ съ правой и лѣвой стороны на протяженіи приблизительно $1\frac{1}{2}$ —2 см.; при этомъ, чтобы предотвратить сращеніе разрывовъ, накладываютъ, во-первыхъ, швы, стараясь соединить ими слизистыя оболочки цервикальнаго канала и влагалищной части, а во-вторыхъ, въ каналъ шейки вводятъ іодоформный тампонъ, который удаляютъ только дней черезъ шесть. Эта простая операція даетъ обыкновенно хорошій результатъ: маточный зѣвъ зияетъ, задержки отдѣленій не происходитъ, и цервикальный катарръ вмѣстѣ съ дисменорреей, ради которой потребовалось вмѣшательство, по большей части излечивается.

При переходѣ воспалительнаго процесса на глубокія ткани, получается, какъ мы уже знаемъ, гипертрофія влагалищной части, и гипертрофія эта можетъ быть устранена клиновидной ампутаціей шейки—операціей уже нами разсмотрѣнной въ главѣ о выпаденіяхъ матки.

Послѣднее измѣненіе, которое можетъ потребовать съ нашей стороны оперативнаго вмѣшательства, это—глубокіе разрывы шейки, остающіеся иногда послѣ родовъ. Сущность примѣняемой въ такихъ случаяхъ т. н. Emmet'овской операціи состоитъ въ томъ, что края разрывовъ освѣжаютъ и соединяютъ ихъ швами. Однако, нужно имѣть въ виду, что, какъ Emmet'овская операція, такъ и клиновидная ампутація шейки имѣютъ въ общемъ сравнительно ограниченное приложеніе, такъ какъ и гипертрофія влагалищной части, и разрывы шейки сами по себѣ могутъ и не вызывать никакихъ разстройствъ. Такой взглядъ получилъ, впрочемъ, господство лишь въ послѣдніе годы, раньше же вышеуказанныя операціи находили себѣ гораздо болѣе обширное примѣненіе.

Метро-эндометритъ тѣла матки (metro-endometritis corporis).

Этіологія. Причины, вслѣдствіе которыхъ развивается метро-эндометритъ тѣла матки, еще недостаточно изучены. Часто исходнымъ пунктомъ процесса является воспалительное заболѣваніе шейки, а потому все то, что сказано было выше объ этиологіи цервикальнаго катарра, относится также и къ метро-эндометриту тѣла матки. Хлорозъ и анемія, нечистоплотное содержаніе половыхъ частей, онанизмъ, половые эксцессы и всякія раздраженія—все это можетъ подать поводъ

къ возникновенію воспалительнаго процесса въ шейкѣ, а затѣмъ и въ маткѣ. Особенно часто наблюдается метро-эндометритъ тѣла при недостаточной инволюціи матки въ родильномъ періодѣ или при задержкѣ въ маточной полости остатковъ плаценты и оболочекъ, что встрѣчается иногда послѣ родовъ или выкидыша. Какъ сопутствующее заболѣваніе мы можемъ встрѣтить воспалительный процессъ въ маткѣ при неправильныхъ ея положені-

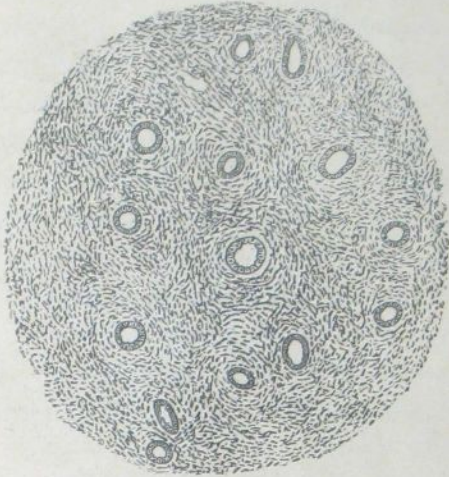


Рис. 38.—Нормальная слизистая оболочка матки.

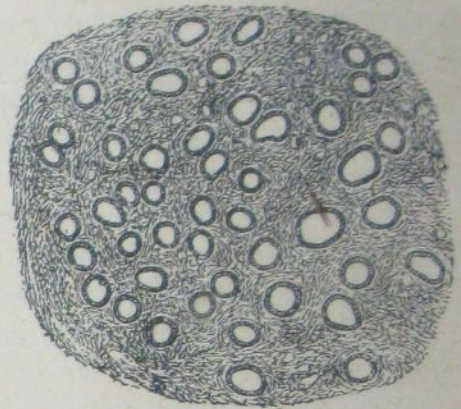


Рис. 39.—Железистый гиперпластическій эндометритъ. Поперечный разрѣзь.

яхъ, при міомѣ и ракѣ. Наконецъ, во многихъ случаяхъ причиной метроэндометрита тѣла можетъ стать хроническое воспаление яичниковъ.

Патологическая анатомія. Выше, при разсмотрѣніи метро-эндометрита шейки мы уже указали, что воспалительные процессы матки (не бактерійные!) характеризуются, главнымъ образомъ, гиперпластическими измѣненіями. Намъ остается теперь только развить это положеніе, при чемъ сначала мы дадимъ патолого-анатомическую картину эндометрита, а потомъ метрита. Не нужно, однако, забывать, что оба эти процесса тѣсно между собой связаны, почему ихъ и объединяють подъ однимъ общимъ названіемъ: „метро-эндометритъ“.

Измѣненія эндометрія изучены весьма тщательно. Макроскопически мы констатируемъ при эндометритѣ тѣла матки обычныя явленія: гиперемію, набуханіе, разрыхленіе и секрецію (не обильную); вся слизистая оболочка сильно разрастается и нерѣдко бываетъ пронизана кровоизліянiями. Что же касается микроскопической картины, то тутъ различають двѣ формы: железистую и интерстиціальную, въ зависимости отъ того, гдѣ лока-

лизуется процессъ—въ железахъ или межжелезистой ткани; кромѣ того, наблюдается еще смѣшанная форма, представляющая собой комбинацію первыхъ двухъ группъ. Разсмотримъ теперь всѣ эти формы.

Железистый эндометритъ (*endometritis glandularis*) характеризуется гипертрофіей или гиперплазіей железъ; при гипертрофіи идетъ рѣчь объ увеличеніи размѣровъ железъ безъ увеличенія ихъ количества, при гиперплазіи же мы имѣемъ дѣло съ новообразованиемъ железъ, т.-е. съ увеличеніемъ числа ихъ (см. рис. 38 и 39).

Переходя къ интерстиціальнымъ эндометритамъ (*endometritis interstitialis*), мы констатируемъ при нихъ или разрастаніе клѣтокъ (см. рис. 40) въ межжелезистой ткани, или же увеличеніе волоконъ; первое имѣетъ мѣсто въ начальныхъ стадіяхъ процесса, второе—въ болѣе позднемъ періодѣ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ постепенно можетъ произойти полная атрофія сосудовъ и железъ и замѣщеніе ихъ соединительной тканью, такъ что слизистая оболочка погибаетъ, и получается картина т. н. атрофирующаго эндометрита (*endometritis atrophicans*).

Послѣдняя, еще не разсмотрѣнная нами форма эндометритовъ это—смѣшанная форма (*endometritis mixta*). При ней будутъ преобладать то разращеніе железъ, то гиперплазія интерстиціальной ткани, но главной характерной чертой смѣшаннаго эндометрита служатъ чрезвычайно сильныя, разлитыя разращенія слизистой оболочки, которая часто бываютъ усажены бородавчатыми или ворсинчатыми наростами и представляютъ собой даже настоящіе полипы. Встрѣчаются эти разращенія, главнымъ образомъ, у маточнаго отверстія Фаллопиевыхъ трубъ, эндометритъ же съ такой характерной картиной называютъ разлитымъ или фунгознымъ.

Мы переходимъ теперь къ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ при метритѣ. Измѣненія эти не такъ хорошо изучены, какъ вышеописанныя явленія въ эндометрии, но во всякомъ случаѣ мы тутъ также имѣемъ дѣло съ гиперпластическимъ процессомъ, при чемъ въ однихъ случаяхъ будетъ преобладать разращеніе мышечныхъ волоконъ, а въ другихъ—гиперплазія межволоконцевой соедини-

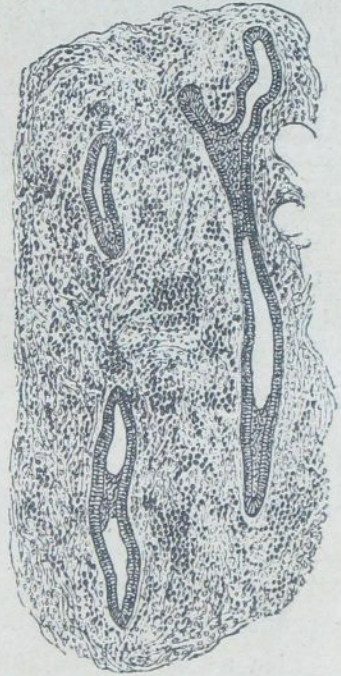


Рис. 40.—Интерстиціальнѣй эндометритъ. Мягкоклеточное пропитываніе.

тельной ткани. Какъ въ однихъ, такъ и въ другихъ случаяхъ результатъ будетъ тождественный—припуханіе и утолщеніе маточныхъ стѣнокъ, что характерно для изучаемаго нами процесса.

Сопоставляя теперь все сказанное до сихъ поръ, мы можемъ въ краткихъ словахъ такъ резюмировать патолого-анатомическую картину болѣзни: метро-эндометритъ тѣла матки характеризуется прежде всего обычными явленіями катарра, а затѣмъ сильнымъ разращеніемъ воспаленной слизистой оболочки, которое можетъ коснуться или железъ, или межжелезистой ткани, или тѣхъ и другой вмѣстѣ; таковы измѣненія въ эндометріи, участіе же маточныхъ стѣнокъ въ процессѣ выражается ихъ набуханіемъ и утолщеніемъ на счетъ мышечныхъ волоконъ или межмышечной клѣтчатки. Объ общемъ характерѣ патологическаго процесса, т.-е. о преобладаніи гиперпластическихъ измѣненій, мы говорили выше.

Симптомы и теченіе. Первый и наиболѣе важный симптомъ при метро-эндометритѣ тѣла матки это—разстройство мѣсячныхъ. Выражается это разстройство въ томъ, что регулы становятся болѣе обильными и болѣе продолжительными (отъ 6-ти до 14-ти дней), при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ, кромѣ того, еще сопровождаются болѣе или менѣе сильной болью. Такое усиленіе мѣсячныхъ объясняется разращеніемъ слизистой оболочки и можетъ повести къ рѣзкому малокровію благодаря чрезмѣрнымъ кровопотерямъ.

Выдѣленія изъ половыхъ частей наблюдаются не всегда и, въ противоположность бѣлямъ при цервикальномъ катаррѣ, они бывають не особенно обильными, болѣе жидкими и мутными.

На зачатіе вліяніе болѣзни безусловно неблагопріятно: съ одной стороны, затруднено прикрѣпленіе оплодотвореннаго яйца къ больной слизистой оболочкѣ матки, съ другой—, даже при возникновеніи беременности послѣдняя нерѣдко преждевременно прерывается, т.-е. наступаетъ абортъ.

Къ указаннымъ разстройствамъ постепенно присоединяется цѣлый рядъ другихъ явленій, которыя выступаютъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ болѣе въ воспалительномъ процессѣ принимаетъ участіе мышечный слой матки. Къ числу такихъ явленій нужно прежде всего отнести разстройства со стороны прямой кишки и мочевого пузыря (запоръ и частые позывы на мочу), затѣмъ непріятныя ощущенія въ нижней части живота и боли въ крестцѣ.

Что при заболѣваніяхъ женской половой сферы по большей части появляются разстройства со стороны нервной системы, мы уже нѣсколько разъ указывали. Но нигдѣ эти нервныя явленія не наступаютъ такъ часто и въ такой тяжелой формѣ, какъ при метро-эндометритѣ

тѣла матки, при чемъ могутъ наблюдаться самые разнообразныя симптомы, которые привыкли объединять подъ именемъ т. н. неврастеніи. Различныя болѣзненныя ощущенія во всемъ тѣлѣ, особенно въ ногахъ, нижней части живота, позвоночникѣ и ребрахъ, затѣмъ т. н. желудочные симптомы, т.-е. отрыжка, тошнота, давленіе въ подложечной области, рвота, наконецъ, сердцебіеніе, головныя боли, бессонница и угнетенно-раздражительное состояніе духа—все это проявленія неврастеніи, которая часто выступаетъ на первый планъ во всей картинѣ болѣзни. Особенно характерна измѣнчивость неврастеническихъ симптомовъ, ихъ разнообразіе и большая или меньшая зависимость отъ душевныхъ воздѣйствій. Тѣмъ не менѣе всегда нужно имѣть въ виду заболѣванія соотвѣтствующихъ органовъ (напримѣръ, катарръ желудка, порокъ сердца и т. д.) и, только исключивъ эти заболѣванія, можно поставить діагнозъ неврастеніи, которымъ иногда злоупотребляютъ.

Распознаваніе. Основные симптомы метро-эндометрита тѣла это—обильныя мѣсячныя, выдѣленія изъ половыхъ частей и боли при менструаціи, и обо всѣхъ этихъ явленіяхъ мы легко можемъ узнать изъ анамнеза. Однако, если мы по поводу указанныхъ жалобъ произведемъ объективное изслѣдованіе больной, то ни при ощупываніи ни при осмотрѣ зеркаломъ не окажется въ сущности никакихъ анатомическихъ измѣненій, которыми можно было бы объяснить всѣ эти симптомы. Измѣнена, вѣдь, главнымъ образомъ, слизистая оболочка матки, т.-е. поверхность, непосредственно намъ недоступная, а потому ее и нужно подвергнуть изслѣдованію по какому-нибудь другому способу. Правда, во многихъ случаяхъ мы при метро-эндометритѣ тѣла будемъ имѣть утолщеніе и увеличеніе матки, но стѣнки послѣдней могутъ, видимо, и совсѣмъ остаться неизмѣненными, а именно тогда, когда воспалительный процессъ еще недостаточно захватилъ мышечную оболочку матки. Такимъ образомъ, чтобы съ достовѣрностью діагносцировать метро-эндометритъ тѣла матки, нужно доказать наличность соотвѣтствующихъ измѣненій въ ея слизистой оболочкѣ. Спрашивается, какимъ же путемъ мы можемъ изслѣдовать эту пораженную воспалительнымъ процессомъ слизистую?—Проще всего воспользоваться для этой цѣли маточнымъ зондомъ. Убѣдившись предварительно, что нѣтъ беременности, и при строжайшемъ соблюденіи правилъ асептики зондъ вводятъ въ полость матки и стараются опредѣлить состояніе слизистой оболочки. Если послѣдняя нормальна, то при зондированіи внутренняя поверхность матки оказывается ровной и плотной; напротивъ, при наличности разраженій, эта поверхность представляется рыхлой, мягкой, какъ бы бархатистой. Можно еще, кромѣ того, при-

бѣгнуть къ т. н. пробному выскабливанію, т.е. ввести въ полость матки острую ложечку и удалить небольшой кусокъ разрыхленной слизистой; этотъ кусокъ подвергается затѣмъ микроскопическому изслѣдованію, при которомъ и констатируются вышеизложенныя измѣненія въ железистой и межжелезистой тканяхъ. Нужно при этомъ имѣть въ виду, что въ смыслѣ клиническаго леченія совершенно не важно, имѣемъ ли мы дѣло съ железистой или интерстиціальной формами, такъ какъ въ томъ и другомъ случаяхъ симптомы будутъ тождественны.

Тутъ же мы считаемъ умѣстнымъ остановиться вкратцѣ на нѣкоторыхъ деталяхъ микроскопическаго изслѣдованія кусочковъ, такъ какъ получающаяся при этомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ картина можетъ подать поводъ заподозрить гораздо болѣе тяжелые, чѣмъ эндометритъ, процессы. Дѣло въ томъ, что гиперплазія железъ иногда является лишь первой ступеню злокачественнаго новообразованія, и своевременное распознаваніе послѣдняго имѣетъ, конечно, громадное практическое значеніе. Вотъ, какъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нужно толковать констатируемыя подъ микроскопомъ измѣненія: гиперплазія железъ, если только онѣ выстланы однослойнымъ эпителиемъ,—процессъ доброкачественный; напротивъ, если эпителий становится многослойнымъ и выполняетъ просвѣтъ железъ, то имѣется переходъ къ раку. Когда разращеніе железъ настолько сильное,

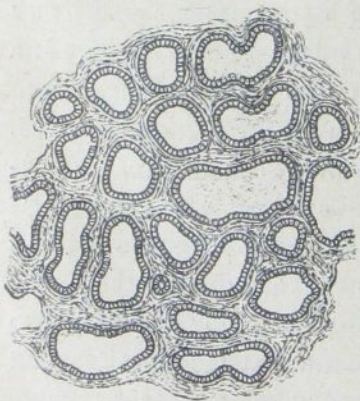


Рис. 41.—Железистый эндометритъ съ очень сильнымъ разращеніемъ железъ, но эпителий при этомъ однослойный.—Аденома.



Рис. 42.—Аденокарцинома. Железистыя полости почти совершенно выполнены многослойнымъ эпителиемъ.

что почти невозможно становится различить промежуточную ткань, то говорятъ объ аденомѣ, а если при этомъ эпителий дѣлается многослойнымъ и выполняетъ весь просвѣтъ, то мы можемъ

діагносцировать аденокарциному. Все сказанное станетъ для насъ еще яснѣе ниже, послѣ того какъ мы рассмотримъ новообразованія матки (см. рис. 41 и 42).

Такъ ставится отличительное распознаваніе между метро-эндометритомъ, ракомъ и аденомой. Но, кромѣ того, нужно еще имѣть въ виду возможность міомы (см. новообразованія матки) и беременность. Міому нужно особенно тщательно искать въ толщѣ маточныхъ стѣнокъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется сильная дисменоррея, такъ какъ эта послѣдняя нерѣдко именно и обуславливается міомой, а не метро-эндометритомъ. При этомъ противъ міомы (и за метро-эндометритъ) говорятъ равномерное утолщеніе матки, плотность и отсутствіе на ея поверхности какихъ бы то ни было неровностей.

Что касается беременности, то противъ нея говоритъ плотная консистенція матки. Объ обычныхъ принципахъ распознаванія беременности мы здѣсь не говоримъ, такъ какъ это входитъ въ задачи акушерства.

Предсказаніе благоприятнѣе всего въ свѣжихъ случаяхъ, когда мышечная оболочка матки еще мало или совсѣмъ не поражена. Въ противномъ случаѣ, болѣзненные симптомы иногда окончательно исчезаютъ только послѣ полного прекращенія мѣсячныхъ, т. е. съ наступленіемъ климактерическаго періода. Впрочемъ, даже при рѣзкихъ измѣненіяхъ стѣнокъ можно путемъ соотвѣтствующаго леченія добиться значительнаго улучшенія гораздо раньше, чѣмъ наступитъ климактерій.

Леченіе. Въ цѣляхъ профилактическихъ весьма большое значеніе могла бы получить разумная половая гигиена, если бы только этому не препятствовали тяжелыя соціальныя условія, въ которыхъ приходится жить большинству современныхъ женщинъ. Однако, такія предписанія, какъ естественныя половыя сношенія, соблюденіе чистоты, своевременное по возможности вставаніе послѣ родовъ и т. д.,—всѣ такія мѣры исполнимы и способствуютъ предохраненію женщинъ отъ болѣзни.

Леченіе уже наступившей болѣзни распадается на мѣстное и общее. Послѣднее придерживается тѣхъ же принциповъ и методовъ, которые были изложены при метро-эндометритѣ шейки (см. стр. 73), и у молодыхъ дѣвицъ на первыхъ порахъ такимъ леченіемъ и ограничиваются. Напротивъ, если симптомы, главнымъ образомъ кровотеченіе, принимаютъ угрожающій характеръ, то всегда показано мѣстное леченіе.

Такъ какъ однимъ изъ самыхъ тяжелыхъ симптомовъ при метро-эндометритѣ тѣла являются обильныя регулы, то мѣстное леченіе Гивекологія.

прежде всего должно преслѣдовать уменьшеніе кровотеченій.
Примѣняютъ съ этой цѣлью эрготинъ, гидрастисъ канаденсисъ, затѣмъ



Рис. 43.—Острая ложечка.

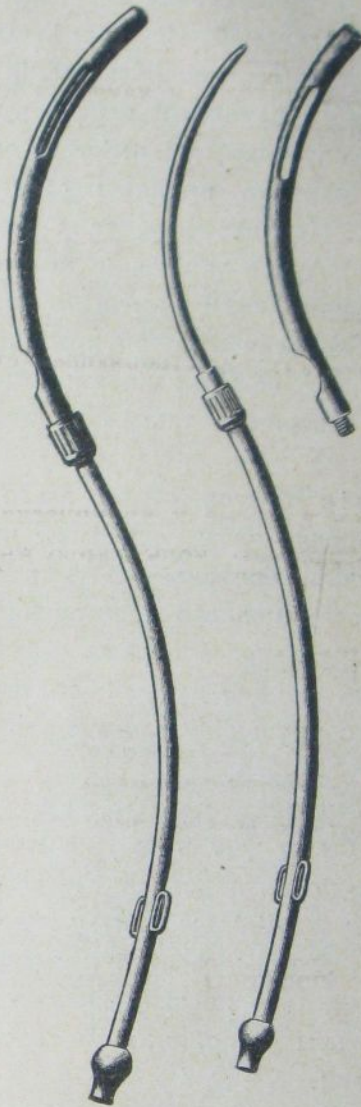


Рис. 44.—Маточный катетеръ Bozemann-Fritsch'a.



Рис. 45.—Маточная палочка.

стиптицинъ и стиптоль; однако, всѣ эти симптоматическія средства часто даютъ очень слабый и кратковременный эффектъ, что весьма понятно: причина, вызывающая кровотеченіе—разраженіе слизистой—этими средствами не устраняется. Поэтому основная задача при метро-эндометритѣ тѣла, сопровождающемся крово-

теченіями, это—удаленіе разросшейся слизистой, что достигается посредством выскабливанія. Производится эта операція подь наркозомъ и при строжайшемъ соблюденіи правилъ асептики и антисептики: сбриваютъ волосы на половыхъ частяхъ, тщательно обмываютъ ихъ мыломъ, точно такъ же, какъ и влагалище и влагалищную часть, а затѣмъ вытираютъ ихъ спиртомъ и какимъ-нибудь дезинфицирующимъ растворомъ. Передъ выскабливаніемъ приходится обыкновенно расширить цервикальный каналъ, что достигается при помощи расширителей Hegar'a. Когда расширение канала доведено до такой степени, что можно ввести въ полость матки острую ложечку, этой послѣдней осторожно выскабливаютъ слизистую оболочку на стѣнкахъ и днѣ матки, послѣ чего посредствомъ катетера Vozemann'a дѣлаютъ промываніе 1⁰/₀ растворомъ соды, хорошо растворяющей слизь.

Если операція производится при соблюденіи антисептическихъ правилъ, то она безопасна. Противопоказаніемъ къ производству выскабливанія служатъ свѣжіе воспалительные процессы въ маткѣ и ея придаткахъ, а также и хроническое воспаленіе придатковъ, тазовой клѣтчатки и брюшины, коль скоро въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ констатируется при изслѣдованіи болѣзненность.

Когда разросшаяся слизистая удалена, нужно подумать о томъ, чтобы предотвратить новое разращеніе ея, а для этого лучшимъ средствомъ служитъ прижиганіе; къ послѣднему приступаютъ на 6-ой день послѣ выскабливанія и повторяютъ его затѣмъ нѣсколько разъ черезъ все большіе промежутки времени. Употребляютъ для прижиганія іодную настойку (лучше всего!), 50⁰/₀ формалинъ, хлористый цинкъ и т. д., при чемъ всѣ эти средства вводятся въ полость матки при помощи маточной палочки, на которую плотно наворачиваютъ обезпложенную вату. Послѣ выскабливанія больная остается въ постели пять дней, а послѣ каждого прижиганія нѣсколько часовъ.

Выскабливаніе матки, какъ мѣра противъ кровотеченій, даетъ по большей части хорошій результатъ. Если же эффекта не получается, то необходимо изслѣдовать пальцемъ полость матки, чтобы убѣдиться, не поддерживается ли кровотеченіе слизистымъ полипомъ или подслизистой міомой (см. ниже). Такое изслѣдованіе возможно, конечно, только послѣ предварительнаго расширения цервикальнаго канала, что можетъ быть достигнуто различными способами. Такъ, на примѣръ, можно ввести въ каналъ (на 12 часовъ) палочку ламинарии или тупело, которая пропитывается отдѣленіями шейки, разбухаетъ и способствуетъ, такимъ образомъ, ея расширенію. Однако, при такомъ способѣ не всегда возможно бываетъ соблюденіе асептики, а потому его рекомендовать нельзя. Цѣлесообразнѣе всего добиться расширенія цервикаль-

наго канала введеніемъ стерилизованной или іодоформной марли, которой плотно набиваютъ шейку и влагалище, а затѣмъ, если бы черезъ сутки получилось еще недостаточное расширение, можно прибѣгнуть къ расширителямъ Hegar'a.

Когда расширение цервикальнаго канала тѣмъ или другимъ способомъ достигнуто, входятъ въ полость матки указательнымъ пальцемъ

правой руки, а наложенной на животъ другой рукой стараются въ то же время отдавить по направленію къ пальцу матки, такъ что можно хорошо ощупать ея полость и удалить, въ случаѣ надобности, источникъ кровотеченій—слизистый полипъ *) или подслизистую міому **).

Если ни однимъ изъ указанныхъ средствъ кровотеченіе не приостанавливается, то единственнсе, что еще остается, это—полное влагалищное вылушеніе матки, къ каковой операци, къ счастью, приходится прибѣгать весьма рѣдко ***).

Кромѣ кровотеченій, при метро-эндометритѣ тѣла матки наблюдаются, какъ извѣстно, еще выдѣленія изъ половыхъ частей и дисменоррея. Эти симптомы, если только они достигаютъ слишкомъ рѣзкой степени, также служатъ показаніемъ къ производству выскабливанія, такъ какъ и въ этомъ случаѣ нерѣдко находятъ болѣе или менѣе значительныя полипозныя разращенія.

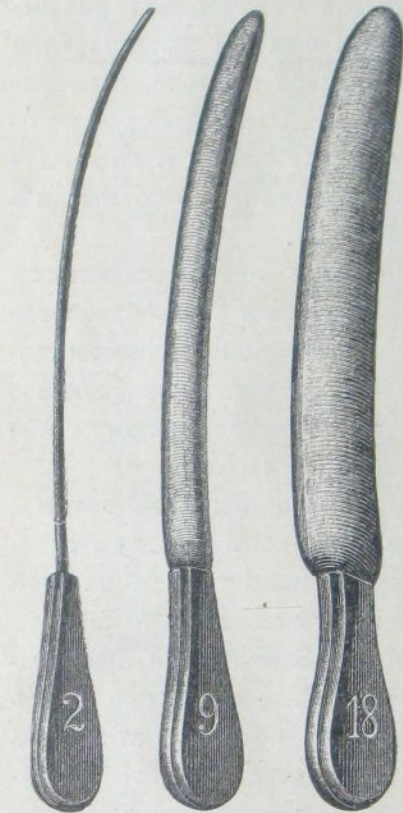


Рис. 46.—Расширители Hegar'a $\frac{2}{3}$ естеств. величины.

Всѣ приведенные до сихъ поръ методы мѣстнаго леченія, а именно: выскабливаніе, прижиганіе и промываніе имѣли въ виду воздѣйствіе на слизистую оболочку матки. Что же касается патолого-анатомическихъ измѣненій въ ея мышечномъ слоѣ (припуханіе и утолщеніе), то тутъ прежде всего умѣстны горячія спринцеванія и

*) Слизистый полипъ удаляется острой ложечкой.

***) Удаленіе міомы указано въ соответствующей главѣ.

***) Нѣкоторые рекомендуютъ при упорныхъ кровотеченіяхъ оперативное удаленіе обоихъ яичниковъ, но къ этой операци прибѣгаютъ въ общемъ весьма рѣдко.

продолжительное употребленіе спорыньи съ цѣлью вызвать сокращенія мускульныхъ волоконъ, затѣмъ разсольныя ванны и питье слабительныхъ водъ (тѣ и другія лишь въ томъ случаѣ, когда больная не слишкомъ малокровна), наконецъ, скарификаціи влагалищной части или смазыванія іодной настойкой и тампоны съ ихтіоль-, таннинъ- и іодоформъ-глицериномъ.

Въ числѣ принимаемыхъ при метро-эндометритѣ тѣла мѣръ весьма важное значеніе имѣетъ забота объ очисткѣ кишечника. Благодаря привычнымъ запорамъ, послѣдній часто бываетъ переполненъ громаднымъ количествомъ каловыхъ массъ, такъ что становится прямо невѣроятнымъ, какъ могло произойти такое огромное скопленіе экскрементовъ. Лучшее всего опорожненіе кишечника достигается маляными клизмами, которыя нужно продолжать до тѣхъ поръ, пока не перестанутъ выдѣляться куски стараго кала. Когда, такимъ образомъ, удалось очистить кишки, нужно позаботиться объ упорядоченіи стула, при чемъ никоимъ образомъ нельзя приучать больныхъ къ слабительнымъ, такъ какъ послѣднія въ концѣ концовъ перестаютъ дѣйствовать. Нужно прибѣгнуть къ помощи діететическихъ мѣръ (плоды, овощи, черный хлѣбъ и т. д.), и лишь въ крайнемъ случаѣ можно время отъ времени назначать легкія слабительныя средства, каковы, на примѣръ, ревень, тамаринды, cascara sagrada и т. д.

Послѣдняя, но не второстепенная задача врача это—борьба съ симптомами неврастеніи. Что нужно имѣть въ виду заболѣванія соотвѣтствующихъ органовъ и лечить таковыя въ случаѣ надобности, мы уже говорили. Главное вниманіе должно быть, однако, обращено на укрѣпленіе нервной системы, и тутъ, кромѣ соотвѣтствующей обстановки, которая должна доставить больной абсолютный покой и разумный образъ жизни, выступаетъ, во-первыхъ, водолеченіе во всѣхъ его видахъ (ванны, холодныя обтиранія, теплыя морскія купанья и т. д.), затѣмъ различныя укрѣпляющія и тоническія средства, какъ, на примѣръ, желѣзо, мышьякъ, санатогенъ и гигіама, наконецъ, психическое воздѣйствіе самого врача, которое бываетъ тѣмъ благотворнѣе, чѣмъ больше онъ успѣлъ заслужить довѣріе больной своимъ участливымъ къ ней отношеніемъ. Что касается тѣхъ симптомовъ, которыми проявляется неврастенія, то противъ нихъ приходится употреблять цѣлый рядъ средствъ, столь же многочисленныхъ, какъ и тѣ явленія, съ которыми приходится бороться. Перечисленіе этихъ средствъ не входитъ въ нашу задачу.

Патологія мѣсячныхъ.

Преждевременное появленіе мѣсячныхъ (*menstruatio praecox*). Ранняя половая зрѣлость.

О преждевременныхъ мѣсячныхъ говорятъ въ томъ случаѣ, если онѣ появляются значительно раньше обычнаго возраста и повторяются затѣмъ черезъ болѣе или менѣе правильные промежутки времени. Въ нашихъ мѣстностяхъ первое появленіе регулъ бываетъ обыкновенно на 15-мъ году. Слѣдовательно, если мѣсячныя появились у больной раньше, на примѣръ, 12-го года, мы можемъ говорить о *menstruatio praecox*.

Въ связи съ преждевременнымъ появленіемъ мѣсячныхъ стоитъ обыкновенно и ранняя половая зрѣлость больной: на наружныхъ половыхъ частяхъ появляются волосы, развиваются грудныя железы, тазъ и внутренніе половые органы начинаютъ принимать форму, свойственную зрѣлой дѣвицѣ, во многихъ случаяхъ обнаруживается половое чувство, можетъ наступить беременность и т. д. Несмотря, однако, на преждевременное развитіе тѣла, умственныя способности остаются обыкновенно въ соотвѣтствіи съ даннымъ возрастомъ и преждевременнаго развитія не достигаютъ.

Преждевременное появленіе мѣсячныхъ наблюдалось у дѣтей во всѣхъ возрастахъ, даже въ первые мѣсяцы жизни. Беременность наступала на 11-12-13-мъ году, даже на 8-мъ году жизни.

Этіологія преждевременной половой зрѣлости еще не выяснена. Нужно допустить, что измѣненія въ яичникахъ составляютъ причину преждевременнаго появленія мѣсячныхъ и другихъ признаковъ ранней половой зрѣлости. Мнѣніе это находитъ себѣ подтвержденіе въ случаѣ, описанномъ Hofmeister'омъ, наблюдавшимъ появленіе регулъ у 5-ти-лѣтней дѣвочки; послѣ удаленія у послѣдней быстро растущей опухоли яичника кровотеченія прекратились, а сбритые на половыхъ частяхъ волосы вновь не отрасли.

Укажемъ въ заключеніе, что распознаваніе при появленіи кровотеченій изъ половыхъ органовъ въ дѣтскомъ возрастѣ должно быть основано на правильности этихъ кровотеченій. Однократное выдѣленіе крови не даетъ еще права діагностицировать преждевременныя мѣсячныя, такъ какъ кровотеченіе можетъ зависѣть въ данномъ случаѣ отъ какой-нибудь болѣзни, которая сопровождается кровотеченіемъ не только изъ половыхъ органовъ, на примѣръ: асфиксія новорожденныхъ, инфекціонныя заболѣванія и т. д.

Отсутствіе мѣсячныхъ (amenorrhoea). ✓

Отсутствіе мѣсячныхъ можетъ быть явленіемъ физиологическимъ или патологическимъ. Физиологически регуль не бываетъ до наступленія половой зрѣлости, въ климактерическомъ періодѣ, во время беременности, наконецъ, обычно и въ періодѣ кормленія грудью (но не всегда). Что касается патологической аменорреи, то причины ея могутъ быть мѣстныя или общія. Къ числу мѣстныхъ причинъ относятся пороки развитія и болѣзни матки и яичниковъ; они въ соответствующихъ отдѣлахъ нами указаны. Изъ общихъ причинъ нужно на первомъ мѣстѣ поставить малокровіе и хлорозъ, затѣмъ изнурительныя болѣзни, сильныя кровотеченія и слишкомъ продолжительное кормленіе грудью, далѣе тучность и хроническія отравленія (напримѣръ, морфинизмъ, алкоголизмъ и т. д.), наконецъ, бугорчатку, сахарное мочеизнуреніе, психозы и ракъ. Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ прекращаются не только мѣсячныя, но и овуляція.

Кромѣ аменорреи, вызываемой одной изъ мѣстныхъ или общихъ причинъ, нужно еще упомянуть такъ называемую функціональную аменоррею, при которой нельзя констатировать какого бы то ни было органическаго заболѣванія. Сюда относятся: сильныя душевныя волненія, испугъ, страхъ, горе, боязнь забеременѣть (рѣдко!) или, наоборотъ, страстное желаніе беременности, наконецъ, сильное умственное напряженіе и измѣненіе обычнаго образа жизни—во всѣхъ этихъ случаяхъ можетъ наблюдаться функціональная аменоррея.

Аменоррея обыкновенно сопровождается различными расстройствами (*molimina menstrualia*) мѣстнаго и общаго характера, каковы: боли въ нижней части живота и поясницѣ, головныя боли, сердцебіеніе, общее недомоганіе и разбитость, незначительныя выдѣленія изъ половыхъ частей—всѣ эти симптомы стоятъ по большей части въ связи съ основной болѣзнью, вызывающей и самое аменоррею. Однако, и при отсутствіи органическихъ заболѣваній, т.-е. при функціональной аменорреѣ, могутъ наблюдаться тѣ же симптомы, при чемъ они нерѣдко усиливаются къ тому времени, когда должны были бы появиться регулы.

Распознаваніе.—Въ нѣкоторыхъ случаяхъ аменорреи нельзя найти для нея никакой причины. Когда къ намъ является больная съ жалобой на отсутствіе мѣсячныхъ, то прежде всего слѣдуетъ разспросить, были ли у больной раньше регулы, или нѣтъ. Если таковыхъ еще не было ни разу, то нужно путемъ изслѣдованія убѣдиться, нѣтъ ли въ данномъ случаѣ какого нибудь порока развитія со стороны половыхъ

органовъ, напимѣръ, атрезіи, вслѣдствіе которой кровь не можетъ выдѣлиться наружу изъ-за ненормальнаго закрытія полового аппарата *).

Напротивъ, если регулы нѣкоторое время появлялись, а потомъ пропали, то нужно искать одну изъ вышеупомянутыхъ мѣстныхъ или общихъ причинъ. Если таковыхъ нѣтъ, то аменоррея, быть-можетъ, функціональнаго характера; выяснить это можетъ только подробный разспросъ больной.

Предсказаніе зависитъ отъ причины, вызвавшей аменоррею. Если причина устранима, предсказаніе благоприятно, и наоборотъ.

Леченіе при аменорреѣ, зависящей отъ мѣстныхъ причинъ, должно быть направлено на заболѣванія половыхъ органовъ. Съ этой цѣлью необходимо устранить оперативнымъ путемъ атрезію половыхъ органовъ, если это, конечно, только возможно; или лечатъ въ случаѣ надобности имѣющуюся атрофію матки (см. соотвѣтствующую главу) и т. д. Если же аменоррея вызвана общими причинами, нужно принять мѣры противъ этихъ послѣднихъ. Такъ, напимѣръ, при малокровіи и хлорозѣ—правильный режимъ, легко усваиваемая и укрѣпляющая діета, пребываніе въ деревнѣ, гигиеническая одежда, препараты мышьяка, желѣза и т. д. У тучныхъ женщинъ—леченіе ожирѣнія (много движенія и Маріенбадская вода). При бугорчаткѣ, сахарномъ мочеизнуреніи, психозахъ и ракѣ аменоррея неустраима; наконецъ, при функціональной аменорреѣ болѣзнь имѣетъ по большей части переходящій характеръ и не требуетъ особаго леченія. Въ заключеніе укажемъ, что, если основная причина аменорреи, повидимому, устранена, а мѣсячныя все же не появляются, можно испытать нѣкоторыя мѣстныя и внутреннія средства, способствующія появленію регулъ. При этомъ нужно замѣтить, что отъ примѣненія мѣстныхъ средствъ у дѣвушекъ лучше всего воздержаться, а дѣйствіе внутреннихъ средствъ, такъ называемыхъ мѣсячногонныхъ, крайне ненадежно. Вотъ—эти средства: 1) Мѣстныя средства—раздраженіе слизистой оболочки посредствомъ электрическаго тока или зонда, горячія спринцеванія влагалища, скарификаціи влагалищной части матки, мѣстный массажъ, теплыя сидячія или ножныя ванны, общія углекислыя ванны. 2) Мѣсячногонныя средства—*Natrium salicylicum*, *kalium hypermanganicum*, сабуръ, сантонинъ и т. д.

Слишкомъ обильныя мѣсячныя (*menorrhagia*).

Количество крови, теряемой женщиной во время регулъ, составляетъ въ фізіологическихъ случаяхъ около 250 куб. сант.; тѣмъ не

*) Подробнѣе мы говоримъ объ этомъ въ слѣдующей главѣ.

менѣе количество это находится въ зависимости отъ индивидуальных особенностей и подвержено значительнымъ колебаніямъ, такъ что меноррагіи говорятъ только тогда, когда слишкомъ обильное кровотеченіе отражается на общемъ состояніи организма и вызываетъ явленія малокровія (слабость, блѣдность кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ, сердцебіеніе, головныя боли и т. д.).

Слишкомъ обильныя мѣсячныя составляютъ одинъ изъ главныхъ симптомовъ при эндометритѣ, ретрофлексіи и міомѣ (см. соотвѣтствующіе отдѣлы). Далѣе, меноррагія наблюдается при гемофилии (кровоточивости), цынгѣ, Верльгофовой болѣзни, при многихъ инфекціонныхъ *) болѣзняхъ (оспа, холера, брюшной тифъ), при порокахъ сердца и нефритѣ. Затѣмъ, тучность и хлорозъ, подавая въ однихъ случаяхъ поводъ къ аменорреѣ, могутъ въ другихъ случаяхъ сопровождаться, наоборотъ, слишкомъ обильными мѣсячными или же нетипическими маточными кровотеченіями (metrorrhagia). Наконецъ, кровотеченія, связанная съ періодомъ окончательнаго прекращенія мѣсячныхъ (такъ называемый климактерическій періодъ), наблюдаются между 45—48-ми годами, при чемъ время наступленія ихъ отличается неправильностью.

Какъ меноррагія, такъ и метроррагія опасны не столько благодаря вызываемымъ ими явленіямъ малокровія, сколько въ виду вреднаго вліянія ихъ на сердце!

Терапія меноррагіи и метроррагіи должна быть направлена противъ той основной болѣзни, которая вызываетъ маточное кровотеченіе. Но, такъ какъ кровотеченіе само по себѣ, какъ опасный симптомъ, требуетъ немедленной помощи, то на ряду съ причиннымъ леченіемъ здѣсь на первый планъ выступаетъ леченіе симптоматическое, направленное къ остановкѣ кровотеченія. Однимъ изъ лучшихъ средствъ для остановки маточнаго кровотеченія является плотная тампонація влагалища іодоформной ватой, а если этого оказывается недостаточно, то еще и тампонада матки іодоформной марлей. Кровоостанавливающей тампонъ для влагалища представляетъ собой плотно свернутый шарикъ изъ обезпложенной ваты съ обернутой вокругъ него и завязанной узломъ ниткой, имѣющей около 25 сант. въ длину. Во избѣжаніе быстрого разложенія тампона во влагалищѣ лучше всего присыпать его (тампонъ) іодоформомъ. Передъ введеніемъ тампона во влагалище необходимо обмыть половыя части мыломъ и какимъ-нибудь обеззараживающимъ растворомъ, послѣ чего влагалище расширяютъ зеркаломъ и

*) При инфекціонныхъ болѣзняхъ, кромѣ меноррагіи, могутъ наблюдаться также нетипическія маточныя кровотеченія (metrorrhagia).

вводить через него посредством корнцанга или маточного зонда нѣсколько тампоновъ, стараясь придавить ихъ къ сводамъ влагалища. Тампоны оставляютъ во влагалищѣ приблизительно на сутки, послѣ чего ихъ извлекаютъ за нитку, свѣшивающуюся въ вагины. Что касается тампонаціи матки, то и эта манипуляція довольно проста: Расширивъ влагалище зеркаломъ, переднюю губу маточного зѣва захватываютъ пулевыми щипцами, вводятъ въ зѣвъ при помощи пинцета іодоформную марлю и посредствомъ маточного зонда проталкиваютъ ее въ полость матки, пока послѣдняя не будетъ вся вытампонирована. Къ тампонаціи матки присоединяютъ тампонаду влагалища, при чемъ маточно-влагалищный тампонъ можно оставить приблизительно на сутки. Тампонація, произведенная умѣло, почти всегда даетъ эффектъ, который, однако, по большей части бываетъ лишь временнымъ. Изъ другихъ средствъ, примѣняемыхъ для остановки кровотеченій изъ матки, упомянемъ горячія *) влагалищныя спринцеванія (въ 40° R.), дѣйствіе которыхъ нерѣдко бываетъ довольно продолжительно, затѣмъ прикладываніе пузыря со льдомъ на животъ, наконецъ, прижиганія слизистой оболочки матки, описанныя нами въ главѣ о метро-эндометритѣ тѣла матки.

Изъ лекарственныхъ средствъ наиболѣе употребительны: 1) Препараты спорыньи **), 2) *extract. fluid. hydrastis canadensis* (3 раза въ день по 20-30 капель), 3) стиптицинъ или стиптоль (4-5 разъ въ день по 0,05), 4) *tinctura hammamelis virginicae* (3 раза въ день по 20—30 капель) и др.

При кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ порока сердца, хорошо дѣйствуютъ препараты наперстянки. При тучности рекомендуютъ леченіе въ Мариенбадѣ.

Въ послѣднее время стали рекомендовать для остановки маточныхъ кровотеченій такъ называемое ошпариваніе матки (*atmocausis*), состоящее въ томъ, что въ матку посредствомъ особаго прибора вводится горячій паръ, дѣйствующій прижигающимъ образомъ на слизистую оболочку. Польза ошпариванія матки признана, главнымъ образомъ, при климактерическихъ кровотеченіяхъ.

Укажемъ въ заключеніе, что крайней мѣрой является оперативное, удаленіе матки или яичниковъ, къ каковой мѣрѣ приходится, къ счастью, прибѣгать рѣдко.

*) Въмѣсто горячихъ спринцеваній, примѣняются еще холодныя влагалищныя спринцеванія, но они плохо переносятся.

**) Rp. Ergotin Bonjean. 1,0

Aq. destill. 150,0

Mds. 3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ.

Болѣзненные мѣсячныя (dysmenorrhoea).

О болѣзненныхъ мѣсячныхъ или дисменорреѣ говорятъ въ томъ случаѣ, если разстройства, составляющія физиологическое явленіе даже при нормальныхъ регулахъ, достигаютъ слишкомъ большихъ размѣровъ и заставляютъ женщину сильно страдать. Разстройства, сопровождающія дисменоррею, бываютъ мѣстныя и общія. Мѣстныя разстройства выражаются въ сильныхъ боляхъ въ животѣ и крестцѣ и могутъ имѣть схваткообразный или же болѣе или менѣе постоянный характеръ. Въ первомъ случаѣ, т.-е., когда боли появляются съ промежутками—въ видѣ схватокъ, онѣ зависятъ отъ затрудненнаго стока крови изъ матки, вызываемаго, въ свою очередь, суженіемъ маточнаго зѣва (наружнаго или внутренняго). Во второмъ случаѣ, т.-е. при постоянныхъ боляхъ, послѣднія зависятъ по большей части отъ воспалительныхъ заболѣваній матки, яичниковъ или трубъ.

Кромѣ перечисленныхъ причинъ, ^{дисе}меноррея можетъ зависѣть еще отъ недостаточнаго развитія матки при нормальныхъ яичникахъ, затѣмъ она встрѣчается иногда при хлорозѣ, наконецъ, наблюдается такъ называемая нервная дисменоррея, при которой со стороны половыхъ органовъ нельзя констатировать никакихъ болѣзненныхъ измѣненій, и которую, быть-можетъ, нужно объяснять невралгіей матки или же чрезмѣрной чувствительностью нервной системы больной.

Боли могутъ появляться въ самомъ началѣ мѣсячныхъ, либо за нѣсколько дней или часовъ до нихъ, или, наконецъ, спустя нѣкоторый промежутокъ времени послѣ начала регулъ.

Перейдемъ теперь къ общимъ явленіямъ, сопровождающимъ дисменоррею. Эти явленія сводятся къ общей разбитости и повышенной возбудимости нервной системы, къ головной боли и разнымъ невралгіямъ, главнымъ образомъ, въ области тройничнаго нерва, наконецъ, къ мигрени. Эта послѣдняя заслуживаетъ особаго вниманія, такъ какъ симптомы, вызываемые ею (боль въ одной половинѣ головы и рвота), часто достигаютъ такой сильной степени, что больныя во время мѣсячныхъ становятся страдальцами. Наблюдается такая мигрень преимущественно у женщинъ, занимающихся много умственнымъ трудомъ.

Тутъ же умѣстно будетъ упомянуть о такъ называемыхъ менструальныхъ психозахъ, т.-е. о такихъ душевныхъ разстройствахъ, которыя появляются у больной только во время мѣсячныхъ. Эти послѣднія играютъ въ данномъ случаѣ роль способствующаго болѣзни условія, но сами по себѣ не могутъ вызвать психоза, если только больная не имѣла уже предрасположенія къ душевнымъ заболѣваніямъ.

Терапія дисменореи должна быть прежде всего направлена против тѣхъ болѣзненныхъ измѣненій въ половыхъ органахъ, которыя мы выше разобрали (суженіе маточнаго зѣва, воспалительныя состоянія внутреннихъ половыхъ органовъ и т. д.). Объ этомъ см. въ соответствующихъ отдѣлахъ нашей книги. Но на ряду съ причиннымъ леченіемъ приходится прибѣгать также и къ симптоматическому леченію, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ половыхъ органахъ болѣзненнаго состоянія не констатируется или же, когда причинное леченіе не даетъ эффекта. Къ числу такихъ симптоматическихъ средствъ относятся: 1) Примѣненіе тепла въ видѣ пузыря съ горячей водой или согрѣвающихъ компрессовъ на животъ и согрѣваніе ногъ. 2) Очищеніе кишечника. 3) Горчичники на животъ въ области локализациі болей. 4) Горячія ручныя ванны. 5) Электризація (отрицательный электродъ въ видѣ зонда вводятъ въ матку, а положительный электродъ въ формѣ широкой пластинки приставляютъ къ животу. 6) Лекарственныя средства: салипиринъ по 0,5 на пріемъ, антипиринъ по 0,5, аспириинъ по 0,5, фенацетинъ по 0,4, пирамидонъ по 0,4, впрыскиванія антипирина въ поясничную область (1 шприць 50⁰/₀ раствора въ водѣ), *extr. viburni prunifolii* (3 р. въ день по 40 капель), препараты брома, *tinctura castorei canadensis* (4 раза въ день по 10 капель), наркотическія средства (*t-ra opii simpl.* по 10 капель на пріемъ или свѣчи съ кодеиномъ по 0,01, но не морфій). 7) Кровоизвлеченіе изъ влагалищной части матки. Указанныя до сихъ поръ средства приносятъ большую или меньшую пользу противъ мѣстныхъ разстройствъ, т. е. противъ болей, вызываемыхъ дисменореей. Что же касается общихъ разстройствъ, то тутъ леченіе сводится, во-первыхъ, къ установленію правильнаго режима (покой, запрещеніе тѣлесныхъ и умственныхъ напряженій, укрѣпляющая и легко усваиваемая діета и т. д.), затѣмъ рекомендуется пребываніе въ гористой мѣстности или на морскомъ берегу, водолеченіе, наконецъ, примѣняются различныя симптоматическія средства противъ невралгій и головной боли (антипиринъ, пирамидонъ и т. д.).

Укажемъ въ заключеніе, что дисменорея стоитъ въ несомнѣнной связи съ половой жизнью: нерѣдко болѣзнь, не поддающаяся никакимъ мѣрамъ, проходитъ при вступленіи дѣвушки въ бракъ, или при наступленіи беременности, или послѣ первыхъ родовъ.

Накопленіе водяной и кровяной жидкости въ полости матки.
Гематометра (haematometra) и гидрометра (hydrometra).

Этіологія. Накопленіе водяной или кровяной жидкости въ полости матки наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда выходненіе секрета

товъ изъ внутреннихъ половыхъ органовъ наружу невозможно; обусловливается же такая невозможность атрезіей, т.-е. закрытіемъ полового канала. Атрезія бываетъ по большей части врожденной, но встрѣчаются и пріобрѣтенныя заращенія, которыя являются результатомъ язвенныхъ и гангренозныхъ процессовъ, наблюдаемыхъ, главнымъ образомъ, при тяжелыхъ формахъ кори, оспы, дифтерита и скарлатины.

Патологическая анатомія. Закрытие полового канала можетъ касаться дѣвственной плевы, влагалища или матки. Первымъ и главнымъ послѣдствіемъ во всѣхъ этихъ случаяхъ является задержка менструальной крови позади заращенного мѣста. Однако, не всегда получаются одни и тѣ же явленія.

Когда атрезія касается только дѣвственной плевы, кровь, выдѣляющаяся во время каждой менструаціи изъ матки, скопляется во влагалищѣ и постепенно растягиваетъ его, такъ что надъ лобкомъ въ концѣ концовъ появляется болѣе или менѣе объемистая опухоль, надъ которой при изслѣдованіи прощупывается маленькая плотная матка, почти никогда не содержащая крови. Влагалище, такимъ образомъ, превращается въ т. н. „влагалищную кровяную опухоль“, матка же при заращеніи гимена въ описанномъ процессѣ по большей части не участвуетъ.

Иначе обстоитъ дѣло въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется частичное или полное заращеніе влагалища. Тутъ, кромѣ скопленія крови во влагалищѣ, постепенно происходитъ растяженіе цервикальнаго канала, а затѣмъ и матки, такъ что въ концѣ концовъ образуется влагалищная и маточная кровяная опухоль (*haematocolpos et haematometra*). Само собою разумѣется, что о скопленіи крови во влагалищѣ можетъ итти рѣчь лишь при частичной атрезіи, при полномъ же заращеніи рукава получится только гематометра.

Послѣдній случай и вмѣстѣ съ тѣмъ болѣе рѣдкій, чѣмъ атрезія гимена или влагалища, это—закрытие матки у наружнаго или внутренняго зѣва шейки. Менструальная кровь скопляется здѣсь въ самой маткѣ, которая и превращается постепенно въ „гематометру“, т.-е. въ маточную кровяную опухоль.

При всякой гематометрѣ почти всегда наблюдается одно весьма важное обстоятельство, а именно: скопленіе крови въ Фаллопиевыхъ трубахъ, благодаря чему вмѣстѣ съ гематометрой получается еще т. н. трубная кровяная опухоль (*haematosalpinx*). Происхождение этой послѣдней еще не совсѣмъ выяснено: съ одной стороны, принимаютъ, что содержащаяся въ трубахъ кровь зависитъ отъ обратнаго отлива изъ переполненной матки, но, съ другой сто-

роны, тутъ, весьма возможно, играетъ роль и другой процессъ, а именно—настоящая трубная менструація. Дѣло въ томъ, что и при нормальныхъ условіяхъ трубы во время мѣсячныхъ гипермируются; затѣмъ слизистая оболочка матки благодаря гематометрѣ испытываетъ значительное давленіе со стороны скопившейся въ ней крови, что служитъ препятствіемъ для кровоизліяній во время имѣющихъ еще наступить менструацій; въ виду всего этого и можно допустить, что при каждомъ менструальномъ приливѣ кровь ищетъ себѣ выхода въ другомъ мѣстѣ и изливается въ Фаллопиевы трубы. Каково бы ни было происхожденіе трубной кровяной опухоли, она составляетъ во всякомъ случаѣ наиболѣе опасное явленіе при половыхъ атрезіяхъ: стѣнки трубы подъ давленіемъ скопившейся въ ней крови все болѣе растягиваются и истончаются, такъ что каждый моментъ можетъ наступить разрывъ ихъ, который и происходитъ въ концѣ концовъ при неосторожномъ изслѣдованіи (или при опорожненіи гематометры *), а иногда и самопроизвольно. Разрывъ трубы влечетъ за собой смертельный перитонитъ.

Укажемъ въ заключеніе, что, если заращеніе полового канала наступаетъ въ климактерическомъ періодѣ, то скопленія крови, конечно, не происходитъ, а, вмѣсто нея, собирается серозная или слизистая жидкость—получается т. н. гидрометра (hydrometra).

Симптомы. Большинство явленій начинается обыкновенно съ момента наступленія половой зрѣлости, т.-е. съ того момента, когда должны появиться регулы.

Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе самой большой отсутствіе мѣсячныхъ. Затѣмъ каждая четыре недѣли въ определенное время являются приступы болей, которыя вначалѣ бывають не особенно значительными (такъ какъ кровь находитъ еще для себя достаточно мѣста позади заросшей области), съ теченіемъ же времени дѣлаются все сильнѣе и сильнѣе. Это—т. н. *molimina menstrualia*. Вскорѣ даже и въ промежутки между послѣдними начинаютъ появляться постоянныя, потужныя, коликообразныя боли, которыя во время менструаціи чрезвычайно усиливаются. Всѣ эти явленія особенно рѣзко выражены при *haematometr'ѣ*; при *hydrometr'ѣ* же симптомы не такъ сильны, такъ какъ, во-первыхъ, накопленіе жидкости происходитъ медленнѣе, а во-вторыхъ, атрофированная матка не такъ силь-

*) При опорожненіи гематометры матка уменьшается, а потому истонченная труба, склеенная обыкновенно съ окружающими частями, оттягивается книзу и можетъ поэтому легко разорваться.

но реагируетъ сокращеніями своей мускулатуры при растяженіи ея полости.

Исходъ болѣзни, предоставленной естественному теченію, не всегда одинъ и тотъ же; скопившаяся кровь можетъ пробиться наружу (черезъ влагалище и дѣвственную плеву), при чемъ такой оборотъ будетъ самымъ благопріятнымъ; затѣмъ, наблюдается иногда нагноеніе кровяной опухоли и вскрытіе ея въ брюшную полость или въ смежные органы (мочевой пузырь и прямую кишку); наконецъ, трубная кровяная опухоль оканчивается нерѣдко разрывомъ стѣнокъ ея и смертельнымъ перитонитомъ, о чемъ уже было упомянуто.

При гидрометрѣ исходъ всегда болѣе благопріятенъ.

Распознаваніе ставится на основаніи анамнеза и объективнаго изслѣдованія, при чемъ будутъ получаться различныя данныя, въ зависимости отъ того, съ какого рода атрезіей мы имѣемъ дѣло. Такъ, на примѣръ:

1) При непроходимости гимена (*atresia hymenalis*) мы, раскрывъ большія губы, встрѣтимъ выпячивающуюся полушаровидную опухоль синеватаго цвѣта; опухоль эта флюктуируетъ, безболѣзненна и неподвижна. При ощупываніи черезъ брюшныя стѣнки мы найдемъ опухоль, на которой въ видѣ придатка сидитъ матка. Наконецъ, введя палецъ въ прямую кишку, мы убѣдимся въ томъ, что влагалище растянуто опухолью, а передняя стѣнка прямой кишки благодаря этому выпячивается. Діагнозъ нашъ въ данномъ случаѣ—*haematocolpos*.

2) При заращеніи влагалища (*atresia vaginalis*) необходимо изслѣдованіе черезъ прямую кишку; при этомъ на нѣкоторомъ протяженіи, соотвѣтствующемъ всему рукаву или только его части, прощупывается шнурокъ, который и представляетъ собой мѣсто заращенія влагалища. Кромѣ того, такъ же, какъ и при *atresia hymenalis*, прощупывается опухоль, вдающаяся въ просвѣтъ прямой кишки. На основаніи вышеуказанныхъ данныхъ мы діагносцируемъ: *haematocolpos et haematometra*, если атрезія влагалища частичная, и—*haematometra*, если заращеніе рукава полное.

3) При заращеніи наружнаго зѣва матки (*atresia ostii uteri externi*) констатируется: влагалище проходимо, наружный зѣвъ отсутствуетъ, влагалищная часть исчезла, на мѣстѣ матки—большая шарообразная опухоль съ утолщенными, а иногда, наоборотъ, сильно утонченными стѣнками. Діагнозъ—*haematometra*.

4) При заращеніи внутренняго зѣва матки (*atresia ostii uteri intreni*) влагалищная часть оказывается нормальной; наружное отверстіе проходимо, внутреннее нѣтъ; выше мѣста заращенія констатируется шаровидная опухоль. Діагнозъ въ данномъ случаѣ

затрудняется тѣмъ, что заболѣваніе это можетъ, съ одной стороны, симулировать фиброидъ матки, а съ другой стороны, беременность. При дифференцированіи гематометръ отъ фиброида нужно имѣть въ виду, что фиброидъ сопровождается кровотечениями, при атрезіи же отсутствуют даже естественныя кровотечения—менструаціи; далѣе, при гематометръ консистенція матки представляется равномерной твердой, при фиброидѣ же поверхность матки бугристая; наконецъ, при фиброидахъ можно ввести въ матку зондъ, при атрезіяхъ же это, конечно, невозможно. Что касается беременности, то тутъ можно руководствоваться слѣдующими тремя признаками: а) отсутствіе отверстія при гематометръ и присутствіе такового при беременности; б) шарообразная форма опухоли при гематометръ и овоидная форма матки при беременности; в) своеобразно тѣстоватая консистенція беременной матки и напряженная консистенція послѣдней при гематометръ. Кромѣ того, нужно, конечно, принять во вниманіе и другіе признаки, по которымъ можно признать или отвергнуть беременность. Сюда относятся: прекращеніе менструаціи, характерныя измѣненія въ грудныхъ железахъ и наружныхъ половыхъ органахъ, наконецъ, движенія и сердцебиеніе плода.

Предсказаніе весьма серьезно. Если больной своевременно не будетъ оказано помощи, то можно опасаться одного изъ тѣхъ исходовъ, о которыхъ сказано выше.

Леченіе. О профилактическомъ предупрежденіи атрезіи полового канала можетъ итти рѣчь постольку, поскольку мы имѣемъ въ виду приобрѣтенныя заращенія. Въ этихъ цѣляхъ рекомендуется при тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, каковы: корь, оспа, дифтеритъ и скарлатина, тщательно слѣдить за состояніемъ полового аппарата, такъ какъ при этихъ заболѣваніяхъ могутъ быть разрушены влагалище и шейка. Кромѣ того, послѣ тяжелыхъ родовъ, послѣ раненій половыхъ органовъ, при операціяхъ на шейкѣ, вообще, во всѣхъ случаяхъ, которые могутъ подать поводъ къ язвенному процессу въ половомъ каналѣ, нужно за этимъ послѣднимъ тщательно наблюдать.

Что касается леченія уже наступившей или врожденной атрезіи, то оно сводится къ устраненію заращенія, удаленію крови и предупрежденію возможнаго рецидива. Дѣйствія наши будутъ различны, въ зависимости отъ того, имѣемъ ли мы дѣло съ заращеніемъ гимена, влагалища или матки.

При закрытіи дѣвственной плевы эту послѣднюю вскрываютъ крестообразнымъ разрѣзомъ, послѣ чего тотчасъ начинается вытекать жидкая дегтеобразная кровь. Когда выдѣленіе крови прекра-

щается, выбираютъ остатки ея ватными шариками, а въ заключеніе удаляютъ дѣвственную пlevу и окаймляютъ края ея швами (во избѣжаніе рецидива). Главное условіе успѣха это—полное опорожненіе опухоли и соблюденіе правилъ асептики.

Когда атрезія находится въ нижней части влагалища, то требуется въ общемъ такое же вмѣшательство, какъ и при закрытіи дѣвственной пlevы. Гораздо затруднительнѣе операція въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заращено все влагалище или хотя бы значительная часть его. Тутъ при прокладываніи дороги къ кровяной опухоли нужно быть очень осторожнымъ, такъ какъ можно поранить мочевой пузырь и прямую кишку. Вотъ почему лучше всего дѣйствовать, главнымъ образомъ, тупымъ путемъ и, дойдя до опухоли, вскрыть ее небольшимъ разрѣзомъ. Опорожненіе крови должно производиться какъ можно медленнѣе, такъ какъ выше мы уже указывали, что при слишкомъ быстромъ выдѣленіи крови можетъ произойти разрывъ трубъ и смертельный перитонитъ. Нужно, кромѣ того, добиваться полного опорожненія крови, такъ какъ остатки ея могутъ подвергнуться разложенію и вызвать затѣмъ нагноеніе трубной опухоли, вскрытіе послѣдней въ брюшную полость и смерть.

Вообще больше всего хлопотъ доставляетъ скопленіе крови въ трубахъ (haematosalpinx). По одному мнѣнію, кровь эта послѣ опорожненія гематометры самопроизвольно можетъ выдѣлиться въ матку, а потому трогать трубъ не слѣдуетъ. Другіе же, наоборотъ, во избѣжаніе роковыхъ послѣдствій отъ разрыва трубныхъ стѣнокъ, совѣтуютъ удалять трубныя кровяныя опухоли путемъ чревосѣченія.

Таковы наши дѣйствія, направленныя къ устраненію атрезіи и опорожненію крови. Что же касается предупрежденія рецидива, то на возобновленіе влагалища пластическимъ путемъ разсчитывать трудно. Нужно поэтому оттянуть книзу вскрытую матку и вшить ея отверстіе въ половую щель, а если бы это не удалось, то плотно набиваютъ раневой каналъ марлей, чтобы удержать его открытымъ, пока не заживутъ стѣнки. Если, несмотря на всѣ старанія, отверстіе все же закрывается, и кровь опять начинаетъ накапливаться, остается только удалить яичники (чтобы вызвать прекращеніе мѣсячныхъ), а еще лучше путемъ чревосѣченія удалить маточную кровяную опухоль вмѣстѣ съ яичниками.

При закрытіи матки вскрываютъ гематометру ножомъ или троакаромъ и, опорожнивъ ее, тщательно обшиваютъ края отверстія. Все, сказанное выше о необходимости медленнаго и полного опорожненія, относится всецѣло и къ данному случаю.

Упомянемъ въ заключеніе, что при гидрометрѣ оперативное вмѣшательство несложно и сводится къ простому разрѣзу или вскрытію опухоли троакаромъ.

Атрофія матки.

Послѣ окончательнаго прекращенія мѣсячныхъ, соответствующаго приблизительно 48-му году жизни, наступаетъ старческая атрофія половыхъ органовъ, а въ томъ числѣ и матки. Послѣдняя уменьшается въ своихъ размѣрахъ, стѣнки ея становятся тоньше, полость меньше, мышечная ткань отчасти замѣщается соединительной, слизистая оболочка становится гладкой, а эпителий лишается своихъ рѣсничекъ. Наибольшія измѣненія претерпѣваетъ въ климактерическомъ періодѣ влагалищная часть, которая подвергается рѣзкому сморщиванію и можетъ, въ концѣ концовъ, совершенно исчезнуть. Аналогичное состояніе, выражающееся, однако, только во временномъ уменьшеніи размѣровъ матки, развивается у женщины въ періодѣ кормленія грудью, при чемъ атрофія матки у кормящихъ женщинъ бываетъ настолько ясно выражена что по одному этому признаку можно сказать, кормить ли мать своего ребенка, или нѣтъ.

Какъ старческая атрофія матки, такъ и атрофическое ея состояніе во время кормленія грудью принадлежать къ явленіямъ фізіологическимъ. О патологической атрофіи матки говорятъ только въ томъ случаѣ, если она развивается въ возрастѣ половой зрѣлости (до наступленія климактерія) внѣ періода кормленія, или хотя бы и во время кормленія грудью, разъ только атрофія матки достигаетъ слишкомъ большой степени.

Патологическая атрофія матки наблюдается: 1) При слишкомъ продолжительномъ кормленіи грудью, истощающемъ женщину—атрофія отъ кормленія. 2) Послѣ тяжелыхъ септическихъ процессовъ въ послѣродовомъ періодѣ—послѣродовая атрофія. 3) Послѣ тяжелыхъ, истощающихъ кровотеченій. 4) При изнурительныхъ болѣзняхъ (сахарное мочеизнуреніе, бугорчатка, нефритъ, лейкэмія, Адиссонова болѣзнь, морфинизмъ).

Наиболѣе важнымъ симптомомъ, сопровождающимъ атрофію матки, является отсутствіе мѣсячныхъ. Кромѣ того, наблюдаются еще значительныя разстройства общаго состоянія больныхъ, зависящія отъ основной болѣзни, которая вызвала и самое атрофію матки.

Предсказаніе зависитъ отъ двухъ моментовъ: 1) Устранима ли причина атрофіи, или нѣтъ? 2) Сколько времени атрофія уже продолжается?—Если причина, вызвавшая атрофію матки, устранима, можно поставить благопріятный прогнозъ, если только атрофія продолжается

не слишкомъ долго. И, наоборотъ, если причина атрофіи неустранима, или же атрофія продолжается уже такъ долго, что наступили анатомическія измѣненія въ маткѣ, предсказаніе неблагоприятно.

Лечение должно быть причиннымъ. Необходимо, кромѣ того, принять мѣры къ улучшенію общаго питанія больной. На послѣднемъ планѣ стоитъ мѣстное лечение, которое при вышеперечисленныхъ конституціональныхъ болѣзняхъ, какъ сахарное мочеизнуреніе, бугорчатка, лейкомія и т. д. даже противопоказано, а въ остальныхъ случаяхъ оно примѣняется только тогда, когда, несмотря на улучшение общаго состоянія больной, атрофія продолжаетъ держаться. Съ цѣлью мѣстнаго воздѣйствія на матку предложены горячія влагалищныя спринцеванія, фарадизація, массажъ и повторное зондированіе матки. Наконецъ, съ цѣлью ускорить появленіе мѣсячныхъ, можно попробовать назначить *Natr. salicylicum* и *kal. permanganicum*. Дѣйствіе этихъ мѣстныхъ и мѣсячногонныхъ средствъ мало надежно.

Опухоли матки.

Миома матки.

Миома, т.-е. мышечная опухоль, представляетъ собой наиболѣе частое новообразование матки. Она относится къ разряду т. н. доброкачественныхъ новообразований и встрѣчается чаще всего въ области тѣла матки, гораздо рѣже—на шейкѣ.

Этіологія. Миомы встрѣчаются, главнымъ образомъ, въ возрастѣ отъ 36—45 лѣтъ, и при томъ у дѣвицъ чаще, чѣмъ у женщинъ замужнихъ. О причинахъ, которыя обуславливаютъ развитіе міомъ, извѣстно очень мало. Существуютъ только нѣкоторыя гипотезы, которыя мы здѣсь и приведемъ. По одной изъ такихъ гипотезъ образованію міомъ способствуютъ различныя раздраженія матки, которыя связаны съ ея половыми отправлениями. Опирается эта теорія на томъ фактѣ, что миома подвержена вліянію половыхъ отпавленій. Такъ, на примѣръ, ростъ міомъ происходитъ, главнымъ образомъ, въ періодѣ половой зрѣлости, при менструаціи опухоль припухаетъ, во время беременности миома становится больше, а въ климактерическомъ періодѣ сморщивается. Тутъ связь уже существующей міомы съ половыми отправлениями очевидна, но, способствуютъ ли послѣднія возникновенію опухолей, это еще не доказано.

Другая теорія предполагаетъ, что зачатки міомъ являются врожденными, а затѣмъ эти зачатки опять-таки подѣ влияніемъ раздраженія начинаютъ расти. Положительныхъ доказательствъ въ пользу указанной теоріи не представлено.

Не лучше обстоитъ дѣло и съ послѣдней гипотезой, по которой причина развитія міомъ заключается въ яичникахъ. Въ доказательство приводятъ, во-первыхъ, тотъ фактъ, что при міомахъ констатируютъ въ яичникахъ весьма значительныя измѣненія (см. ниже); во-вторыхъ, присутствіе яичниковъ оказывается необходимымъ для прогрессивнаго роста міомы, такъ какъ съ оперативнымъ удаленіемъ ихъ происходитъ сморщиваніе опухоли. Теорія эта оставляетъ открытымъ вопросъ, отъ чего зависятъ измѣненія въ самыхъ яичникахъ, а затѣмъ еще нужно доказать, что эти измѣненія составляютъ причину міомъ, а не сопутствующее имъ явленіе.

Патологическая анатомія. Міомы состоятъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и плотной соединительной ткани и, въ зависимости отъ преобладанія первыхъ или второй, подраздѣляются на: а) фиброиды—твердыя опухоли, состоящія, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани; б) міомы—мягкія опухоли съ преобладаніемъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и в) фибро-міомы, занимающія среднее мѣсто по своей плотности и распредѣленію той и другой ткани. По мѣстоположенію различаютъ подсерозныя, подслизистыя и внутристѣночныя (интерстиціальныя) міомы. Первоначально всякая міома бываетъ внутристѣночною, т.-е. она помѣщается въ мускулатурѣ маточной стѣнки. Если въ дальнѣйшемъ ростъ происходитъ преимущественно въ сторону брюшиннаго покрова матки, такъ что опухоль, въ концѣ концовъ, выпячиваетъ брюшинный покровъ и выдается на поверхности матки въ видѣ бугровъ, то такую міому называютъ подсерозною, а при существованіи ножки также брюшиннымъ полипомъ. Напротивъ, когда опухоль растетъ преимущественно по направленію къ слизистой оболочкѣ, такъ что она вдается въ полость матки, то мы имѣемъ подслизистую міому. Если она при этомъ снабжена ножкой, то ее называютъ фибрознымъ полипомъ. Если фиброма въ своемъ дальнѣйшемъ ростѣ остается въ стѣнкѣ матки, такъ что она окружена маточной мускулатурой, то ее называютъ интерстиціальною. Кромѣ того, встрѣчаются еще т. н. интерлигаментарныя міомы, т.-е. такія опухоли, часть которыхъ при дальнѣйшемъ развитіи помѣщается между обѣими брюшинными пластинками широкихъ связокъ (см. рис. 47—49).

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ міомы помѣщаются въ тѣлѣ или днѣ матки и только иногда въ ея шейкѣ. Міома бываетъ окружена соединительнотканной сумкой. Питаніе опухоли происходитъ черезъ развѣтвленія *arteriae uterinae* и *arteriae ovaricae*, а при существованіи сращеній міомы съ окружающими органами кровь приносится также черезъ сосуды перемычекъ.

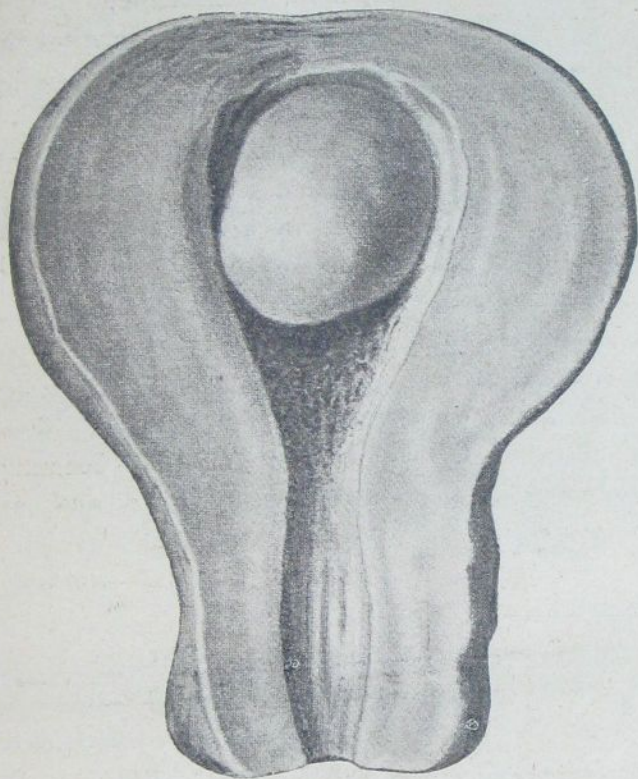


Рис. 47.—Матка съ подслизистой міомой, вдающейся въ полость матки наподобіе полипа.

- Вслѣдствіе разстройствъ питанія міомы могутъ подвергнуться весьма значительнымъ измѣненіямъ, изъ которыхъ одни способствуютъ обратному развитію опухоли, другія, наоборотъ, обуславливаютъ ея болѣе быстрый ростъ. Къ процессамъ перваго рода мы должны отнести:
- а) жировое перерожденіе мышечныхъ волоконъ;
 - б) некрозъ ихъ съ послѣдующимъ развитіемъ въ омертвѣвшихъ участкахъ соединительной ткани и отложеніемъ извести.
 - и в) нагноеніе *) міомы, заканчивающееся омертвѣніемъ и гнилостнымъ ея распаденіемъ.

Всѣ три процесса, какъ уже сказано, способствуютъ обратному развитію опухоли, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ даже наступить самоизлеченіе. Однако, нужно, во-первыхъ, имѣть въ виду, что міома обыкновенно представляетъ собой множественную опухоль, слѣдовательно, при излеченіи одной міомы расстройства могутъ поддерживаться другими, если таковыя остались; во-вто-

*) Между некрозомъ и нагноеніемъ, которое также заканчивается омертвѣніемъ, имѣется та разница, что въ первомъ случаѣ процессъ происходитъ безъ доступа микробовъ, во второмъ же случаѣ онъ ими обусловленъ.

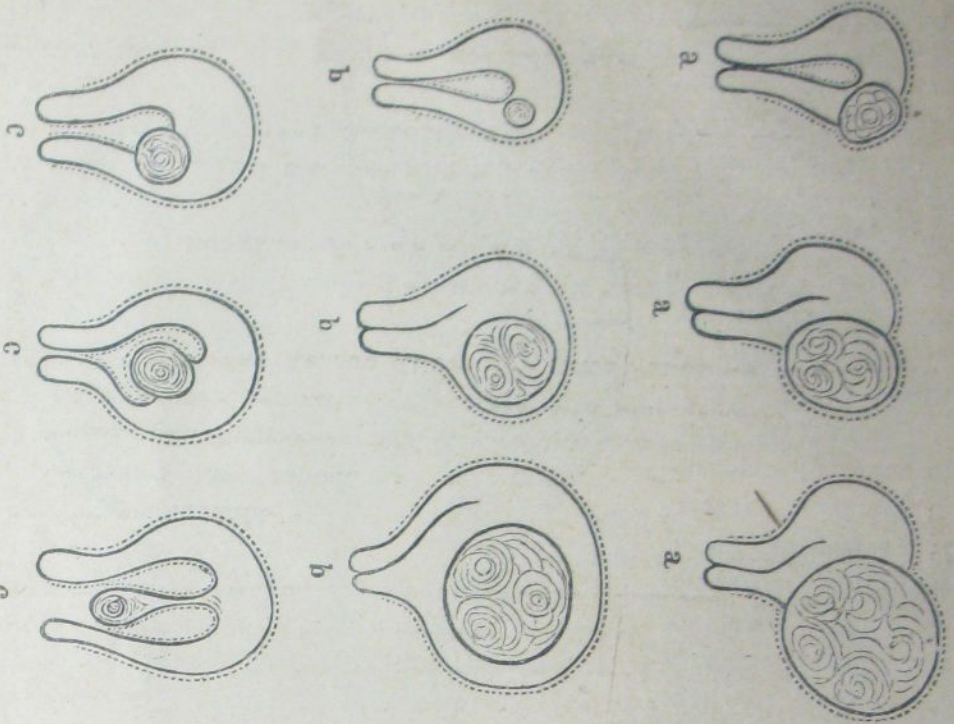


Рис. 48.—Схема развития мiомъ: а—подбрюшинная, б—внутрибрюшная, с—подслизистая мiомы.

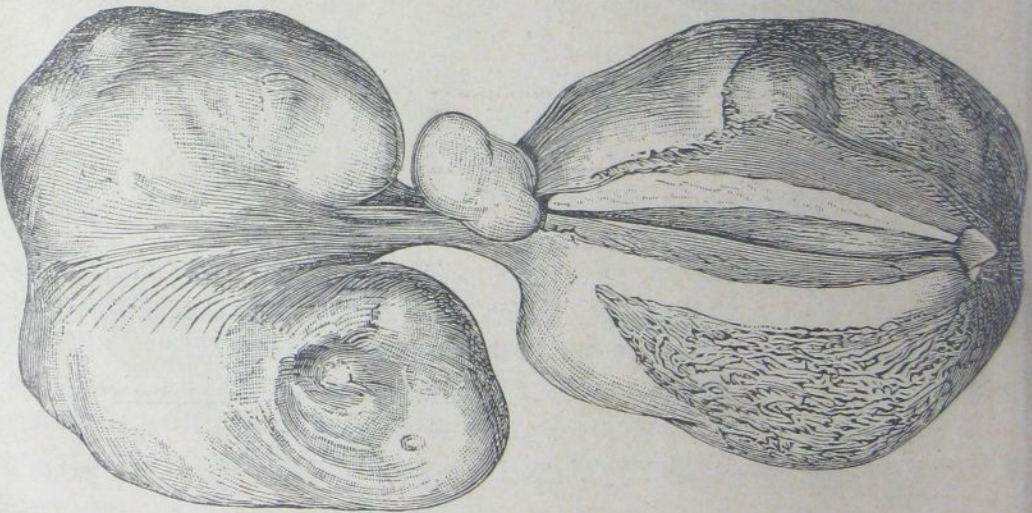


Рис. 49.—Миоматозная матка. Вверху подбрюшинная мiома, внизу большая внутрибрюшная мiома, сидящая отчасти внутрисвязочно. Маточная полость спереди вскрыта.

рыхъ, нагноительный процессъ въ опухоли, дѣйствительно, вызываетъ ея разрушеніе, но объ излеченіи тутъ не можетъ быть и рѣчи, ибо такой процессъ грозитъ больной смертью отъ гнилостнаго зараженія крови.

Перейдемъ теперь къ рассмотрѣнію тѣхъ измѣненій міомы, которыя способствуютъ болѣе быстрому ея росту. Сюда относятся два процесса:

а) отечное пропитываніе опухоли
и б) миксоматозное или слизистое ея перерожденіе.

Какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ внутри міомы образуются полости, которыя при отечномъ пропитываніи наполняются прозрачной жидкостью, а при миксоматозномъ перерожденіи—слизью, въ чемъ и заключается различіе между обоими процессами. Сходство же ихъ состоитъ въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ опухоль начинаетъ очень быстро расти.

Кромѣ перечисленныхъ измѣненій, наблюдается еще переходъ міомы въ ракъ, затѣмъ одновременное развитіе въ маткѣ міомы и рака, наконецъ, переходъ опухоли въ саркому.

Сама матка не остается индифферентной при развитіи въ ней новообразованія. Это послѣднее оказываетъ большое вліяніе на положеніе матки, ея стѣнки, полость и слизистую оболочку. Нѣкоторыхъ изъ нижеописываемыхъ измѣненій мы попутно уже касались въ предыдущемъ изложеніи, и здѣсь намъ остается только ихъ систематизировать.

На положеніе матки міомы оказываютъ вліяніе въ томъ отношеніи, что могутъ обусловить собой ея искривленіе, отклоненіе, выворотъ и выпаденіе. Выше, при изученіи тѣхъ причинъ, которыя обуславливаютъ измѣненіе нормальнаго положенія матки, въ качествѣ таковыхъ были приведены опухоли, а къ послѣднимъ относятся, конечно, и міомы.

Мышечная ткань маточныхъ стѣнокъ испытываетъ приблизительно такія же измѣненія, какъ и при беременности. Измѣненія эти сказываются въ гипертрофіи и гиперплазіи мышечныхъ волоконъ и бываютъ рѣзче всего выражены при подслизистыхъ міомахъ и меньше—при подбрюшинныхъ. Такимъ образомъ, объемъ міоматозной матки почти всегда значительно превышаетъ норму, при чемъ имѣется не одна міома, а нѣсколько, какъ очень крупныхъ (съ кулакъ или дѣтскую головку), такъ и весьма мелкихъ.

Полость матки увеличивается, а ея слизистая оболочка показываетъ картину воспаленія, при чемъ такъ же, какъ и при

хроническомъ эндометритѣ, бываетъ болѣе поражена то железистая ткань, то межжелезистая. Впрочемъ, измѣненія эти наблюдаются, главнымъ образомъ, при подслизистыхъ и интерстиціальнхъ міомахъ; при подбрюшинныхъ же міомахъ слизистая можетъ остаться безъ измѣненій, но, вмѣсто этого, иногда развивается периметритъ, который ведетъ къ сращенію міоматозной матки съ сосѣдними органами. Однако, такія сращенія наблюдаются въ общемъ довольно рѣдко, такъ что при оперативномъ вскрытіи брюшной полости матка обыкновенно оказывается лежащей совершенно свободно.

Если міома расположена въ области шейки, что, какъ извѣстно, встрѣчается довольно рѣдко, то происходитъ значительное увеличеніе влагалищной части матки, при чемъ наружный зѣвъ оттѣсняется опухолью въ сторону и кверху.

Трубы, яичники и связки показываютъ при міомахъ матки картину хроническаго воспаленія. Особенно рѣзкія измѣненія претерпѣваетъ строеніе ячниковъ, размѣры которыхъ вслѣдствіе размноженія соединительной ткани значительно увеличиваются. Въ дальнѣйшемъ, однако, фолликулы преждевременно погибаютъ, что констатируется на ряду съ гіалиновымъ перерожденіемъ сосудовъ. Составляютъ ли измѣненія ячниковъ причину міоматознаго перерожденія матки, или же это—только сопутствующее явленіе міомъ, пока еще точно не установлено.

Симптомы и теченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ міомы не причиняютъ никакихъ разстройствъ, что случается, главнымъ образомъ, тогда, когда размѣры опухоли не велики, а дѣятельность половыхъ органовъ болѣе или менѣе ограничена. Изъ этого правила встрѣчается, однако, не мало исключеній.

Изъ числа разстройствъ нужно признать наиболѣе важными кровотеченія, боли и стѣсненіе брюшныхъ органовъ.

Кровотеченія проявляются обыкновенно въ видѣ очень обильныхъ мѣсячныхъ, которыя, вмѣсто обычныхъ 3—5 дней, могутъ тянуться цѣлыхъ 10 и даже 15 дней. Само собою понятно, что такія кровотеченія, повторяющіяся черезъ каждыя двѣ недѣли, должны повлечь за собой симптомы малокровія, т.-е. головокруженіе, слабость, блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, сердцебиеніе и легкіе отеки; интересно, что подкожный жировой слой при этомъ не уменьшается, такъ что въ тѣхъ случаяхъ, когда больныя хорошо упитаны, онѣ получаютъ очень характерный внѣшній видъ. Особенно подрывается здоровье больныхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда кровотеченія начинаютъ появляться также и между регулами, обуславливая тогда длительное выдѣленіе крови въ теченіе многихъ недѣль.

Источникомъ кровотеченій являются во всѣхъ случаяхъ воспалительныя измѣненія эндометрія, а такъ какъ эти послѣднія находятся въ зависимости отъ мѣстоположенія опухоли (см. выше), то и кровотечения будутъ сильнѣе всего при подслизистыхъ міомахъ, затѣмъ идутъ внутривѣстничныя и, наконецъ, подбрюшинныя. Кровотеченія не прекращаются даже съ наступленіемъ климактерическаго періода и продолжаются еще нѣсколько лѣтъ послѣ этого.

Боли могутъ появляться въ связи съ регулами и независимо отъ нихъ. Зависятъ онѣ прежде всего отъ давленія, которое производитъ міома на маточныя стѣнки; затѣмъ боли, если онѣ имѣютъ схваткообразный характеръ, обуславливаются сокращеніями матки, которая старается вытолкнуть свое содержимое, т.-е. опухоль, и при томъ въ томъ случаѣ, когда имѣется подслизистая міома; наконецъ, боль можетъ быть воспалительнаго происхожденія и обуславливается тогда возникающимъ иногда при подбрюшинныхъ міомахъ периметритомъ или же заболѣваніемъ придатковъ (см. выше).

Стѣсненіе сосѣднихъ органовъ растущей міомой не всегда бываетъ выражено въ одинаковой степени и зависитъ обыкновенно отъ величины и мѣстоположенія опухоли. Больше всего обращаетъ на себя вниманіе давленіе на мочевой пузырь (затрудненіе мочеиспусканія), прямую кишку (запоры) и чувство напряженія въ животѣ. Явленія эти бываютъ особенно рѣзко выражены въ тѣхъ случаяхъ, когда міома фиксирована въ маломъ тазу благодаря, на примѣръ, периметритическимъ сращеніямъ или при интралигаментарномъ ея развитіи. Наконецъ, когда міома поднимается въ большой тазъ, то симптомы давленія ослабѣваютъ и могутъ въ дальнѣйшемъ совсѣмъ исчезнуть. Тѣ же явленія находятся въ извѣстной зависимости отъ приливовъ крови во время регулъ: каждый разъ, какъ должны наступить мѣсячныя, міомы набухаютъ, и симптомы давленія вслѣдствіе этого становятся рѣзче; съ прекращеніемъ менструаціи явленія эти опять ослабѣваютъ.

Кромѣ кровотеченій, болей и давленія на сосѣдніе органы, міомы могутъ вызывать еще цѣлый рядъ другихъ явленій и осложненій, хотя и менѣе постоянныхъ. Часто, на примѣръ, наблюдаются бѣли, безплодіе и неврастенія *), а затѣмъ различныя серіозныя осложненія при возникновеніи беременности и наступленіи родовъ. Не останавливаясь тутъ подробно на упомянутыхъ ослож-

*) Изъ неврастеническихъ явленій заслуживаютъ особеннаго вниманія расстройства со стороны желудка и припадки астмы.

неніяхъ, такъ какъ это входитъ въ задачу акушерства, мы укажемъ только, что беременность въ миоматозной маткѣ по большей части прерывается выкидышемъ, а при родахъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность доходить до конца, миома можетъ явиться механическимъ препятствіемъ для изгнанія плода изъ матки.

Послѣднее весьма важное явленіе, обращающее на себя вниманіе при миомѣ, это измѣненія сердца. Въ связи съ жировымъ перерожденіемъ сердечной мышцы, а иногда и безъ этого развивается постепенно недостаточная дѣятельность послѣдней со всѣми ея послѣдствіями: появляются сердцебіеніе, аритмія пульса, одышка; уменьшается суточное количество мочи, приобретающей при томъ застойныя свойства (бѣлокъ!); наконецъ, въ области лодыжекъ обнаруживаются отеки, которые начинаютъ затѣмъ подыматься все выше. При такихъ явленіяхъ состояніе больной становится весьма печальнымъ, а предпринятая въ этомъ періодѣ операція можетъ окончиться смертельнымъ исходомъ вслѣдствіе того, что больное сердце не справилось съ хлороформнымъ наркозомъ.

Теченіе миомъ отчасти находится въ зависимости отъ тѣхъ измѣненій, которыя претерпѣваетъ опухоль благодаря разстройствамъ питанія. Эти измѣненія уже были нами выше приведены. Одни изъ нихъ, какъ жировое перерожденіе и некрозъ (безъ доступа бактерій), способствуютъ обратному развитію новообразованія, а иногда даже и самоизлеченію; другія, какъ отечное пропитываніе и миксоматозное перерожденіе, вызываютъ болѣе быстрый ростъ миомы; затѣмъ нагноеніе опухоли грозитъ гнилостнымъ зараженіемъ крови, и, наконецъ, переходъ миомы въ ракъ и саркому есть превращеніе доброкачественнаго новообразованія въ злокачественное со всѣми вытекающими отсюда послѣдствіями.

Съ наступленіемъ климактерическаго періода ростъ миомъ обыкновенно прекращается, и онѣ начинаютъ постепенно сморщиваться; однако, такой благоприятный оборотъ иногда заставляеть себя ждать еще нѣсколько лѣтъ послѣ полного прекращенія мѣсячныхъ.

Распознаваніе. Собирая анамнезъ, нужно имѣть въ виду, что передъ наступленіемъ полной зрѣлости и въ климактерическомъ періодѣ миомы не наблюдаются. При наружномъ изслѣдованіи живота оказывается увеличеннымъ, и черезъ брюшныя стѣнки прощупывается бугристая опухоль, консистенція которой можетъ быть плотной (фиброидъ), мягкой (миома), даже флюктуирующей (при отечномъ пропитываніи или миксоматозномъ перерожденіи опухоли). При комбинированномъ изслѣдованіи удастся доказать, что опухоль непосредственно связана съ маткой, такъ какъ движеніе, сообщенное опухоли черезъ

брюшную стѣнку, передается пальцамъ, лежащимъ на влагалищной части матки.

Вообще распознаваніе міомъ не представляетъ собой особенно большихъ затрудненій, тѣмъ не менѣе нерѣдко приходится устанавливать дифференціальную діагностику, чтобы отличить міоматозное перерожденіе матки отъ нѣкоторыхъ патологическихъ состояній, съ которыми возможно смѣшеніе. Выше (см. стр. 81) нами уже было указано, что метро-эндометритъ тѣла матки, міому и беременность иногда легко смѣшать другъ съ другомъ. Тамъ же мы привели и тѣ признаки, которые характерны для каждаго изъ перечисленныхъ состояній. Итакъ, напомнимъ еще разъ, что равномерное утолщеніе матки и отсутствіе на ея поверхности какихъ бы то ни было неровностей говоритъ за метро-эндометритъ; напротивъ, бугристость опухоли и неравномерное утолщеніе маточныхъ стѣнокъ позволяетъ діагностировать міому; наконецъ, плотная консистенція матки и отсутствіе соотвѣтствующихъ признаковъ беременности говоритъ противъ послѣдней.

Гораздо труднѣе отличить міому отъ кисты яичника (см. ниже), особенно при интралигаментарномъ развитіи міомы. Новообразование яичниковъ мы только тогда можемъ съ увѣренностью исключить, когда прощупываемъ ихъ неизмѣненными рядомъ съ міомой, но это не всегда удается. Приходится поэтому руководствоваться другими, не столь убѣдительными признаками. На первомъ планѣ нужно, конечно, поставить отношеніе опухоли къ маткѣ, и, если при комбинированномъ изслѣдованіи намъ удалось доказать непосредственную связь ихъ (см. выше), то можно исключить кисту и предположить новообразованіе матки. Затѣмъ плотность опухоли и медленный ея ростъ говорятъ за міому и противъ кисты. Наконецъ, значительное удлиненіе полости матки *) (не меньше 10 см.) служитъ, по нѣкоторымъ авторамъ, отличительнымъ признакомъ маточныхъ опухолей и говоритъ, слѣдовательно, противъ яичниковой кисты. Повторяемъ, однако, что только комбинація перечисленныхъ признаковъ и повторное изслѣдованіе можетъ насъ уберечь отъ всегда возможныхъ ошибокъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ только во время операціи можетъ быть поставлено точное распознаваніе, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Намъ остается въ заключеніе привести еще нѣсколько данныхъ, которыми мы руководимся для діагностированія претерпѣваемыхъ міомой измѣненій. Изъ этихъ послѣднихъ съ извѣстной степенью

*) Измѣреніе маточной полости производится при помощи зонда.

вѣроятности заблаговременно могутъ быть распознаны только отечное пропитываніе и миксоматозное перерожденіе опухоли благодаря мягкой консистенціи ея и быстрому росту, а затѣмъ злокачественное перерожденіе міомы, т.-е. переходъ ея въ ракъ или саркому. Какъ признаки такого перерожденія, обыкновенно выступаютъ: быстрый ростъ опухоли, явленія кахексіи и раннее появленіе отековъ.

Предсказаніе. Міома, какъ доброкачественная опухоль, сама по себѣ и непосредственно жизни не угрожаетъ. Смерть, однако, можетъ наступить отъ сопутствующихъ болѣзни симптомовъ и осложнений, каковы: кровотеченія, сердечная слабость, гнилостное зараженіе крови и злокачественное перерожденіе опухоли. При своевременно предпринятомъ леченіи прогнозъ весьма значительно улучшается.

Леченіе распадается на симптоматическое и оперативное. Первое должно быть направлено противъ вызываемыхъ міомой разстройствъ, второе же по необходимости приходится примѣнить тогда, когда разстройства все болѣе усиливаются и симптоматическое леченіе не помогаетъ *). Къ разсмотрѣнію обоихъ этихъ методовъ мы и переходимъ.

Задача симптоматическаго леченія это, главнымъ образомъ, борьба съ кровотечениями и болями.

Въ цѣляхъ ограниченія кровотеченій пробуютъ первое время различныя фармацевтическія средства, какъ эрготинъ, гидрастисъ и стиптицинъ; при этомъ одно время очень рекомендовались подкожныя впрыскиванія эрготина, подъ вліяніемъ которыхъ будто бы наблюдалось значительное уменьшеніе размѣровъ міомы и даже излеченіе; на самомъ дѣлѣ, однако, результаты такихъ впрыскиваній довольно проблематичны. Кромѣ лекарственныхъ средствъ, и на ряду съ ними употребляются еще въ цѣляхъ пріостановки кровотеченій горячія спринцеванія влагалища, а также тампонація рукава и шейки, что часто бываетъ необходимо, чтобы получить хотя бы кратковременный эффектъ. Кровоостанавливающимъ образомъ дѣйствуетъ еще электризація, которая употребляется въ видѣ постоянного тока, при чемъ положительный полюсъ вводится въ матку, а отрицательный приставляется къ животу. Гораздо болѣе дѣйствительной, чѣмъ всѣ указанныя до сихъ поръ мѣры, нужно признать выскабливаніе слизистой оболочки, такъ какъ тутъ мы дѣйствуемъ на самый источникъ кровотеченій и можемъ добиться довольно продолжительнаго эффекта, иногда даже на нѣсколько лѣтъ. Послѣ

*) Въ послѣднее время, благодаря значительному улучшенію результатовъ при хирургическомъ леченіи міомы, показанія къ операціи ставятъ гораздо шире.

выскабливанія смазываютъ полость матки іодной настойкой, а при мягкихъ міомахъ даже ограничиваются однимъ примѣненіемъ іода (безъ предварительнаго выскабливанія), при чемъ его вспрыскиваютъ въ полость матки при помощи шприца Braun'a.

На второмъ мѣстѣ послѣ кровотеченій нужно поставить мѣры, направленныя къ уменьшенію болей. Во время мѣсячныхъ, когда боли особенно обостряются, необходимо покойное положеніе (въ постели), на животъ кладутъ горячія примочки, а внутрь назначается одно изъ болеутоляющихъ средствъ (салипиринъ, пирамидонъ, антипиринъ и т. д.). Въ крайнемъ случаѣ приходится прибѣгать къ наркотикамъ (опій, кодеинъ, но не морфій), но при ихъ назначеніи нужно быть очень осторожнымъ.

Таковы тѣ мѣропріятія, при помощи которыхъ мы можемъ съ большей или меньшей успѣшностью бороться противъ главныхъ симптомовъ міомы—кровотеченій и болей. Сюда же собственно нужно отнести и указанные выше явленія прижатія сосѣднихъ органовъ, но противъ этихъ явленій терапия по большей части оказывается безсильной. Только тогда, когда міома отличается подвижностью, можно попытаться сдвинуть ее въ большой тазъ и тѣмъ устранить прижатіе, что при интралигаментарныхъ міомахъ и периметритическхъ сращеніяхъ во всякомъ случаѣ невозможно.

Что касается симптомовъ не постоянныхъ, каковы: бѣли и неврастеническія явленія, то противъ нихъ употребляются мѣры, которыя уже были изложены нами выше (см. стр. 85), а потому мы ихъ здѣсь повторять не станемъ.

Къ задачамъ симптоматическаго леченія можно отнести также заботу объ улучшеніи общаго состоянія больной и укрѣпленіи ея силъ въ борьбѣ съ тяжелымъ недугомъ. Этимъ не только парализуется отчасти губительное вліяніе міомы на организмъ, но и самый ростъ ея можетъ иногда въ извѣстной степени быть задержанъ. Въ числѣ мѣропріятій, которыя способствуютъ указанной задачѣ, мы должны привести: спокойный образъ жизни, укрѣпляющая діета, пребываніе въ хорошемъ климатѣ, цѣлесообразная, не стѣсняющая живота одежда, воздержаніе отъ половыхъ сношеній, различныя тоническія и укрѣпляющія средства (мышьякъ, желѣзо и т. д.), наконецъ, леченіе ваннами на минеральныхъ водахъ (Франценсбадъ или Крейцнахъ). Специально для задержки роста міомъ рекомендуются впрыскиванія эрготина и электризація, но мѣры эти не надежны.

Мы перейдемъ теперь къ оперативному леченію міомы. Наше вмѣшательство можетъ тутъ быть и очень простымъ или, наоборотъ, весьма сложнымъ, въ зависимости отъ случая, съ которымъ мы имѣемъ дѣло.

Проще всего операция будетъ тогда, когда приходится удалять подслизистую міому, снабженную ножкой, т.-е. т. н. фиброзный полипъ. Если ножка полипа настолько велика, что послѣдній свѣшивается изъ маточнаго зѣва, то захватываютъ міому крючковатыми щипцами, оттягиваютъ ее внизъ и перерѣзаютъ ножку, послѣ чего остатокъ ея уходитъ назадъ въ матку. Впрочемъ, такая перерѣзка допустима только въ тѣхъ случаяхъ, когда ножка полипа очень тонка; если же мы имѣемъ дѣло съ міомой, сидящей на толстой ножкѣ, то отдѣленіе ножемъ или ножницами недопустимо, такъ какъ можно повредить при этомъ вывороченную часть матки. Въ данномъ случаѣ міому захватываютъ крючковатыми щипцами, оттягиваютъ ее внизъ и, сдѣлавъ затѣмъ у ея верхней окружности крестообразный разрѣзъ, вскрываютъ, такимъ образомъ, сумку опухоли и вылущаютъ послѣднюю. Остатокъ сумки послѣ этого срѣзаютъ, а въ случаѣ кровоточенія накладываютъ швы. Точно такъ же поступаютъ и съ такими міомами, которыя не снабжены ножкой, а сидятъ на широкомъ основаніи, т.-е. тутъ опять-таки операция сводится къ вылученію опухоли изъ сумки послѣ предварительнаго ея разрѣза. Затрудненіе можетъ представиться только въ томъ отношеніи, что міома будетъ не такъ доступна, на примѣръ, въ томъ случаѣ, когда она едва вдается въ маточный зѣвъ, или еще хуже, когда цервикальный каналъ непроходимъ для пальца. Въ этихъ случаяхъ приходится, слѣдовательно, предварительно открыть себѣ путь къ опухоли, что можетъ быть достигнуто расщепленіемъ наружнаго зѣва, а въ случаѣ надобности, и расширеніемъ цервикальнаго канала. Расщепленіе зѣва производится ножницами, а для расширенія цервикальнаго канала служатъ расширители Hegara.

Другое затрудненіе, которое можетъ возникнуть при удаленіи подслизистой міомы, обусловливается иногда ея размѣрами: опухоль можетъ быть настолько велика, что послѣ вылученія ее трудно извлечь. Преодолвваютъ затрудненіе въ такихъ случаяхъ или при помощи акушерскихъ инструментовъ (щипцы, краніокласть), или же прибѣгаютъ къ вырѣзыванію изъ міомы клиновидныхъ кусковъ, послѣ чего опухоль, сдавленная въ крючковатыхъ щипцахъ, значительно уменьшается и можетъ уже быть извлечена.

Заканчивая вопросъ объ удаленіи подслизистыхъ міомъ, мы должны дать нѣсколько общихъ указаній. Прежде всего необходима строжайшая асептика. Если послѣ удаленія опухоли констатируется кровоточеніе, то его останавливаютъ посредствомъ наложенія швовъ и тампонаціи. Послѣ удаленія полипа въ маткѣ остается часть его

ножки, а послѣ вылушенія опухоли остаются куски сумки; въ обоихъ этихъ случаяхъ куски могутъ подвергнуться гніенію, и во избѣжаніе послѣдняго лучше всего ввести въ полость матки іодоформную турунду, которую оставляютъ на нѣсколько дней. При соблюденіи приведенныхъ указаній операція протекаетъ обыкновенно безъ лихорадки, и ее можно считать вполне безопасной.

Напротивъ, операціи, къ описанію которыхъ мы сейчасъ переходимъ, являются въ техническомъ отношеніи гораздо болѣе сложными и сопряжены, кромѣ того, для больной съ значительнымъ рискомъ.

Сущность этихъ операцій состоитъ въ томъ, что вмѣстѣ съ міомой удаляютъ и матку, при чемъ это можетъ быть сдѣлано или путемъ чревосѣченія, или же черезъ отверстие, продѣланное въ брюшную полость со стороны влагалища. Какъ при одномъ, такъ и при другомъ способѣ, нужно всегда руководствоваться слѣдующими показаніями *), которыя дѣлаютъ оперативную помощь необходимой: 1) сильныя, истощающія кровотечения, если они не уступаютъ симптоматическому леченію; 2) значительная величина опухоли, въ особенности у молодой женщины, и быстрый ростъ ея вслѣдствіе отекаго пропитыванія или миксоматознаго перерожденія; 3) давленіе на сосѣдніе органы; 4) появленіе признаковъ, указывающихъ на ослабленіе сердечной дѣятельности. Но если перечисленныя явленія представляются намъ существенными показаніями къ хирургическому вмѣшательству, то, съ другой стороны, существуютъ и противоположные симптомы, при которыхъ производство операціи противопоказано. Къ числу такихъ противопоказаній *) относятся: 1) чрезмѣрное ослабленіе организма вслѣдствіе частыхъ потерь крови, если соотвѣтствующими мѣрами не удалось поднять силы такихъ больныхъ; 2) тяжелое перерожденіе сердечной мышцы съ непоправимымъ разстройствомъ компенсаціи, а также хроническое воспаленіе почекъ; 3) утрата подвижности опухоли вслѣдствіе ея злокачественнаго перерожденія или появленіе метастазовъ.

Что касается техники удаленія матки, это, какъ уже сказано, можетъ быть сдѣлано или путемъ чревосѣченія, или же со стороны влагалища. Мы опишемъ сначала первый способъ, какъ болѣе старый, и при большихъ міомахъ, которыя не могутъ пройти черезъ малый тазъ, только и возможный.

Операція носитъ названіе „лапаро-міотомія“, т.-е. удаленіе міомы послѣ произведеннаго чревосѣченія. Названіе это по боль-

*) Толочиновъ.—Учебникъ женскихъ болѣзней.

шей части не вполне соответствует действительности, так как обычно послѣ вскрытія брюшной полости удаляютъ не одну опухоль, а также и матку. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда при вскрытіи брюшной полости мы находимъ подбрюшинную міому, сидящую на ножкѣ, т. е., т. н. брюшинный полипъ, действительно ограничиваются удаленіемъ самой опухоли (послѣ предварительной перевязки), совершенно не трогая матки. Обычно же, повторяемъ, удаляется и матка. При этомъ можетъ быть два случая, въ зависимости отъ того, поражено ли міоматознымъ процессомъ одно лишь тѣло матки, или же, кромѣ послѣдняго, пронизана міомами и шейка. Въ первомъ случаѣ ограничиваются ампутаціей матки на уровнѣ внутренняго зѣва, оставляя нетронутой шейку, во второмъ случаѣ удаляютъ и послѣднюю.

Типической операцией при удаленіи міомъ со стороны брюшной полости считается ампутація матки на уровнѣ внутренняго зѣва, т. н. „надвлагалищная ампутація матки“, а потому таковая и будетъ прежде всего описана.

Дадимъ себѣ прежде всего отчетъ въ тѣхъ главныхъ моментахъ, изъ которыхъ состоитъ операція. Нужно, во-первыхъ, вскрыть брюшную полость, а затѣмъ отдѣлить матку отъ ея придатковъ, мочевого пузыря и шейки; при этомъ придется перевязать четыре крупныхъ сосуда, а именно: двѣ *arteriae ovaricae (spermaticae internae)* у *ligamentum suspensorium ovarii* и двѣ *arteriae uterinae* по бокамъ шейки. Прослѣдимъ теперь всѣ эти моменты операціи болѣе подробно.

Передъ операцией устанавливаютъ операционный столъ вмѣстѣ съ больной въ наклонной плоскости такъ, чтобы голова, обращенная къ окну, лежала низко, а ноги высоко. Такое положеніе представляетъ собой много выгодъ: во-первыхъ, кишки отходятъ къ діафрагмѣ, такъ что меньше шансовъ ранить ихъ; во-вторыхъ, опухоль благодаря своей тяжести выходитъ изъ малаго таза, и доступъ къ ней становится легче; въ третьихъ, поле операціи хорошо освѣщено.

Вскрытіе брюшной полости производятъ по бѣлой линіи, начиная разрѣзъ около пупка и оканчивая его на два поперечныхъ пальца выше лоннаго сочлененія. При этомъ по слою разсѣкаютъ всѣ ткани, пока не доходятъ до поверхности матки. Въ случаѣ необходимости увеличить брюшную рану вверхъ, обходятъ пупокъ разрѣзомъ влево, чѣмъ предупреждается поврежденіе круглой связки.

Теперь нужно отдѣлить матку отъ ея придатковъ, для чего предварительно приходится крѣпко перевязать *ligamentum suspensorium ovarii* (вмѣстѣ съ проходящей въ ней *arteria ovarica*), а затѣмъ широкія связки и *ligamentum rotundum*.

Слѣдующій моментъ это—отдѣленіе матки отъ мочевого пузыря, послѣ чего тщательно перевязываются обѣ arteriae uterinae, и, въ заключеніе, по возможности низко у шейки отсѣкается матка. Оставшуюся культю окаймляютъ брюшиной, обсушиваютъ операционное поле и приступаютъ къ закрытію брюшной раны. При этомъ накладывается много-этажный шовъ (отдѣльно на каждый слой), чѣмъ предупреждается образованіе грыжъ живота.

Таковъ въ общихъ чертахъ ходъ надвлагалищной ампутаціи матки. Въмѣсто этой послѣдней операціи, въ тѣхъ случаяхъ, когда, кромѣ тѣла матки, оказывается пораженной и шейка, приходится производить полное вылущеніе матки. Техника послѣдней немногимъ отличается отъ надвлагалищной ампутаціи: послѣ того, какъ брюшная полость вскрыта, и матка вышеописаннымъ образомъ отдѣлена отъ окружающихъ ее частей, обкалываютъ влагалище у самой шейки и отсѣкаютъ его отъ послѣдней. Затѣмъ влагалищную рану зашиваютъ, соединяютъ надъ ней брюшину и закрываютъ брюшную полость.

Смертность при лапаро-миотоміи въ настоящее время не велика (5—6%). Главныя условія успѣха—асептика, тщательная перевязка сосудовъ и ловкость самого оператора. *хирургія*

Другой путь, которымъ можно подойти къ миоматозной маткѣ для ея вылущенія, это—со стороны влагалища. „Влагалищное изсѣченіе матки“ (таково названіе операціи) получаетъ въ послѣдніе годы все большее распространеніе. Выгоды такого пути, въ сравненіи съ чревосѣченіемъ, заключаются, во-первыхъ, въ меньшей опасности зараженія, а во-вторыхъ, въ отсутствіи наружной раны, которая можетъ повлечь за собой грыжу. Недостатокъ же влагалищной операціи состоитъ въ томъ, что при ней гораздо труднѣе ориентироваться. Нужно, кромѣ того, имѣть въ виду, что операція не всегда выполняема; такой случай мы имѣемъ, на примѣръ, при чрезмѣрныхъ размѣрахъ миоматозной матки, которые исключаютъ возможность ея проведенія черезъ тазъ, затѣмъ также при фиксациіи матки благодаря интралигаментарному развитію миомъ и т. д. Съ другой стороны, бываютъ обстоятельства, которыя являются настоятельными показаніями именно къ влагалищному вылущенію матки, а не лапаро-миотоміи. Какъ примѣръ, приведемъ нагноеніе миомы. При чревосѣченіи такой случай легко можетъ дать перитонитъ, между тѣмъ какъ влагалищный путь значительно уменьшаетъ рискъ зараженія.

Что касается техники влагалищнаго вылущенія матки, то тутъ въ сущности приходится дѣлать то же, что и при лапаро-миотоміи, только путь будетъ другой.

Прежде всего проводятъ кругообразный разрѣзь, охватывающій влагалищную часть, и проникають, такимъ образомъ, въ полость брюшины. Теперь нужно отдѣлить мочевой пузырь отъ шейки и передней стѣнки матки, при чемъ клѣтчатку, ихъ соединяющую, отчасти перерѣзають ножницами, отчасти же отслаивають пальцемъ, пока послѣдній не дойдетъ до брюшинной складки между пузыремъ и маткой. Складку эту низводятъ при помощи пинцетовъ, вскрываютъ ножницами и соединяють швами съ передней стѣнкой влагалища.

Послѣ отдѣленія мочевого пузыря матка становится гораздо подвижнѣе. Если теперь ввести черезъ разрѣзь палецъ, то сбоку отъ матки мы ощупаемъ основаніе широкой связки. Отступя нѣсколько отъ маточной стѣнки, проводятъ черезъ широкую связку при помощи иглы Deschamp'a крѣпкую лигатуру и сильно ее затягивають (при этомъ перевязывается *arteria uterina!*), послѣ чего связку перерѣзають ножницами (квнутри отъ лигатуры). Такимъ образомъ производится отдѣленіе матки отъ нижней части широкой связки, сперва съ лѣвой стороны, затѣмъ съ правой, послѣ чего матка сстается висѣть только на связкахъ и трубахъ, расположенныхъ въ верхней части широкой связки, и становится очень подвижной.

Остается только вывести матку наружу, перевязать верхнюю часть широкой связки, трубы, круглую связку и *ligamentum suspensorium* (тамъ, гдѣ она захватываетъ *arteriam spermaticam*), послѣ чего производять окончательное отдѣленіе матки, и операція окончена.

Исходъ при влагалищномъ изсѣченіи матки бываетъ, обыкновенно, очень хорошимъ, и смертность весьма незначительна.

Въ заключеніе мы должны указать, что при оперативномъ удаленіи міоматозной матки иногда возникаютъ большія техническія трудности, которыя дѣлають операцію почти невыполнимой. Это относится, какъ къ лапаро-міотоміи, такъ и къ влагалищному вылуценію матки, и наблюдается, главнымъ образомъ, при забрюшинномъ расположеніи міомы, подъ каковымъ подразумѣвается вращаніе интралигаментарной міомы въ тазовую клѣтчатку. Выясняется техническая невыполнимость операціи обыкновенно уже послѣ вскрытія брюшной полости, и единственное, что остается при такихъ обстоятельствахъ, это—кастрація, т. е. удаленіе яичниковъ. Благодаря кастраціи почти всегда прекращается главный симптомъ міомы—кровотеченіе, да и сама опухоль очень часто подвергается постепенному уменьшенію. О техникахъ кастраціи будетъ сказано въ отдѣльной главѣ.

Ракъ матки (*cancer uteri*).

Въ противоположность міомѣ, ракъ чаще всего поражаетъ шейку, и только въ 5% всѣхъ случаевъ ракъ локализуется въ тѣлѣ. Мы рассмотримъ сначала—

Ракъ маточной шейки (cancer colli uteri).

Этіологія рака еще не выяснена. Извѣстно только, что онъ чаще всего встрѣчается у много рожавшихъ женщинъ въ возрастѣ отъ 40 до 50-ти лѣтъ и поражаетъ скорѣе женщинъ бѣдныхъ слоевъ населенія, нежели женщинъ изъ болѣе обеспеченныхъ классовъ.

Нѣкоторые авторы приписываютъ извѣстную роль въ развитіи рака мѣстнымъ раздраженіямъ шейки, но противъ этого говоритъ тотъ фактъ, что при выпаденіи матки влагалищная часть подвергается частымъ инсультамъ, а ракъ между тѣмъ наблюдается крайне рѣдко. Наконецъ, бывають случаи, въ которыхъ проявляется вліяніе наследственности.

Патологическая анатомія. Ракъ маточной шейки можетъ исходить либо изъ слизистой оболочки влагалищной части, либо изъ слизистой оболочки и железъ цервикальнаго канала, въ зависимости отъ чего различають а) ракъ влагалищной части и б) цервикальный ракъ.

Ракъ влагалищной части—это по большей части плоско-эпителиальный ракъ. Представляя собой атипическое разращеніе эпителия, онъ можетъ обусловить собой образованіе бугристыхъ опухолей, которыя сидятъ преимущественно на задней губѣ и сильно выдаются во влагалище, или разращеніе эпителия способствуетъ болѣе или менѣе равномерному утолщенію всей влагалищной части, которая сохраняетъ, такимъ образомъ, свою форму. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ постепенно наступаютъ распадъ, разрушеніе и кровотеченіе. Распространяется ракъ влагалищной части въ сторону влагалища, а потомъ въ тазовую клѣтчатку, но на верхнюю часть шейки онъ обыкновенно не переходитъ (см. рис. 50).

Что касается цервикальнаго рака (рис. 51), то онъ можетъ исходить либо изъ цилиндрическаго эпителия, который выстилаетъ слизистую оболочку канала, либо изъ ея железъ, при чемъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ ракъ сохраняетъ железистое строеніе (аденокарцинома). Цервикальный ракъ постепенно захватываетъ толщу стѣнокъ, разрушаетъ ихъ и проникаетъ затѣмъ въ тазовую клѣтчатку. При этомъ характерно то, что подымается онъ сначала вверхъ, къ внутреннему маточному зѣву и тѣлу матки, а позже всего поражаются наружный зѣвъ и влагалищная часть. Такимъ образомъ, въ начальныхъ стадіяхъ мы легко различаемъ, имѣется ли дѣло съ цервикальнымъ ракомъ, или съ ракомъ влагалищной части, но въ позднѣйшихъ степеняхъ уже нельзя отграничить одну форму отъ другой.

Ракъ шейки обыкновенно сопровождается метростенометрией, распадъ же пораженныхъ раковымъ процессомъ влагалища и

тазовой клетчатки ведетъ къ разрушенію рукава и образованію ненормальныхъ сообщеній съ прилегающими органами—мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой. Такъ какъ распадъ на шейкѣ и во влагалищѣ происходитъ при доступѣ бактерий, то онъ сопровождается гни-

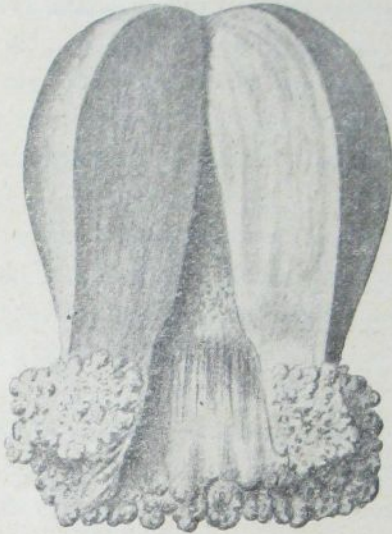


Рис. 50.—Ракъ влагалищной части. Въ тѣлѣ метрэндо-] метрий.



Рис. 51.—Цервикальный ракъ. Въ тѣлѣ рѣзко выраженный эндометритъ съ расширеніемъ полости.

лостнымъ разложеніемъ пораженныхъ тканей. Метастазы, т.-е. переносы въ другіе органы, и пораженіе принадлежащихъ къ маткѣ лимфатическихъ железъ наступаютъ, обыкновенно, въ позднѣйшихъ ступеняхъ развитія рака.

Симптомы и теченіе. Начальныя стадіи рака шейки протекаютъ безъ всякихъ симптомовъ, и поэтому огромное количество больныхъ обращается къ врачу уже слишкомъ поздно, когда радикальное леченіе невозможно.

Первымъ симптомомъ болѣзни бываютъ обыкновенно болѣе обильныя мѣсячныя, къ которымъ очень скоро присоединяются сильныя и частыя кровотеченія*). Если, какъ это нерѣдко бываетъ, ракъ развивается въ періодѣ климактерія, то больныя объясняютъ эти кровотеченія, зависящія отъ распада ткани, „возвращеніемъ регуль“ и могутъ еще и теперь считать обращеніе къ врачу излишнимъ. Между

*) Иногда прежде всего обращаетъ на себя вниманіе небольшое выдѣленіе крови при совокупленіи.

тѣмъ вслѣдъ за кровотеченіемъ мало по малу появляются водянистыя или похожія на мясные помои выдѣленія, которыя при болѣе сильномъ распадѣ и нечистоплотности принимаютъ зловонный характеръ, такъ что совмѣстное пребываніе съ больной можетъ стать для окружающихъ нестерпимымъ.

Но, вотъ, раковый процессъ раньше или позже переходитъ на тазовую клѣтчатку, и съ этого времени появляется третій тяжелый симптомъ—рѣзкія боли, которыя ощущаются въ глубинѣ таза и крестцѣ, отдають въ нижнія конечности и обуславливаются давленіемъ инфильтрированной клѣтчатки на тазовые нервы.

Всѣ указанная явленія, а боли и зловоніе въ особенности, отражаются весьма существеннымъ образомъ на общемъ состояніи больныхъ: аппетитъ ухудшается, появляются припадки анеміи, лицо принимаетъ желтовато блѣдный цвѣтъ, начинается рѣзкое исхуданіе. Этотъ послѣдній признакъ заслуживаетъ серьезнаго вниманія въ томъ отношеніи, что онъ является характерной особенностью рака и отсутствуетъ, какъ мы говорили выше, у больныхъ міомой, при которой, несмотря на чрезвычайную блѣдность, подкожный жировой слой сохраняется.

Между тѣмъ раковый процессъ распространяется на сосѣдніе органы, и на сцену выступаютъ все новые симптомы: частые позывы на мочу и запоры или внезапно появляющіеся поносы служатъ признакомъ того, что ракъ перешелъ на мочевой пузырь и прямую кишку; если при этомъ еще происходитъ прободеніе въ одинъ изъ указанныхъ органовъ, то къ выдѣленіямъ изъ половыхъ частей примѣшиваются моча или калъ, зловоніе принимаетъ особенно тяжелый характеръ, а на наружныхъ половыхъ частяхъ и на бедрахъ, благодаря постоянному раздраженію, развивается экзема, которая не поддается подчасъ никакому леченію.

Вся картина болѣзни медленно, но непрерывно ухудшается. Боли становятся все мучительнѣе, истощеніе растетъ и, распространяя вокругъ себя невыносимое зловоніе, больныя лежатъ по цѣлымъ днямъ при вполнѣ сохраненномъ сознаніи, отчего положеніе ихъ еще болѣе отягчается. Конецъ мученьямъ мало по малу приближается: больныя уже не имѣютъ силъ громко кричать отъ боли и только слегка стонуть; общая вялость и сонливое состояніе, которому нерѣдко предшествуютъ головная боль, рвота и уменьшеніе количества мочи—всѣ эти симптомы знаменуютъ собой приближеніе рокового конца и служатъ выраженіемъ хронической урeмiи, которая зависитъ, въ свою очередь, отъ сдавливанія мочеточниковъ раковымъ разращеніемъ. Смерть наступаетъ, такимъ образомъ, при явленіяхъ уремiи, хотя

нерѣдко больныя погибають отъ общаго истощенія при постепенномъ угасаніи всѣхъ жизненныхъ функцій.

Общая продолжительность болѣзни составляетъ всего нѣсколько лѣтъ, но болѣе или менѣе точныхъ статистическихъ данныхъ мы имѣть не можемъ, ибо начальныя ступени рака ускользають по большей части отъ наблюденія.

Мы нарисовали типичную картину болѣзни, отъ которой, однако, бывають и отступленія. Такъ, на примѣръ, у нѣкоторыхъ больныхъ не бываетъ кровотеченій, у другихъ нѣтъ зловонія, у третьихъ боли появляются лишь очень поздно. Смерть также можетъ быть вызвана какимъ-нибудь случайнымъ заболѣваніемъ, на примѣръ, воспаленіемъ легкихъ, или же она наступаетъ послѣ операціи.

Распознаваніе не трудно. На мысль о ракѣ нерѣдко наводитъ уже анамнезъ больной. Если, на примѣръ, женщина заявляетъ, что у нея регулы давно прекратились, а теперь вдругъ „опять появились мѣсячныя“, то это одно уже позволяетъ заподозрить ракъ. Затѣмъ, если во время климактерическаго періода (до полного прекращенія регулъ) „мѣсячныя“ становятся слишкомъ частыми и обильными, а въ промежуткахъ между ними существуютъ бѣли, то и въ данномъ случаѣ нужно прежде всего вспомнить о ракѣ. Наконецъ, всякое кровотеченіе, даже незначительное (на примѣръ, нѣсколько капель крови при совокупленіи), если оно появляется въ возрастѣ отъ 40 до 50-ти лѣтъ, можетъ указывать на начинающійся ракъ шейки.

Первое, что требуется отъ врача во всѣхъ такихъ случаяхъ, это—тщательное изслѣдованіе, ибо теперь, когда ракъ, пожалуй, находится еще въ начальной стадіи, можетъ быть рѣчь о радикальномъ леченіи, потомъ время уже будетъ упущено.

При изслѣдованіи, вообще говоря, особыхъ затрудненій не встрѣчается. Если, какъ это по большей части бываетъ, больная обращается къ врачу въ то время, когда процессъ уже успѣлъ распространиться и повелъ къ распаду и разрушенію, то діагнозъ болѣе, чѣмъ легокъ, ибо такія разрушенія могутъ встрѣчаться еще развѣ при саркомахъ шейки, но послѣднія весьма рѣдко встрѣчаются. Не всегда, конечно, мы имѣемъ полную картину разрушенія шейки, иногда распадъ бываетъ выраженъ менѣе рѣзко, но для постановки діагноза вполне достаточно, если при изслѣдованіи пальцемъ или при обтираніи влажной части отдѣляются кусочки, а зондъ проникаетъ въ раковую ткань безъ особеннаго сопротивленія. Характерны также (при отсутствіи распада) вышеупомянутыя бугристыя опухоли, которыя, разрастаясь, напоминають нѣкоторымъ образомъ цвѣтную

капусту, такъ что при осмотрѣ зеркаломъ картина рака сразу бросается въ глаза.

До сихъ поръ мы имѣли въ виду ракъ влагалищной части или же ту стадію въ развитіи рака шейки вообще, когда уже нельзя отличить цервикальный ракъ отъ рака влагалищной части. Если же имѣется ракъ цервикальнаго канала, который еще не успѣлъ перейти за наружный зѣвъ (см. выше), то тутъ дѣло немного сложнѣе. Ни при изслѣдованіи пальцемъ, ни при помощи зеркалъ мы въ данномъ случаѣ ничего не констатируемъ. Нужно поэтому обязательно изслѣдовать цервикальный каналъ зондомъ, и если онъ свободно проникаетъ въ ткань, то мы почти навѣрное можемъ заподозрить ракъ; напротивъ, если при изслѣдованіи зондомъ констатируютъ неровности на слизистой оболочкѣ канала, а также увеличенную ея плотность, то это еще не говоритъ за раковый процессъ, такъ какъ подобныя измѣненія наблюдаются нерѣдко при хроническомъ метроэндометритѣ шейки. Такимъ образомъ, при цервикальномъ ракѣ мы по большей части не можемъ обойтись безъ микроскопическаго изслѣдованія, которое вообще должно быть производимо во всѣхъ мало мальски сомнительныхъ случаяхъ. Подлежащія изслѣдованію кусочки подозрительной ткани можно получить при помощи острой ложечки, если дѣло идетъ о слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала, или же для этого прибѣгаютъ къ ножу, когда нужно изслѣдовать подозрительныя образованія на поверхности влагалищной части.

Когда наличность рака установлена, нужно опредѣлить, насколько процессъ уже успѣлъ захватить влагалище, и въ особенности поражена ли также тазовая клѣтчатка. Первое устанавливается при изслѣдованіи безъ особаго труда; что же касается вовлеченія въ процессъ клѣтчатки, то вопросъ этотъ рѣшается такъ: влагалищную часть захватываютъ пулевыми щипцами и осторожно тянутъ внизъ, и, если при этомъ матка легко смѣщается, то тазовая клѣтчатка, по всей вѣроятности, еще не поражена. Нужно, кромѣ того, ввести палецъ въ прямую кишку и постараться ощупать клѣтчатку возлѣ матки. При этомъ возможно смѣшеніе раковыхъ разраженій съ воспалительными инфильтратами, и для различенія ихъ другъ отъ друга нужно имѣть въ виду, что раковые инфильтраты бываютъ обыкновенно широкими, плотными и бугристыми (последнее особенно характерно), между тѣмъ какъ воспалительные инфильтраты клѣтчатки имѣютъ по большей части форму тяжей и не такъ плотны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, бываетъ довольно трудно разобраться.

Предсказаніе неблагоприятно. Полное излеченіе возможно, если съ самаго начала сдѣлана коренная операція, но это пока на-

блюдается лишь въ немногихъ случаяхъ (всего нѣсколько процентовъ). По большей части даже и при своевременно произведенной операциіи смертельный исходъ лишь отсрочивается на нѣсколько лѣтъ, и большія погибаютъ, въ концѣ концовъ, отъ рецидива.

Леченіе. Изъ предыдущаго изложенія ясно, что только своевременная операциія можетъ въ однихъ случаяхъ дать излеченіе, а въ другихъ—хоть отсрочить смертельный исходъ; поэтому на первомъ планѣ при леченіи рака шейки мы должны поставить оперативное вмѣшательство, тамъ же, гдѣ послѣднее уже невозможно, остается лишь примѣненіе палліативныхъ мѣръ, направленныхъ противъ кровотеченій, болей, зловонія и т. д. Мы рассмотримъ сначала

Оперативное леченіе рака шейки.

Сущность операциіи состоитъ въ полномъ удаленіи матки, при чемъ такъ же, какъ и при міомѣ, это можетъ быть сдѣлано или путемъ чревосѣченія, или же со стороны влагалища. Но прежде, чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію обоихъ этихъ способовъ, мы хотимъ выяснитъ, въ какихъ случаяхъ вообще еще возможно оперировать и при какихъ обстоятельствахъ нужно отъ операциіи воздержаться. До послѣдняго времени оперировали лишь въ томъ случаѣ, если тазовая клѣтчатка оказывалась при изслѣдованіи свободной отъ рака (см. выше), теперь же считаютъ цѣлесообразнымъ хирургическое вмѣшательство даже и при раковой инфильтраціи клѣтчатки, которую удастся удалить вмѣстѣ съ пораженными лимфатическими железами. Что касается выбора того или другаго способа операциіи, то влагалищный путь представляетъ собой непосредственно значительно меньшую опасность, чѣмъ чревосѣченіе, и поэтому во всѣхъ случаяхъ, гдѣ мы хотимъ удалить только матку, влагалищное иссѣченіе ея и будетъ самымъ умѣстнымъ. Напротивъ, если имѣется въ виду удалить вмѣстѣ съ маткой также и пораженную тазовую клѣтчатку и лимфатическія железы, то единственно возможный для этого путь будетъ чревосѣченіе, которое и должно быть произведено. Такимъ образомъ, операциія со стороны брюшной полости можетъ быть сдѣлана гораздо радикальнѣе, чѣмъ при влагалищномъ пути, но первый способъ зато и опаснѣе.

Переходя теперь къ техникѣ обоихъ способовъ мы должны сказать, что оперативное удаленіе раковой матки не отличается существенно отъ вышеизложеннаго вылуценія міоматозной матки (см. стр. 113). Разница только въ нѣкоторыхъ частностяхъ, которыя мы тутъ и изложимъ.

Если оперируютъ по влагалищному способу, то первый разръзъ (вокругъ влагалищной части) нужно произвести на значительномъ разстояніи отъ раковой ткани, а затѣмъ поступаютъ по вышеизложенному. При этомъ передъ операціей необходимо уничтожить всю распавшуюся раковую ткань и произвести тщательное обеззараживаніе, ибо въ противномъ случаѣ можетъ произойти привитіе рака въ свѣжую рану, что многими авторами, правда, и оспаривается. Достигаютъ уничтоженія распавшейся раковой ткани выскабливаніемъ ея острой ложечкой, послѣ чего всю поверхность новообразованія прожигаютъ термокаутеромъ, пока не образуется толстый струпъ. Во всемъ остальномъ нѣтъ существенныхъ различій отъ влагалищнаго вылученія матки при міомахъ, но нужно имѣть въ виду, что во время самой операціи нерѣдко находятъ обширное распространеніе рака въ окружающихъ частяхъ, между тѣмъ какъ при изслѣдованіи казалось, что будетъ вполне достаточно простого удаленія матки (безъ клѣтчатки и безъ железъ). Въ такихъ случаяхъ техника операціи становится, конечно, гораздо затруднительнѣе.

Непосредственный исходъ операціи довольно хорошій: смертность равна всего 5—7⁰/₀. Но зато возвраты наблюдаются по меньшей мѣрѣ въ четырехъ случаяхъ изъ пяти, такъ что болѣе или менѣе длительное излеченіе (въ теченіе хотя бы пяти лѣтъ послѣ операціи) получается только въ 14—20⁰/₀ всѣхъ случаевъ.

Эти цифры, конечно, мало утѣшительны и заставили искать болѣе радикальныхъ оперативныхъ способовъ, главная особенность которыхъ состоитъ въ томъ, что удаляютъ не одну только матку, но и тазовую клѣтчатку вмѣстѣ съ лимфатическими железами. Возможно же это, какъ уже было сказано выше, только путемъ чревосѣченія.

Изъ новѣйшихъ способовъ полного удаленія раковой матки со стороны брюшной полости мы приведемъ способъ Wertheim'a. Вскрытіе брюшной полости производится обычнымъ разръзомъ по бѣлой линіи отъ лоннаго сочлененія до пупка, послѣ чего освобождается тазовая часть матки. Затѣмъ отслаиваютъ отъ матки мочевоу пузырь, а связки матки и маточные сосуды перевязываютъ и разръзаютъ.

Послѣ этого освобождаютъ пузырную часть мочеточниковъ, и мочевоу пузырь отпрепаровываютъ отъ передней стѣнки влагалища. Слѣдующій моментъ это—отслаиваніе прямой кишки и удаленіе тазовой клѣтчатки, послѣ чего матка остается въ связи только съ влагалищемъ, которое также должно быть отпрепарировано. Наложивъ на влагалище (подъ новообразованіемъ) зажимы, перерѣзываютъ его

поперекъ и приступаютъ затѣмъ къ вылущенію лимфатическихъ железъ. Наконецъ, сшиваютъ надъ перерѣзаннымъ влагалищемъ брюшную стѣнку,—и операція окончена.

Не слѣдуетъ думать, что способъ Wertheim'a даетъ возможность оперировать во всѣхъ случаяхъ, какъ бы широко ракъ ни распространился. Правда, нѣкоторые хирурги теперь оперируютъ 90% всѣхъ больныхъ ракомъ, но все же всегда остается значительное число случаевъ, которые совершенно не поддаются оперативному вмѣшательству, и которые можно лечить только палліативно. Укажемъ, на примѣръ, такой случай, когда ракъ совершенно выполняетъ своими буграми тазъ, и т. д. Что касается достоинствъ изложеннаго способа, то непосредственная опасность отъ самой операціи гораздо больше, чѣмъ при влагалищномъ способѣ, но по отношенію къ возвратамъ предсказаніе зато болѣе благопріятно, хотя привести большія статистическія цифры вслѣдствіе новизны операціи пока еще не представляется возможнымъ. Съ другой стороны, прежде, чѣмъ рѣшиться на операцію Wertheim'a, нужно имѣть въ виду, что при далеко зашедшемъ раковомъ процессѣ можно достигнуть значительнаго продленія жизни однимъ только палліативнымъ леченіемъ, къ изложенію котораго мы и перейдемъ.

Палліативное леченіе рака шейки.

Оно должно быть направлено противъ отдѣльныхъ симптомовъ болѣзни, благодаря чему уменьшаются, во-первыхъ, страданія больной, а во-вторыхъ, значительно можетъ быть отсроченъ летальный исходъ.

Изъ всѣхъ симптомовъ, которыми сопровождается ракъ шейки, на первомъ планѣ мы должны поставить кровотеченія и гнилостныя выдѣленія; противъ нихъ и необходимо принять мѣры прежде всего; такъ какъ оба симптома зависятъ отъ распадающихся раковыхъ массъ, то леченіе сводится къ тому, что массы эти удаляютъ, а оставшуюся поверхность прижигаютъ. Техника не сложна: захлороформировавъ больную, удаляютъ соотвѣтствующимъ инструментомъ (острой ложечкой, ножомъ или ножницами) всѣ распавшіяся массы и образовавшуюся раневую поверхность прижигаютъ каленымъ желѣзомъ, пока не получится толстый сухой струпъ. При удаленіи раковыхъ массъ нужно быть очень осторожнымъ, такъ какъ, если процессъ дошелъ уже до мочевого пузыря или прямой кишки, можно вызвать прободеніе въ эти органы. Кромѣ того, при недостаточномъ соблюденіи антисептическихъ предосторожностей можетъ по-

лучиться гнилостное зараженіе крови вслѣдствіе поступленія заразныхъ отдѣленій въ раневую поверхность, а потому во время операціи необходима самая тщательная дезинфекція. Если указанныхъ осложненій не произошло, и операція благополучно окончена, то получается весьма хорошій результатъ: кровотечения и гнилостныя выдѣленія прекращаются, аппетитъ поправляется, вѣсъ прибываетъ. Такой результатъ держится, однако, не долго, всего лишь нѣсколько мѣсяцевъ, а потомъ всѣ явленія возвращаются съ прежней силой. Впрочемъ, наблюдались также отдѣльные случаи, въ которыхъ возвраты не наступали въ теченіе многихъ лѣтъ.

Послѣдовательное леченіе при удаленіи раковыхъ массъ сводится къ примѣненію обеззараживающихъ и вяжущихъ средствъ, изъ которыхъ лучше всего дѣйствуютъ присыпки изъ боръ-таннина, іодоформа и іодоформъ-таннина и спринцеванія съ *kal. permanganicum*, *acidum carbolicum*, креолиномъ, лизоломъ, перекисью водорода и т. д.

Если удаленіе распавшихся массъ было почему-либо невозможно, напримѣръ, вслѣдствіе слабости больной, или, если результатъ оказался недостаточно хорошимъ, то въ цѣляхъ устраненія кровотеченій и гнилостныхъ выдѣленій примѣняютъ тампонацію іодоформной ватой, смазываніе $1\frac{1}{2}$ -хлористымъ желѣзомъ, іодной настойкой, 50⁰/₀ спиртнымъ растворомъ карболовой кислоты и 50⁰/₀ растворомъ хлористаго цинка, наконецъ, вышеприведенныя присыпки и спринцеванія.

Противъ болей, которыя раньше или позже даютъ себя знать, сначала примѣняютъ согрѣвающие компрессы, затѣмъ различныя *pervina*, какъ антипиринъ, пирамидонъ, героинъ и т. д., наконецъ, переходятъ къ наркотическимъ (опій и морфій).

Изъ другихъ явленій заслуживаютъ еще вниманія запоры, а затѣмъ экзема наружныхъ половыхъ частей, которая особенно легко получается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ образовался уже пузырно-влагалищный свищъ. Опорожненіе кишечника лучше всего достигается масляными клизмами, послѣ чего назначается правильная діета (плоды, овощи, черный хлѣбъ и т. д.); если, тѣмъ не менѣе, запоры продолжаютъ, приходится время отъ времени рекомендовать легкія слабительныя средства, каковы, напримѣръ, ревень, тамаринды, *extr. fluid. casc. sagrad.* и т. д. Что касается экземы наружныхъ половыхъ частей, то нѣкоторое облегченіе доставляютъ при ней обмыванія, ванны и тампоны съ карболъ-вазелинсмъ.

Послѣдняя задача при палліативномъ леченіи рака это—гигіеническій режимъ (укрѣпляющая діета, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, чистота и т. д.) и психическое воздѣйствіе на боль-

ную въ томъ смыслѣ, что болѣзнь ея неопасна и излечима. Такое воздѣйствіе, однако, по понятнымъ причинамъ не всегда удается.

Ракъ тѣла матки.

Этіологія. Выше (на стр. 70) мы уже говорили, что воспалительныя измѣненія слизистой оболочки матки иногда являются лишь первой ступеню въ развитіи злокачественнаго новообразованія. Нужно поэтому допустить, что метроэндометритъ тѣла матки играетъ извѣстную роль въ этіологіи рака, хотя точнѣ ихъ взаимная зависимость и не изслѣдована.

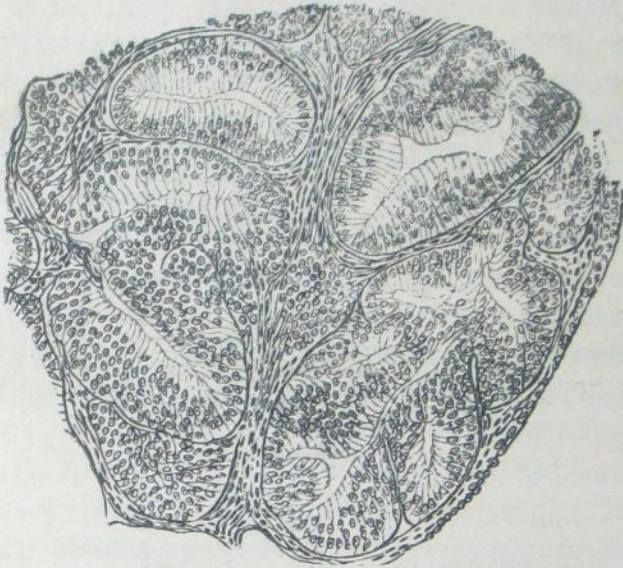


Рис. 52.—Аденокарцинома.

Встрѣчается ракъ тѣла, главнымъ образомъ, послѣ 50-тилѣтъ, и, въ противоположность раку шейки, онъ наблюдается одинаково у рожавшихъ женщинъ, какъ и у нерожавшихъ.

Патологическая анатомія. Ракъ тѣла матки имѣетъ своей исходной точкой ея слизистую оболочку, при чемъ разращеніе можетъ исходить или изъ покровнаго эпителія, или же изъ железъ; въ послѣднемъ случаѣ новообразование представляетъ собой типъ аденокарциномы (рис. 52). Разращеніе образуетъ разлитыя или полипозныя опухоли (рис. 53), проникаетъ въ мышечный слой и ведетъ къ образованію бугристыхъ наростовъ въ тѣлѣ матки съ увеличеніемъ ея объема, наконецъ, доходитъ до брюшиннаго покрова, который спаивается затѣмъ съ окружающими частями. Иногда въ процессъ вовлекается шейка, и тогда послѣдовательно наступаетъ пораженіе тазовой клѣтчатки, обычно же послѣдняя остается не пораженной. Лимфатическія железы также долго остаются нетронутыми и заражаются ракомъ лишь въ концѣ процесса; метастазы въ другихъ органахъ наблюдаются рѣдко. Зато довольно часто встрѣчается раковое пораженіе яичниковъ.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что ракъ тѣла представляетъ собой, въ сравненіи съ ракомъ шейки, относительно доброкачественный процессъ, и это сказывается, между прочимъ, на всемъ теченіи процесса: онъ тянется иногда 6—7 лѣтъ.

Симптомы. Распадъ раковой ткани вызываетъ кровотечения и бѣли, къ каковымъ явленіямъ позднѣе присоединяются гнилостныя выдѣленія и боли. Симптомы, слѣдовательно, аналогичны съ тѣми явленіями, которыя мы изучили выше при ракѣ шейки. Однако, между тѣми и другими имѣются существенныя различія. Прежде всего выдѣленія долгое время не имѣютъ зловоннаго запаха; такъ какъ доступъ бактерій въ полость матки происходитъ не такъ легко, какъ при ракѣ шейки, а затѣмъ боли имѣютъ здѣсь совершенно другой характеръ и вызываются другими причинами: при ракѣ шейки, какъ мы говорили, боли знаменуютъ собой пораженіе тазовой клѣтчатки, и обуславливаются онѣ давленіемъ на тазовые нервы; здѣсь же боль имѣетъ схваткообразный характеръ и обуславливается затрудненнымъ оттокомъ выдѣленій черезъ узкій цервикальный каналъ.

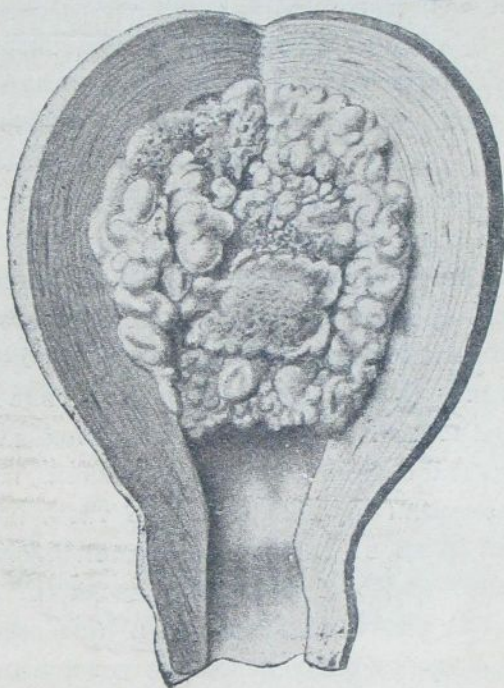


Рис. 53.—Ракъ тѣла матки.

Общее состояніе больныхъ долго остается довольно сноснымъ, но, въ концѣ концовъ, наступаютъ кахексія и смерть.

Распознаваніе. Если въ климактерическомъ періодѣ вдругъ появляются кровотечения, то при здоровомъ состояніи маточной шейки мы имѣемъ право предположить ракъ тѣла матки, хотя нужно имѣть въ виду, что и обыкновенный полипъ также можетъ дать то же кровотеченіе. Если при этомъ матка оказывается увеличенной, а при изслѣдованіи слизистой оболочки (зондомъ) на ней констатируются шероховатая или мягкія массы, то діагнозъ рака этимъ подтверждается. Однако, въ этомъ случаѣ такъ же, какъ и во всѣхъ начальныхъ степеняхъ процесса вообще, необходимо произвести пробное выскабливаніе (см. стр. 80) и подвергнуть затѣмъ удаленный кусочекъ слизистой микроскопическому изслѣдованію. О получаю-

шейся при этомъ картинѣ и объ отличіяхъ между воспалительными измѣненіями и злокачественнымъ новообразованіемъ мы говорили выше (см. стр. 80).

Въ позднѣйшихъ стадіяхъ діагнозу рака облегчается: матка оказывается при изслѣдованіи увеличенной, стѣнки ея представляются плотными или бугристыми, а пальцемъ, введеннымъ черезъ расширенный цервикальный каналъ, можно ощупать опухолевыя массы.

Предсказаніе вообще неблагоприятно. Однако, при своевременномъ удаленіи матки мы имѣемъ гораздо больше шансовъ на радикальное излеченіе, чѣмъ при ракъ шейки.

Леченіе. Какъ и при ракъ шейки, необходима экстирпація матки, которая можетъ быть произведена или черезъ влагалище, или со стороны брюшной полости. Однако, принимая во вниманіе все сказанное выше (см. стр. 120) о большей безопасности влагалищнаго метода, въ сравненіи съ чревосѣченіемъ, а также и то, что тазовая клѣтчатка и лимфатическія железы обыкновенно бываютъ пощажены при ракъ тѣла, мы должны отдать всѣ преимущества влагалищному удаленію матки. Только при далеко зашедшемъ процессѣ, когда матка оказывается неподвижной и настолько увеличенной, что она врядъ-ли пройдетъ черезъ тазъ, приходится думать о лапаротоміи, но въ этомъ послѣднемъ случаѣ радикальная операція вообще уже рѣдко бываетъ показана, и приходится ограничиваться палліативными мѣрами (см. ниже). Техника влагалищнаго удаленія матки была изложена нами выше (см. стр. 113). При ракъ тѣла единственное отличіе состоитъ въ томъ, что передъ операціей тщательно промываютъ полость матки какимъ-нибудь дезинфицирующимъ растворомъ, а затѣмъ вводятъ въ нее іодоформную марлю и зашиваютъ наружный зѣвъ—мѣры, служація къ тому, чтобы предупредить привитіе рака въ свѣжую рану.

Непосредственный исходъ операціи хорошій, рецидивы сравнительно рѣдки.

Если радикальную операцію произвести уже нельзя, то расширяютъ цервикальный каналъ *) и выскабливаютъ острой ложечкой распавшіяся и мягкія массы, послѣ чего время отъ времени смазываютъ полость матки іодной настойкой. Такое леченіе даетъ довольно хорошій результатъ и притомъ на болѣе или менѣе долгіи промежутки времени.

*) Цервикальный каналъ оказывается очень часто проходимымъ, и надобности въ его расширеніи не представляется.

Саркома матки.

Саркома, встрѣчающаяся гораздо рѣже, чѣмъ ракъ, представляетъ собой злокачественное новообразование, развивающееся изъ соединительной ткани; она наблюдается въ видѣ саркомы слизистой оболочки и въ видѣ саркомы стѣнки матки, при чемъ первая форма встрѣчается чаще второй. Кромѣ того, тѣло матки чаще поражается саркомой, чѣмъ шейка. Излюбленный возрастъ, въ которомъ обыкновенно развиваются саркомы, это—около 50-ти лѣтъ; послѣ 60-ти лѣтъ онѣ встрѣчаются рѣдко.

Саркома слизистой оболочки матки.

Объ этиологіи болѣзни мы ничего опредѣленнаго сказать не можемъ.

Патологическая анатомія. Саркома слизистой оболочки чаще локализуется въ тѣлѣ матки и рѣже въ маточной шейкѣ. Въ первомъ случаѣ опухоль представляется въ видѣ разлитого или полипознаго образования, которое, подобно раку, имѣетъ склонность къ распаденію, между тѣмъ какъ основаніе его разрастается дальше и пронизываетъ мышечный слой матки, брюшину и, наконецъ, тазовую клѣтчатку. Нѣкоторыя полипозныя формы не имѣютъ, однако, склонности къ распаду, такъ что ихъ ошибочно можно принять за доброкачественное образование.

Что касается шейки, то здѣсь саркома встрѣчается въ видѣ полипозныхъ или же грибовидныхъ разращеній, которыя при своемъ распаденіи даютъ такія же измѣненія, какъ и ракъ. Для отличія, однако, нужно имѣть въ виду, что саркома распадается позднѣе, чѣмъ ракъ, но зато рецидивы (послѣ оперативнаго удаленія) наступаютъ очень скоро.

Гистологическій характеръ саркомъ слизистой оболочки матки такой же, какъ и на другихъ мѣстахъ: подъ микроскопомъ мы встрѣчаемъ какъ кругло-, такъ и веретенообразно клѣточные саркомы, какъ крупно-, такъ и мелко-клѣточные саркомы, что одинаково относится и къ тѣлу матки, и къ маточной шейкѣ.

Симптомы. Явленія при саркомѣ слизистой оболочки матки сходны, въ общемъ, съ симптомами, которые вызываетъ ракъ тѣла матки. Тутъ также на первый планъ выступаютъ кровотечения, выдѣленія изъ половыхъ частей и схваткообразныя боли. Тянется саркома нѣсколько лѣтъ, но, въ концѣ концовъ, постепенно развивается какъ-сія, и наступаетъ смертельный исходъ.

Распознаваніе. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ нетрудно бываетъ поставить діагнозъ злокачественнаго новообразованія вообще.

Точный же характеръ опухоли можетъ быть опредѣленъ только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, которое въ начальныхъ стадіяхъ является безусловно необходимымъ. При этомъ, однако, могутъ возникнуть затрудненія, такъ какъ получающуюся подъ микроскопомъ картину легко смѣшать съ интерстиціальнымъ эндометритомъ. Руководствуются для отличія эндометрита отъ саркомы слѣдующимъ: если клѣтки одинаковой величины и окрашиваются, то мы имѣемъ дѣло съ доброкачественнымъ процессомъ; напротивъ, если величина клѣтокъ неодинакова, если онѣ не окрашиваются, и если при томъ мы констатируемъ въ нихъ рѣзкія явленія каріокинеза, то всѣ эти данныя говорятъ за саркому.

Предсказаніе неблагопріятно.

Леченіе основано на тѣхъ же принципахъ и методахъ, которые мы изучили выше при ракъ тѣла матки (см. стр. 126).

Саркома маточной стѣнки.

Саркома маточной стѣнки рѣдко развивается въ маточной стѣнкѣ первично, обыкновенно же она представляетъ собой саркоматозно перерожденную міому (міосаркома), о чемъ уже было упомянуто выше.

Симптомы. На первыхъ порахъ мы будемъ имѣть тѣ же явленія, что и при міомѣ (см. выше). Въ дальнѣйшемъ возбуждаютъ подозрѣнія очень быстрый ростъ опухоли и ея напряженная консистенція, затѣмъ брюшная водянка, которая при міомѣ встрѣчается весьма рѣдко, наконецъ, исхуданіе и кехексія. Какъ часто происходитъ саркоматозное перерожденіе міомъ, мы съ положительностью сказать не можемъ; установленъ только одинъ весьма важный фактъ, а именно то, что перерожденіе иногда бываетъ частичнымъ. Практическое значеніе этого факта будетъ указано ниже.

Распознаваніе ставится съ большей или меньшей степенью вѣроятности на основаніи вышеизложенныхъ явленій (быстрый ростъ, консистенція, водянка, кехексія).

Предсказаніе. При частичномъ перерожденіи міомы предсказаніе благопріятно, если только своевременно произведена операція. При обширномъ перерожденіи слѣдуетъ ожидать рецидива, и прогнозъ поэтому неблагопріятенъ.

Лечение сводится къ оперативному удаленію матки черезъ влагалище или со стороны брюшной полости, въ зависимости отъ условій (см. стр. 111).

Хориома. Syncytioma malignum. Carcinoma syncytiale.

Новообразование это является однимъ изъ самыхъ замѣчательныхъ во всемъ человѣческомъ тѣлѣ, и, имѣя свой исходной точкой ворсистую оболочку (chorion) яйца, оно чаще всего развивается послѣ пузырнаго заноса или же во время беременности, въ особенности, когда послѣдняя кончается выкидышемъ.

Хориома чрезвычайно злокачественна: она врастаетъ въ отпадающую оболочку, а затѣмъ въ ткань матки, разрушая и ту, и другую. Кромѣ того, очень скоро появляются метастазы въ другихъ органахъ, особенно въ легкихъ и во влагалищѣ.

Относятъ ее скорѣе къ ракамъ, а не къ саркомамъ, хотя нѣкоторыя особенности рака, на примѣръ, строма, въ хориомѣ отсутствуютъ. Опухоль—несомнѣнно зародышеваго происхожденія, такъ что въ данномъ случаѣ мы наблюдаемъ то замѣчательное явленіе, что ткань плода превращается въ злокачественное новообразование и разрушаетъ материнскій организмъ.

Распознаваніе. Если послѣ выкидыша, а въ особенности послѣ пузырнаго заноса, продолжаютъ кровотеченія и выдѣленія изъ половыхъ частей, при чемъ матка обнаруживаетъ тенденцію къ увеличенію, а не къ уменьшенію, то мы должны подумать о хориомѣ. Однако, съ достовѣрностью діагнозъ можетъ быть поставленъ лишь послѣ пробнаго выскабливанія и микроскопическаго изслѣдованія.

Предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ вскорѣ послѣ операціи наступаетъ рецидивъ.

Лечение—влагалищное вылуценіе матки.

Болѣзни яичниковъ.

Пороки развитія. Сюда относятся:

а) Отсутствие обоихъ яичниковъ, встрѣчающееся только у нежизнеспособныхъ уродовъ.

б) Отсутствие одного яичника; оно наблюдается при однорогой маткѣ, но можетъ быть также приобрѣтеннымъ, а именно, въ Гинекологія.

тѣхъ случаяхъ, когда яичникъ подвергается атрофіи по какой-нибудь причинѣ (напр., вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ).

в) Зачаточное развитіе яичниковъ, встрѣчающееся при порокахъ развитія матки и при хлорозѣ. Регулы въ этомъ случаѣ скудны или отсутствуютъ.

г) Ненормально большіе яичники.

д) Избыточное число яичниковъ: ихъ бываетъ не два, а три.

Смѣщенія яичника.

Въ рѣдкихъ случаяхъ яичникъ образуетъ содержимое грыжевого мѣшка. Изъ грыжъ яичника чаще всего наблюдаются паховыя грыжи, гораздо рѣже бедренныя, брюшныя или сѣдалищныя.

Паховыя грыжи большей частью бываютъ врожденными и нерѣдко обоюдосторонними. Въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ ихъ еще можно обыкновенно вправить, впоследствии же это уже не удастся. Что же касается пріобрѣтенныхъ грыжъ яичника, то онѣ встрѣчаются гораздо рѣже и бываютъ обыкновенно односторонними.

До наступленія половой зрѣлости врожденныя грыжи не причиняютъ обыкновенно никакихъ разстройствъ, и только въ зрѣломъ возрастѣ въ паховой области нерѣдко является непріятное чувство давленія или напряженія, которое усиливается при движеніяхъ и во время мѣсячныхъ.

Распознаваніе основывается на томъ, что въ паховой области констатируется овальное, чувствительное при давленіи тѣло, которое во время регулъ становится больше; въ то же время соотвѣтственный яичникъ на нормальномъ мѣстѣ отсутствуетъ.

Леченіе. Пріобрѣтенная грыжа должна быть вправлена, послѣ чего больной совѣтуютъ одѣть бандажъ.

Врожденныя грыжи слѣдуетъ предохранять отъ механическихъ инсультовъ. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ яичникъ долженъ быть удаленъ, разъ появились сильныя и постоянныя боли или яичникъ сильно опухаетъ.

Подъ опущеніемъ (descensus) яичниковъ подразумѣваютъ смѣщеніе ихъ внизъ въ Дугласово пространство. Такое опущеніе наблюдается, обыкновенно, при ретрофлексіи или при расслабленіи связокъ въ связи съ увеличеніемъ яичниковъ. Случается иногда, что яичники фиксированы въ ненормальномъ мѣстѣ вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ.

Симптомы.—Большой частью наблюдаются непріятныя ощущенія при движеніяхъ, испражненіи и совокупленіи. Иногда наблюдаются неправильности мѣсячныхъ.

Распознаваніе нетрудно. При ощупываніи находятъ въ заднемъ сводѣ влагалища, сбоку возлѣ матки одинъ или оба яичника, которые обыкновенно немного чувствительны при давленіи и нерѣдко нѣсколько увеличены.

Леченіе: покой, урегулированіе стула, ограниченіе половыхъ сношеній, кровоизвлеченіе изъ влагалищной части, введеніе іодоформно-глицериновыхъ тампоновъ; всѣ эти мѣры доставляютъ нерѣдко облегченіе. Если яичникъ подвиженъ, то можно попытаться удержать его вверху при помощи пессарія.

Въ очень упорныхъ случаяхъ приходится иногда рѣшиться на оперативное удаленіе яичника, которое можетъ быть сдѣлано или *per laparotomiam* или *per vaginam*. На такую операцію, конечно, очень трудно рѣшиться, если опустились оба яичника. Поэтому заслуживаетъ серьезнаго вниманія предложеніе пришить вверху яичники или укоротить ихъ связки.

Воспаленіе яичниковъ (oophoritis).

Свѣдѣнія наши о воспалительныхъ заболѣваніяхъ яичниковъ представляютъ собой еще нѣкоторыя неясности и пробѣлы. Объясняется это тѣмъ, что воспаленіе яичниковъ не даетъ характерныхъ явленій и очень часто встрѣчается вмѣстѣ съ заболѣваніями смежныхъ органовъ. Мы будемъ различать острое воспаленіе яичниковъ и хроническое.

1. Острое воспаленіе яичниковъ (*oophoritis acuta*) встрѣчается, обыкновенно, не въ видѣ самостоятельнаго заболѣванія, а присоединяется къ заболѣваніямъ матки и трубъ. Острый оофоритъ большей частью наблюдается въ послѣродовомъ періодѣ, но и внѣ беременности онъ можетъ присоединиться къ эндометриту и сальпингиту гонорройнаго происхожденія или же къ воспалительнымъ процессамъ въ тазовой клѣтчаткѣ и брюшинѣ.

Патологическая анатомія.—Воспаленный яичникъ представляется гиперемированнымъ и набухшимъ; въ стромѣ его констатируется мелко-клѣточный инфильтратъ, который можетъ иногда даже превратиться въ абсцессъ. Клѣтки *membranae granulosaе* находятся въ состояніи мутнаго набуханія. Воспалительныя явленія констатируются также и въ серозномъ покровѣ яичниковъ, которые благодаря этому сростаются часто съ сосѣдними органами.

Исходомъ заболѣванія можетъ быть или полное выздоровленіе, или уплотнѣніе и сморщиваніе яичника. Кромѣ того, при образованіи абсцесса послѣдній можетъ вскрыться въ мочевоу пузырь, киш-

ки или полость брюшины, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ развивается гнойный перитонитъ.

Симптомы остраго оофорита точно установить невозможно, потому что заболѣваніе это, какъ уже было сказано выше, самостоятельно не встрѣчается. Обыкновенно бываютъ боли въ пахахъ и внизу живота, которыя распространяются вверхъ и внизъ и усиливаются при всякомъ напряженіи. Лихорадка не обязательна. Регулы въ однихъ случаяхъ задерживаются, въ другихъ же становятся слишкомъ обильными. При образованіи абсцесса появляются внизу живота рвущія боли.

Распознаваніе не легко, оно основывается на прощупываніи увеличеннаго и болѣзненнаго яичника и предполагаетъ наличность другого заболѣванія, какъ причины для развитія оофорита. При образованіи абсцесса на мѣстѣ яичника прощупывается флюктуирующая опухоль.

Предсказаніе зависитъ отъ того заболѣванія, которое повлекло за собой развитіе остраго оофорита.

Леченіе: покой, пузырь со льдомъ и наркотическія средства. При образованіи нарыва нужно сдѣлать черезъ влагалище проколь или разрѣзъ.

2. Хроническое воспаленіе яичниковъ (oophoritis chronica) также представляетъ собой заболѣваніе, которое вторично переходитъ на яичники съ матки, трубъ, тазовой клѣтчатки и брюшины. Различаютъ двѣ формы хроническаго оофорита: паренхиматозную и интерстиціальную. Первая форма характеризуется набуханіемъ яичника, его бугристостью и увеличеніемъ Граафовыхъ пузырьковъ. Главный симптомъ—бесплодіе, а также рѣзкія нервныя явленія, которыя могутъ дойти до степени настоящей истеріи. Что касается интерстиціальной формы, представляющей собой циррозъ яичника, то она клинически характеризуется весьма рѣзкими болями и нервными припадками.

Леченіе: покой (особенно во время мѣсячныхъ), согрѣвающие компрессы на животъ, ванны или леченіе на минеральныхъ водахъ. Далѣе, примѣняются скарификаціи влагалищной части и тампоны съ іодоформъ-глицериномъ или ихтіоломъ. Наконецъ, необходимо и общее леченіе, направленное къ поднятію питанія больной и урегулированію отправленій желудочно-кишечнаго канала.

Если разстройства, достигающія сильной степени, леченію не уступаютъ, то необходимо удалить больной яичникъ, при чемъ въ послѣднее время примѣняется резекція яичника, т.е. удаленіе только его больныхъ частей, между тѣмъ какъ неизмѣненная ткань

оставляется для того, чтобы больная сохранила мѣсячныя и могла забеременѣть.

Техника оперативнаго удаленія яичниковъ будетъ изложена въ особой главѣ (см. стр. 147).

Новообразованія яичниковъ.

Новообразованія яичника могутъ развиваться какъ въ паренхимѣ его, такъ и въ стромѣ, въ виду чего ихъ и подраздѣляютъ на паренхиматозныя новообразованія и строматогенныя. Къ паренхиматознымъ новообразованіямъ относятся: кистоаденомы, раки, дермоиды и тератомы, а къ строматогеннымъ— фибромы и саркомы. Чаще всего встрѣчаются кистоаденомы, а потому мы съ нихъ и начнемъ.

Кистоаденома (кистома, киста).

Этіологія кистоаденомъ совершенно не выяснена. Извѣстно только, что онѣ у незамужнихъ женщинъ развиваются чаще, чѣмъ у



Рис. 54.—Kystoma pseudomucinosum. Перекручиваніе ножки.

замужнихъ, и встрѣчаются, главнымъ образомъ, въ возрастѣ отъ 30-ти до 50-ти лѣтъ. Однако, новообразование это наблюдалось также у маленькихъ дѣвочекъ и у старухъ послѣ 80-ти лѣтъ.

Патологическая анатомія. Исходная точка кистоаденомы это—зародышевый эпителий и эпителий Граафовых пузырьков. Эпителий этотъ даетъ разращенія, которыя въ видѣ трубкообразныхъ железистыхъ выпячиваній вырастаютъ отъ Граафова пузырька въ смежную ткань. Каждая железистая трубка имѣетъ снаружи соединительнотканную оболочку, а эпителиальная клѣтка ея вырабатываютъ тягучее слизистое отдѣленіе, которое скопляется въ центрѣ трубки, растягиваетъ ее и превращаетъ, такимъ образомъ, все железистое образованіе въ кисту. Эпителий этой первоначальной кисты продолжаетъ разрастаться, образуются новыя железистыя трубки—новыя кисты („дочернія кисты“), пока, въ концѣ концовъ, не получается большого конгломерата кистъ, окруженныхъ общей соединительнотканной оболочкой. Въ этомъ конгломератѣ съ теченіемъ времени одна киста начинаетъ по своимъ размѣрамъ преобладать надъ остальными; объясняется это тѣмъ, что перегородки между нѣкоторыми кистами подъ давленіемъ все болѣе накапливающагося содержимаго постепенно подвергаются атрофіи и, наконецъ, исчезаютъ, такъ что изъ многихъ мелкихъ кистъ образуется одна большая, къ которой всѣ остальныя прилегаютъ. Процессъ этотъ требуетъ времени, а потому, чѣмъ моложе опухоль, тѣмъ болѣе она состоитъ только изъ мелкихъ кистъ, и, наоборотъ, чѣмъ она старѣе, тѣмъ болѣе въ ней преобладаетъ одна большая киста.

Приблизительно въ 10⁰/₀ всѣхъ случаевъ кистома развивается на обоихъ яичникахъ.

Смотря по содержимому и особенностямъ роста, кистоаденомы подраздѣляютъ на нѣсколько группъ.

Къ первой группѣ относятся такія кистомы, содержимое которыхъ въ своей главной массѣ состоитъ изъ псевдомуцина, откуда и названіе ихъ—*kystoma pseudomucinosum*. Такія кистоаденомы бываютъ выложены цилиндрическимъ эпителиемъ; встрѣчаются онѣ чаще всего и достигаютъ иногда громаднѣхъ размѣровъ: описаны, на примѣръ, случаи, гдѣ всѣ опухоли доходили до 50 клгрм.

Слѣдующая группа это—кистомы съ серознымъ содержимымъ—*„kystoma serosum papillare“*. Опухоли эти не достигаютъ особенно большихъ размѣровъ и отличаются тѣмъ, что стѣнки ихъ выложены мерцательнымъ эпителиемъ*) и представляютъ сосочковья разращенія, которыя придаютъ кистѣ своеобразный видъ. Значеніе этихъ сосочковъ весьма велико: они прободаютъ не-

*) Мерцательный эпителий происходитъ отъ зародышеваго эпителия.

рѣдко стѣнку опухоли, появляются на ея поверхности и переходятъ затѣмъ на брюшину сосѣднихъ органовъ, съ какового момента новообразование уже должно быть признано злокачественнымъ (переходъ въ ракъ). Характернымъ для сосочковыхъ кистомъ является, между прочимъ, то обстоятельство, что онѣ нерѣдко бываютъ обоюдосторонними и развиваются очень часто внутри широкой связки (см. ниже).

Третья группа кистомъ—т. н. псевдо-миксомы — получила это названіе благодаря ихъ студенистому содержанию. Особенность псевдо-миксомъ состоитъ въ томъ, что стѣнки ихъ легко рвутся, а содержимое падаетъ тогда въ брюшную полость, вызывая мѣстный перитонитъ и осумковываясь. Считаются эти новообразования доброкачественными.

Наконецъ, къ послѣдней, очень рѣдко встрѣчающейся

группѣ относятся гроздевидныя кистомы яичника. Состоятъ онѣ изъ мелкихъ кистъ, связанныхъ между собой при помощи ножекъ, такъ что вся опухоль напоминаетъ отчасти пузырьный заносъ.

Каково отношеніе кистоаденомы къ яичникамъ, трубамъ и маткѣ?—Укажемъ прежде всего, что по мѣрѣ роста опухоли, послѣдняя поглощаетъ яичникъ, такъ что отъ него иногда не остается никакихъ слѣдовъ. Новообразование, слѣдовательно, постепенно замѣщаетъ собой яичникъ и оказывается въ такой же связи съ маткой, какъ и этотъ послѣдній. Въ большинствѣ случаевъ кистама и матка бываютъ соединены между собой посредствомъ ножки, которая состоитъ изъ собственной связки яичника (*lig. ovarii proprium*), подвѣшивающей связки (*ligam. suspensorium*) и расположенной между ними брыжжейки яичника (*mesovarium*), составляющей часть широкой связки. Что касается Фаллопиевой трубы, то она проходитъ надъ опухолью и къ ножкѣ не принадлежитъ. Длина и ширина могутъ имѣть весьма различную величину, достигая иногда 10—15 см. Снабженная ножкой кистама лежитъ сначала въ маломъ тазу, но потомъ, по мѣрѣ своего

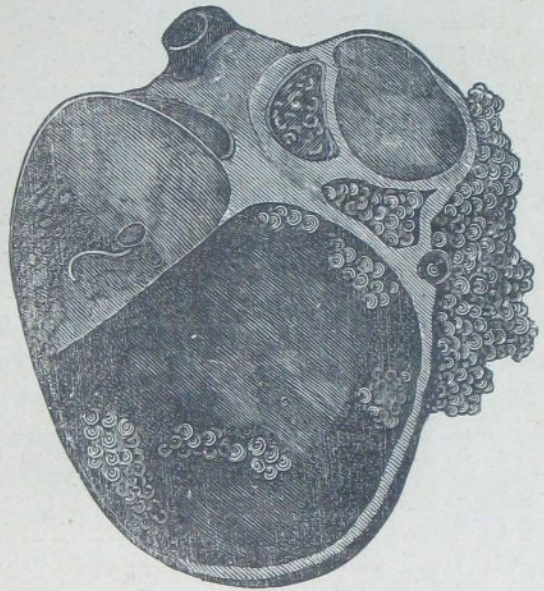


Рис. 55.—Сосочковая кистама (*kystoma serosum papillare*). Сосочковыя разрашенія прорвали стѣнки кисты и сидятъ на ея наружной поверхности. По *Howard Kelly*,

роста, она начинает подыматься вверх, вытягивает при этом ножку и переходит, наконец, вся в большой тазъ.

Описанныя топографическія отношенія наблюдаются въ большинствѣ случаевъ. Рѣже встрѣчается интралигаментарное (внутрисвязочное) развитіе кисты, съ которыми мы уже



Рис. 56.—Схема ножки.

отчасти познакомились при изложеніи міомъ (см. стр. 100). Опухоль раздвигаетъ въ этомъ случаѣ листки брюшинной связки, крѣпко врастаетъ въ тазовую клѣтчатку и, не будучи въ состояніи по мѣрѣ своего увеличенія подняться вверхъ, смѣщаетъ тѣ органы, которые находятся въ тазу, т.-е. матку и мочевой пузырь. Если опухоль растетъ еще дальше въ указанномъ направленіи, то она прокладываетъ себѣ дорогу кверху въ забрюшинной клѣтчаткѣ, такъ что впереди нея оказываются кишки, или даже она врастаетъ въ ихъ брыжжейку.

Кисты, вышедшія изъ малаго таза и очутившіяся въ брюшной полости, спаиваются въ большинствѣ случаевъ съ сосѣдними орга-

нами, что особенно часто наблюдается при интралигаментарномъ развитіи опухоли и гораздо рѣже—при кистахъ, снабженныхъ ножкой. Чаще всего встрѣчаются сращенія кисты съ сальникомъ и пристѣночной брюшиной, затѣмъ съ маткой, мочевымъ пузыремъ, печенью и селезенкой. Причина сращенія остается въ громадномъ большинствѣ случаевъ неизвѣстной; въ качествѣ предрасполагающихъ обстоятельствъ приводятъ перекручиваніе ножки, кровотеченія въ кисту и различные механическіе инсульты.

Надъ перекручиваніемъ ножки мы остановимся нѣсколько подробнѣе, ибо явленіе это имѣетъ большое практическое значеніе. О „перекручиваніи“ говорятъ только въ томъ случаѣ, когда оно влечетъ за собой суженіе сосудовъ, проходящихъ въ ножкѣ, и вызываетъ благодаря этому затрудненіе кровообращенія. Это послѣднее сопровождается обыкновенно весьма тяжелыми послѣдствіями: киста припухаетъ, въ стѣнки ея происходитъ кровоизліяніе, наконецъ, наружная поверхность опухоли лишается эпителія, что и способствуетъ въ конечномъ счетѣ ея спаиванію съ прилежащими органами.

Изъ другихъ измѣненій, которыя можетъ претерпѣвать киста, мы должны указать кровоотеченія, разрывъ ея и нагноеніе. О кровоотеченіяхъ въ полость кисты, какъ о моментѣ, предрасполагающемъ къ спаиванію опухоли съ сосѣдными органами, мы выше уже упоминали; теперь только прибавимъ, что такія кровоотеченія наблюдаются при различныхъ поврежденіяхъ, послѣ прокола кисты (съ терапевтической цѣлью), передъ мѣсячными, наконецъ, при перекручиваніи ножки. Что касается разрыва кисты, то таковой можетъ послѣдовать, напримѣръ, при неосторожномъ изслѣдованіи, при чемъ содержимое кистомы изливается въ брюшную полость. Если содержимое это не отличается заразительными свойствами, то опасныхъ послѣдствій отъ разрыва опухоли не происходитъ, въ противномъ случаѣ развивается гнилостное воспаленіе брюшины. Самое опасное явленіе въ числѣ измѣненій, которыя можетъ претерпѣвать киста, это— нагноеніе. Встрѣчается послѣднее послѣ перекручиванія ножки или послѣ прокола кисты (во время операціи), а иногда причина нагноенія остается вовсе невыясненной. Полагаютъ, что микроорганизмы, вызывающіе нагноеніе кисты, попадаютъ въ нее черезъ Фаллопиеву трубу, черезъ кишки, если онѣ спаяны съ опухолью, наконецъ, черезъ кровь. Попавшій въ брюшную полость гной можетъ вызвать перитонитъ и быстро повести къ смерти; наоборотъ, въ другихъ случаяхъ, гной можетъ оказаться совершенно стерильнымъ *).

Заканчивая патолого-анатомическую характеристику кистомъ, мы хотимъ опредѣлить ихъ мѣсто среди другихъ опухолей женскихъ половыхъ органовъ, а также выяснить степень большей или меньшей злокачественности, которая свойственна отдѣльнымъ формамъ кистoadеномы. Эта послѣдняя, вообще говоря, занимаетъ средину между міомой и ракомъ, такъ какъ она, съ одной стороны, отличается неограниченнымъ ростомъ, но зато, съ другой стороны, остается обыкновенно на мѣстѣ своего развитія и не поражаетъ другихъ органовъ. Однако, нѣкоторыя формы кистомъ не подходятъ подъ эту общую характеристику, такъ какъ онѣ имѣютъ склонность давать переносы въ сосѣднія ткани. Выше мы уже упоминали, что такой склонностью отличается сосочковая кистoadенома (kystoma serosum papillare), но въ рѣдкихъ случаяхъ и остальные формы могутъ потерять свой доброкачественный характеръ и дать метастазы въ прилежащіе органы. Еще болѣе грознымъ нужно признать то обстоятельство, что

*) Такое парадоксальное явленіе можетъ быть объяснено только такимъ образомъ, что микробы, вызвавшіе въ свое время нагноеніе, потомъ отъ какой-нибудь причины погибли.

кистомы частично могут подвергнуться раковому перерождению со всеми вытекающими послѣдствіями.

Симптомы и теченіе. Въ началѣ развитія симптомы кистъ бываютъ обыкновенно ничтожны, и даже при опухоли величиною съ

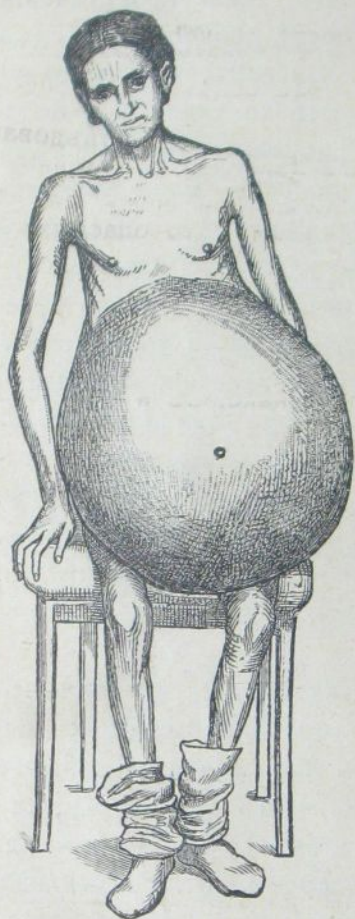


Рис. 57.—Больная съ громадной кистой.

голову взрослога человѣка женщина можетъ чувствовать себя совершенно здоровой. Менструація и coitus происходятъ нормально, беременность можетъ дойти до конца, хотя при низкомъ положеніи кисты (въ маломъ тазу) иногда происходитъ выкидышъ, или является серьезное затрудненіе при родахъ.

Однако, такой благополучный періодъ рано или поздно кончается. По мѣрѣ выполненія опухолью брюшной полости, начинаютъ сказываться явленія, вызванныя прижатіемъ важнѣйшихъ для жизни органовъ: діафрагма оттѣсняется вверхъ и препятствуетъ правильной дѣятельности сердца и легкихъ; вслѣдствіе прижатія большихъ венъ брюшной полости наступаютъ отеки нижнихъ конечностей и асцитъ; вслѣдствіе давленія на желудокъ появляются диспептическія явленія, какъ отрыжка, рвота, тошнота и т. д.

Кромѣ указанныхъ симптомовъ, которые съ теченіемъ времени становятся все интенсивнѣе и могутъ даже вызвать непосредственную опасность для жизни больной, состояніе послѣдней еще сильно страдаетъ оттого, что въ кистамахъ накапливается громадное количество содержащихъ бѣлокъ веществъ, потеря которыхъ весьма чувствительно отражается на организмѣ и влечетъ за собой рѣзкое исхуданіе больныхъ. Такъ, подъ вліяніемъ послѣдствій, вызываемыхъ, съ одной стороны, прижатіемъ важнѣйшихъ органовъ, а съ другой, потерей бѣлка, постепенно развивается общее истощеніе, отъ котораго больная, въ концѣ концовъ, и погибаетъ. Тянется болѣзнь много лѣтъ, иногда даже десятки лѣтъ, ибо ростъ кистомъ происходитъ въ общемъ очень медленно. Однако, нарисованная картина въ настоящее время наблюдается весьма рѣдко, такъ какъ своевременной операціей можно прервать теченіе болѣзни въ любой моментъ.

Картина болѣзни можетъ также претерпѣть много модификацій, въ зависимости отъ разныхъ обстоятельствъ и осложнений. Укажемъ, напимѣръ, образование сращеній кисты съ сосѣдными органами, затѣмъ внутрисвязочное развитіе опухоли, наконецъ, такія осложнения, какъ перекручиваніе ножки, кровоизліянія въ полость кистомы, разрывъ ея и нагноеніе—всѣ эти привходящія обстоятельства оказываютъ весьма значительное вліяніе на естественный ходъ болѣзни. Начнемъ съ самаго главнаго осложнения—перекручиванія ножки. Наступаетъ послѣднее подъ вліяніемъ внезапнаго напряженія брюшнаго пресса, быстрой перемѣны положенія тѣла и т. д., при чемъ сказывается это нерѣдко весьма тяжелыми явленіями: животъ становится очень болѣзненнымъ и вздутымъ, появляется рвота, пульсъ учащается, температура повышается—всѣ эти симптомы обусловлены мѣстнымъ перитонитомъ, развивающимся вслѣдъ за перекручиваніемъ ножки, и по большей части черезъ 3—4 дня утихаютъ; однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда къ перекручиванію присоединяется, напимѣръ, нагноеніе кисты (см. ниже), можетъ наступить смертельный исходъ.

Другое осложненіе, которымъ можетъ сопровождаться киста, это—кровоизліяніе въ полость опухоли. Такое кровоизліяніе, если оно очень обильно, можетъ повлечь за собой симптомы остраго малокровія, которое становится еще опаснѣе въ томъ случаѣ, когда одновременно съ кровотеченіемъ происходитъ разрывъ кисты; разрывъ же этотъ совершается тѣмъ легче, чѣмъ больше полость опухоли наполняется кровью. О томъ, что разрывъ кисты можетъ кончиться смертельнымъ воспаленіемъ брюшины, если содержимое ея отличается заразительными свойствами, мы выше уже упоминали. Тамъ же мы коснулись и нагноенія опухоли, какъ одного изъ претерпѣваемыхъ ею явленій. Симптомы нагноенія это—послабляющая лихорадка и рѣзкія боли; подчасъ, однако, когда гной оказывается стерильнымъ, можетъ и не быть никакихъ опасныхъ явленій.

Слѣдуетъ еще остановиться на томъ, каково вліяніе на общее теченіе болѣзни такихъ явленій, какъ образование сращеній и интралигаментарное развитіе опухоли.

Спаиваніе кисты съ сосѣдными органами это—результатъ мѣстнаго воспаленія брюшины; слѣдовательно, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ образовались спайки, мы прежде всего будемъ имѣть и боли, которыя могутъ давать себя чувствовать въ довольно сильной степени. Что же касается внутрисвязочнаго развитія опухоли, то оно, какъ извѣстно, способствуетъ фиксированію кисты въ маломъ тазу и влечетъ за собой, вслѣдствіе этого, прижатіе тазовыхъ органовъ, т. е. главнымъ образомъ, мочевого пузыря и прямой кишки;

въ результатъ мы и будемъ наблюдать соответствующія разстройства въ функции этихъ органовъ, о которыхъ мы уже не разъ упоминали (запоры, частые позывы на мочу и т. д.).

Злокачественное перерожденіе кисты не выражается на первыхъ порахъ никакими особенными симптомами, и лишь въ дальнѣйшихъ стадіяхъ появляются брюшная водянка, боли и кахексія. Такое скрытое начало злокачественнаго процесса весьма важно съ точки зрѣнія терапіи, и его нужно всегда имѣть въ виду.

Укажемъ въ заключеніе, что все сказанное нами о симптоматологии кистомъ относится одинаково и къ тѣмъ случаямъ, когда сразу поражены оба яичника. Единственное отличіе заключается только въ томъ, что мѣсячныя, которыя при кистѣ одного яичника обыкновенно не бываютъ нарушены, тутъ нерѣдко пропадаютъ. Однако, признакъ этотъ не можетъ считаться характернымъ, такъ какъ онъ можетъ объясняться кахексіей, которая также вызываетъ отсутствіе регуль, а затѣмъ комбинаціей кисты съ беременностью.

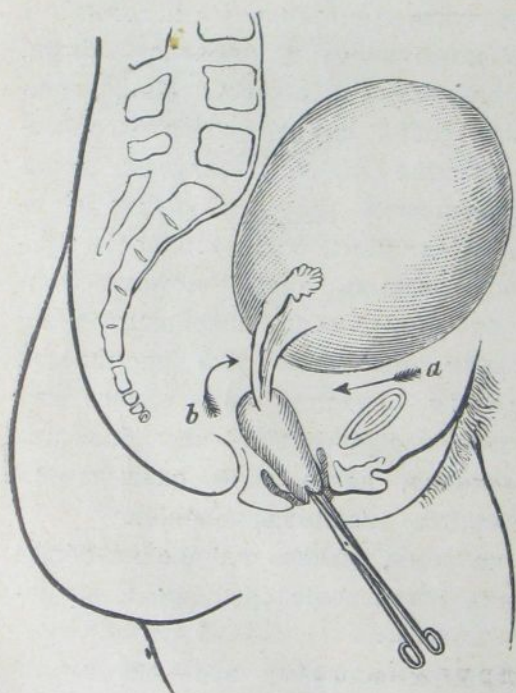


Рис. 58.—Опредѣленіе кистомы яичника. Матка оттянута книзу крючковатыми щипцами. Натянутая книзу ножка прощупывается при a наложенной на животъ рукой, при b—введеннымъ въ прямую кишку пальцемъ.

Распознаваніе. Мы рассмотримъ отдѣльно діагностику небольшихъ кистомъ яичника, которыя лежатъ еще въ тазу, и большихъ, которыя уже высоко поднялись въ брюшную полость.

Въ первомъ случаѣ мы позади матки ощупываемъ эластическую нечувствительную опухоль, которая связана съ маткой посредствомъ ножки, при чемъ послѣднюю лучше всего можно прослѣдить, если захватить влагалищную часть пулевыми щипцами, оттянуть матку книзу, введя въ то же время палецъ въ прямую кишку: тогда ясно прощупывается натянутая ножка (см. рис. 58).

Что же касается большихъ кистъ яичника, уже вышедшихъ изъ таза, то тутъ черезъ брюшную стѣнку прощупывается гладкая

шаровидная опухоль, усаженная иногда небольшими буграми. Ее можно обхватить руками, опредѣлить ея границы и прослѣдить ея пере-

ходъ въ малый тазъ. Опухоль напряженной, упругой консистенціи и даетъ ощущение зыбленія. Затѣмъ провѣряютъ перкуссіей границы опухоли, при чемъ, въ особенности, опредѣляютъ, получается ли въ окружности опухоли, дающей тупость, тимпаническій звукъ, т.-е. находятся ли сверху и по сторонамъ ея кишки, не находится ли опухоль въ связи съ печенью или селезенкою и нѣтъ ли асцита.

Затѣмъ стараются опредѣлить, находится ли прощупываемая опухоль въ связи съ маткой, и если оказывается, что опухоль съ маткой не связана, то, значить, она не принадлежитъ половымъ органамъ, и дѣло дальнѣйшаго изслѣдованія устаноить, откуда она исходитъ. Напротивъ, когда существуетъ связь съ маткой, нужно выяснитъ, какого она рода. Если опухоль связана съ маткой посредствомъ ножки, то можно почти съ полной увѣренностью признать кисту яичника. Если же опухоль безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ матку, можно предположить маточную опухоль.

Когда опухоль превышаетъ размѣры матки въ послѣдніе мѣсяцы беременности, то ножку опредѣлить уже не удастся. Въ такихъ случаяхъ приходится ограничиваться ощупываніемъ черезъ rectum, вслѣдствіе чего изслѣдованіе болѣе затруднительно, и легко возможны діагностическія ошибки. Все-таки нужно имѣть въ виду, что, чѣмъ громаднѣе опухоль, тѣмъ болѣе вѣроятности, что мы имѣемъ дѣло съ кистой яичника.

Дифференціальная діагностика. А. При отличительномъ распознаваніи небольшихъ кистомъ яичника отъ другихъ небольшихъ опухолей нужно исключить: а) опухоли Фаллопиевой трубы, б) трубную беременность; в) выпоть вслѣдствіе параметрита; г) искривленіе беременной матки взадъ и д) небольшіе брюшинные полипы.

Б. При отличительномъ распознаваніи большихъ кистъ яичника отъ другихъ большихъ брюшныхъ опухолей нужно исключить: а) т. н. мнимыя опухоли, производимыя скопленіемъ газовъ и каловыхъ массъ въ кишечномъ каналѣ; б) беременность; в) свободную брюшную водянку; г) осумкованную брюшную водянку и д) міому. Всѣ указанные случаи мы въ краткихъ чертахъ и разберемъ.

А. Отличительное распознаваніе между меньшими кистами яичника и другими меньшими опухолями:

а) Опухоли Фаллопиевой трубы имѣютъ, во-первыхъ, продолговатую форму, а, во-вторыхъ, на ряду съ ними прощупывается соотвѣтствующій яичникъ.

б) Трубная беременность отличается отъ кисты тѣстоватой консистенціей трубнаго мѣшка; кромѣ того, при трубной бере-

менности мы будемъ имѣть прекращеніе регуль, длительныя кровоте-
ченія изъ матки и схваткообразныя боли.

в) Выпотъ вслѣдствіе параметрита имѣетъ неправиль-
ныя границы и фиксированъ въ маломъ тазу.

г) Искривленіе беременной матки взадъ характери-
зуется прежде всего тѣстоватой консистенціей матки и другими при-
знаками беременности; кромѣ того, при изслѣдованіи мы легко можемъ
прослѣдить непосредственный переходъ маточной шейки въ опухоль и
убѣдиться, слѣдовательно, въ томъ, что тутъ имѣется дѣло съ увели-
ченной маткой.

д) Небольшіе брюшинные полипы, т.-е. міомы, сидящія
на ножкѣ, отличаются своей твердой консистенціей, а также тѣмъ,
что при нихъ прощупывается соотвѣтствующій яичникъ.

Б. Отличительное распознаваніе между больши-
ми кистами яичника и другими большими опухолями
брюшной полости:

а) Т. н. мнимыя опухоли, производимыя громаднымъ скопле-
ніемъ газовъ и каловыхъ массъ въ кишечномъ каналѣ, могутъ быть
исключены послѣ основательной очистки кишечника.

б) Беременность можетъ подать поводъ къ смѣшенію съ
кистой только въ первые 4—5 мѣсяцевъ, во второй же половинѣ ея
мы имѣемъ такіе достовѣрные признаки, какъ прощупываніе частей
плода и выслушиваніе сердечныхъ тоновъ. Въ первую половину бе-
ременности вся задача сводится къ тому, чтобы выяснить, принадле-
житъ ли опухоль маткѣ, или же она находится возлѣ матки: въ
первомъ случаѣ мы имѣемъ беременность, а во второмъ—кисту. При
этомъ, само собою подразумѣвается, принимаютъ во вниманіе и осталь-
ные признаки беременности. Большія затрудненія могутъ возникнуть
въ томъ случаѣ, когда беременность осложнена какими-нибудь пато-
логическими условіями, напримѣръ, при пузырьномъ заносѣ или мно-
говодіи, такъ что нельзя опредѣлить ни частей плода, ни сердечныхъ
тоновъ. Во всѣхъ такихъ случаяхъ часто требуется повторное изслѣ-
дованіе подъ наркозомъ, прежде чѣмъ удастся поставить правильный
діагнозъ.

в) Свободная брюшная водянка характеризуется тѣмъ,
что животъ имѣетъ при ней бочкообразную форму, между тѣмъ какъ
при кистѣ животъ болѣе заостренъ. Кромѣ того, прибѣгаютъ къ пер-
куссіи, которая при горизонтальномъ положеніи больной на спинѣ
даетъ противоположныя явленія, въ зависимости отъ того, имѣется ли
брюшная водянка, или киста: въ первомъ случаѣ въ боковыхъ частяхъ
живота получается тупой звукъ, а посрединѣ тимпанической; во вто-

ромъ случаѣ отношенія какъ разъ обратныя. Наконецъ, изслѣдованіе сердца, почекъ и печени можетъ открыть въ нихъ соотвѣтствующія патологическія измѣненія, которыя сдѣлаютъ понятнымъ возникновеніе водянки и тѣмъ исключаютъ возможность кисты.

г) Осумкованная брюшная водянка встрѣчается преимущественно при ракѣ брюшины и сальника и при бугорчаткѣ брюшины. Исключеніе ея можетъ представить большія затрудненія, такъ какъ при изслѣдованіи мы констатируемъ неправильной формы опухоль, границы которой трудно опредѣлить, но которая можетъ находиться въ связи съ маткой. На помощь приходитъ только общее состояніе больной, которое нужно всегда принимать во вниманіе, имѣя въ виду ракъ и бугорчатку брюшины и ракъ сальника.

д) Міомы.—Объ отличіи между міомами и кистами мы уже говорили выше въ главѣ о міомѣ, куда и отсылаемъ читателя (см. стр. 107).

Резюмируя все сказанное до сихъ поръ, мы видимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ опорные пункты для распознаванія кистомъ и отличія ихъ отъ другихъ опухолей, беременности и разныхъ патологическихъ состояній. Теперь намъ остается только разобрать въ краткихъ словахъ тѣ способы, посредствомъ которыхъ могутъ быть діагносцированы нѣкоторыя особыя обстоятельства и осложненія кистомъ.

Остановимся прежде всего на внутри-связочномъ развитіи кисты. При изслѣдованіи опухоль оказывается въ такомъ случаѣ фиксированной въ маломъ тазу, сбоку отъ матки, къ которой новообразование широко прилегаетъ. Опухоль обладаетъ нѣкоторой подвижностью, но изъ таза ее вытѣснить нельзя; матка, благодаря этому, оказывается отодвинутой въ сторону или вверхъ, такъ что иногда даже трудно бываетъ достигнуть влагалищной части. Если разрастаніе кисты въ указанномъ направленіи продолжается, то уже при наружномъ изслѣдованіи мы можемъ получить въ діагностическомъ отношеніи весьма важныя данныя. Дѣло въ томъ, что матка, оттѣсненная вверхъ, прорщупывается въ этомъ случаѣ надъ лоннымъ сочлененіемъ, а опухоль оказывается позади кишекъ, о чемъ мы уже упоминали выше.

Гораздо труднѣе поддаются распознаванію спайки кисты съ сосѣдними органами, при чемъ по большей части мы можемъ только предполагать ихъ существованіе на основаніи тѣхъ явленій, которыя ведутъ къ ихъ образованію (см. выше).

Различныя осложненія кистомъ, каковы, на примѣръ, пере-кручиваніе ножки, кровоизліянія, разрывъ кисты и нагноеніе, могутъ быть распознаны на основаніи тѣхъ симптомовъ, которые ими вызываются. Симптомы эти были указаны выше.

Наконецъ, послѣдняя задача, которую намъ ставить діагностика кистомъ, это—вопросъ о степени ихъ злокачественности. Въ этомъ отношеніи весьма важно установить, во-первыхъ, не имѣемъ ли мы дѣла съ сосочковой кистоаденомой, а во-вторыхъ, нѣтъ ли уже частичнаго перерожденія опухоли въ ракъ. Для сосочковой кистомы является характернымъ пораженіе обоихъ яичниковъ, внутри-связочное развитіе и раннее появленіе асцита (брюшной водянки). Что же касается раковаго перерожденія опухоли, то вначалѣ этого процесса распознать нельзя, и лишь въ дальнѣйшемъ возбуждаютъ подозрѣніе такія явленія, какъ брюшная водянка, боли и кахексія.

Предсказаніе. Если опухоль предоставлена собственному теченію, то прогнозъ неблагоприятенъ. Напротивъ, оперативное вмѣшательство даетъ вполне удовлетворительное предсказаніе, которое будетъ тѣмъ лучше, чѣмъ раньше предпринята операція.

Леченіе. Въ виду того, что въ дальнѣйшемъ теченіи кистомъ очень часто происходитъ раковое перерожденіе ихъ, всякая киста, лишь только она діагносцирована, подлежитъ оперативному удаленію. Противопоказаній къ операціи не существуетъ, за исключеніемъ, конечно, тѣхъ случаевъ, когда состояніе больной не допускаетъ наркоза (напр., при болѣзняхъ сердца, почекъ, легкихъ и при diabetes mellitus). Сама операція (ovariotomia) будетъ описана ниже въ особой главѣ.

Ракъ яичника.

По частотѣ ракъ яичника занимаетъ второе мѣсто послѣ рака маточной шейки и развивается, по большей части, въ возрастѣ отъ 30—50 лѣтъ.

Ракъ яичника бываетъ довольно часто обоюдостороннимъ, при чемъ различаютъ три формы: 1) ракъ, развивающійся въ предварительномъ здоровомъ яичникѣ (самостоятельный ракъ *), 2) ракъ, встрѣчающійся въ сочетаніи съ кистоаденомой и 3) раковый переносъ въ яичникахъ, который особенно часто встрѣчается при ракѣ матки и желудочно-кишечнаго канала. Во всѣхъ этихъ случаяхъ раковая опухоль срастается, обыкновенно, съ окружающими частями и влечетъ за собой появленіе переносовъ на брюшинѣ, которые проникаютъ въ широкую связку и тазовую клѣтчатку, заражаютъ соотвѣтствующія лимфатическія железы или даже ведутъ къ общему раковому пораженію брюшины. Кромѣ того, по большей части рано появляется брюшная

*) Исходная точка новообразованія—зародышевый эпителий или эпителий Графовыхъ пузырьковъ.

водянка, и образуются иногда метастазы въ печени, желудкѣ, кишкахъ и маткѣ.

Распознаваніе. За ракъ яичника говорятъ: брюшная водянка, если она сопутствуетъ опухоли не особенно большихъ размѣровъ, затѣмъ, плотная консистенція и бугристость новообразованія, наконецъ, отсутствіе мѣсячныхъ, раннее появленіе болей, отекъ бедеръ и кахексія. Вышеупомянутые переносы опухоли можно иногда прощупать (черезъ задній сводъ влагалища) въ видѣ небольшихъ узловъ, которые легко раздавить. Поэтому при изслѣдованіи въ такихъ случаяхъ нужно быть очень осторожнымъ.

Предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ даже при раннемъ удаленіи раковой опухоли обыкновенно наступаетъ рецидивъ.

Леченіе — оперативное (ovariotomia), при чемъ должны быть удалены оба яичника, хотя бы одинъ изъ нихъ на видъ и не былъ еще пораженъ. Операции не слѣдуетъ предпринимать въ тѣхъ случаяхъ, когда больная уже сильно истощена, или когда существуетъ обширное раковое пропитываніе тазовой клѣтчатки. Техника овариотоміи изложена ниже въ особой главѣ.

Дермоиды и тератомы.

Въ противоположность кистамъ и раку яичника, имѣющимъ своей исходной точкой зародышевый эпителий и эпителий Граафовыхъ пузырьковъ, дермоиды и тератомы развиваются изъ яйца. Опухоли эти содержатъ въ зародышевомъ состояніи всѣ ткани и органы человеческого тѣла, а потому имъ и даютъ общее названіе „эмбриомъ“. Отличіе же дермоида отъ тератомы состоитъ въ томъ, что первый по распредѣленію въ немъ тканей позволяетъ принять его за кожное образованіе, а тератома содержитъ эти же ткани въ совершенно беспорядочномъ распредѣленіи. Чаше всего наблюдаются дермоиды, тератомы же встрѣчаются весьма рѣдко.

Какъ тѣ, такъ и другія могутъ встрѣчаться самостоятельно или въ сочетаніи съ кистой. Они наблюдаются во всѣхъ возрастахъ, помѣщаются обыкновенно впереди матки и обладаютъ по большей части ножкой, перекручиваніе которой вызываетъ извѣстныя послѣдствія (см. стр. 139). Встрѣчается, кромѣ того, нагноеніе опухоли со вскрытіемъ въ сосѣдніе органы, напримѣръ, въ мочевою пузырь.

Дермоидъ можетъ перейти въ ракъ, но метастазы наблюдаются при эмбриомахъ рѣдко, такъ что ихъ нужно признать гораздо болѣе доброкачественными, чѣмъ кистоаденому.

Симптомы. Дермоидъ и тератома вызываютъ нерѣдко такъ же мало симптомовъ, какъ и киста въ начальномъ періодѣ. Они при-

чиняють розстройства въ томъ случаѣ, когда образуются сращения, а также при перекручиваніи ножки и при нагноеніи.

Дермоиды растутъ очень медленно.

Тератомы могутъ достигать весьма большихъ размѣровъ.

Распознаваніе весьма трудно. Если опухоль имѣетъ болѣе тѣстоватую, чѣмъ плотноупругую консистенцію, если въ ней можно прощупать участки костной твердости, и она лежитъ впереди матки, что, впрочемъ, бываетъ не всегда, наконецъ, если можно констатировать очень медленный ростъ, то діагнозъ дермоида является весьма вѣроятнымъ. Еще труднѣе распознаваніе тератомы.

Предсказаніе несомнѣнно лучше, чѣмъ при кистомахъ.

Леченіе. Если діагнозъ установленъ прочно, то съ операцией (ovariotomia) можно нѣкоторое время обождать, такъ какъ раковое перерожденіе дермоида встрѣчается рѣдко. Однако, въ концѣ концовъ, все таки бываетъ необходимо рекомендовать оперативное вмѣшательство въ виду возможности осложненій (перекручиваніе ножки и нагноеніе), которыя наступаютъ довольно часто. Техника овариотоміи изложена ниже въ особой главѣ. Тамъ же указаны и тѣ предосторожности, которыя бываютъ необходимы при оперированіи эмбриомъ (см. стр. 147).

Фиброма и саркома.

Опухоли эти, имѣющія своей исходной точкой строму яичника (т. н. „строматогенныя“ новообразованія) встрѣчаются въ общемъ гораздо рѣже, чѣмъ изложенныя нами до сихъ поръ кистомы, раки и эмбриомы („паренхиматозныя“ новообразованія). Мы рассмотримъ сначала фиброму яичника, а затѣмъ саркому.

Фиброма представляетъ собой плотную, гладкую или бугристую опухоль, которая можетъ достигать значительныхъ размѣровъ и снабжена обыкновенно ясной ножкой. Фибромы растутъ медленно, доброкачественны, но обусловливаютъ очень часто брюшную водянку.

Распознаваніе. При изслѣдованіи находятъ плотную опухоль съ ножкой, направляющейся къ маткѣ. Возможно, конечно, смѣшеніе съ міомой матки, а иногда даже на трупѣ трудно бываетъ опредѣлить исходную точку опухоли, такъ какъ яичникъ можетъ быть спаянъ и атрофированъ. Все-таки при распознаваніи нужно принимать въ соображеніе наличность, на ряду съ опухолью, одного яичника.

Предсказаніе вообще благопріятно, однако, въ рѣдкихъ случаяхъ возможенъ переходъ въ саркому.

Лечение. Фиброма яичника обязательно должна быть удалена оперативнымъ путемъ.

Саркома яичника встрѣчается не часто и наблюдается, главнымъ образомъ, въ молодомъ возрастѣ. Саркома представляетъ собой гладкую, нѣсколько болѣе мягкую опухоль, чѣмъ фиброма, и довольно часто развивается въ обоихъ яичникахъ.

Симптомы. На первыхъ порахъ можетъ не быть никакихъ другихъ явленій, кромѣ брюшной водянки. Затѣмъ постепенно развивается картина, свойственная злокачественнымъ опухолямъ вообще, и, наконецъ, наступаетъ смерть.

Распознаваніе можетъ быть всегда поставлено только съ большей или меньшей вѣроятностью. За саркому говорятъ: наличность опухоли довольно мягкой консистенціи; брюшная водянка; быстрый ростъ опухоли, которая при томъ долго остается подвижной; наконецъ, обоюдосторонность и молодой возрастъ.

Предсказаніе—неблагопріятно, при чемъ наиболѣе злокачественной является кругло-клеточковая саркома, а болѣе или менѣе доброкачественной—фибросаркома.

Лечение. Необходимо быстрое удаленіе опухоли.

Техника операціи изложена въ главѣ объ овариотоміи.

Къ строматогеннымъ новообразованиямъ яичника относится еще особый видъ саркомъ, которыя имѣютъ своей исходной точкой эндотелій кровеносныхъ или лимфатическихъ сосудовъ, откуда происходитъ и названіе ихъ: „эндотелиомы“. Обособленіе послѣднихъ отъ саркомъ оправдывается тѣмъ, что онѣ имѣютъ часто альвеолярное строеніе и напоминаютъ тогда въ общемъ ракъ. Эндотелиомы весьма злокачественны.

Овариотомія (ovariotomia).

Подъ именемъ овариотоміи подразумѣваютъ операцію, которая состоитъ въ удаленіи изъ организма патологически измѣненныхъ яичниковъ. Операцію эту можно производить двоякимъ путемъ: либо черезъ брюшной разрѣзъ, либо черезъ влагалищный разрѣзъ, однако, первый способъ примѣняется гораздо чаще, и при большихъ опухоляхъ онъ часто только и является возможнымъ. Что противопоказаній къ овариотоміи не существуетъ, за исключеніемъ развѣ тѣхъ случаевъ, когда состояніе больной не допускаетъ наркоза, мы выше уже говорили (см. стр. 144), а потому мы перейдемъ прямо къ техникѣ операціи. Сначала мы изложимъ

Брюшной способъ.

Послѣ того, какъ больная совершенно захлороформирована, ей придаютъ такое же наклонное положеніе, какъ при лапаро-міотоміи (см. стр. 112), и разсѣкаютъ кожу и подкожную клѣтчатку по средней линіи живота отъ пупка до лоннаго сочлененія. Если разрѣзъ приходится увеличить вверхъ (въ силу большихъ размѣровъ опухоли), то ножомъ обходятъ пупокъ съ лѣвой стороны. Дойдя до фасціи прямыхъ брюшныхъ мышцъ, ее разсѣкаютъ по бѣлой линіи, а затѣмъ раздвигаютъ подбрюшинную клѣтчатку. Потомъ, сдѣлавъ предварительно въ брюшинѣ окошко, ее разсѣкаютъ по желобоватому зонду. Остановивъ кровотеченіе, вытаскиваютъ опухоль наружу, отыскиваютъ ея ножку и перевязываютъ. Перевязка ножки должна быть сдѣлана особенно тщательно, въ противномъ случаѣ, уже послѣ закрытія брюшной полости могутъ соскочить лигатуры, что повлечетъ за собой сильнѣйшее послѣдовательное кровотеченіе съ быстрымъ смертельнымъ исходомъ. Когда ножка перевязана, ее перерѣзываютъ выше лигатуръ и удаляютъ опухоль. Затѣмъ тщательно изслѣдуютъ другой яичникъ. Если и въ немъ оказывается новообразованіе, то или удаляютъ его цѣликомъ, или же ограничиваются только резекціей (изсѣченіемъ) больныхъ частей. При ракъ и саркомъ обязательно полное удаленіе обоихъ яичниковъ, если одинъ изъ нихъ даже по внѣшнему виду совершенно здоровъ. Покончивъ, такимъ образомъ, съ обоими яичниками, удаляютъ кровяные сгустки, а также введенныя при операциіи въ брюшную полость марлевая косынки, послѣ чего ножка уходитъ въ малый тазъ, и остается только закрыть брюшную рану. Это закрытіе раны производится многотажнымъ швомъ (какъ при лапаро-міотоміи), затѣмъ накладывается асептическая повязка, и операциа окончена.

Не всегда, однако, операциа идетъ такъ гладко и просто. Нерѣдко возникаютъ значительныя затрудненія, которыя могутъ быть обусловлены, во-первыхъ, большими размѣрами опухоли (въ особенности, если дѣло идетъ о кистѣ), затѣмъ, сращеніями съ сосѣдними органами, наконецъ, внутрисвязочнымъ положеніемъ новообразованія. Не останавливаясь слишкомъ подробно на вышеупомянутыхъ затрудненіяхъ, укажемъ только, что при извлеченіи большой опухоли изъ брюшной полости не слѣдуетъ искусственно уменьшать ее (посредствомъ прокола или разрѣза), такъ какъ при этомъ въ брюшную полость могутъ попасть такія составныя части новообразованія, какъ гной, сосочковыя и раковыя массы,

содержимое дермоидов*) и т. д. Лучше въ такихъ случаяхъ увеличить брюшной разрѣзь до соответствующихъ размѣровъ, а если бы этого все же оказалось недостаточнымъ вслѣдствіе громадной величины новообразованія, то при проколѣ или разрѣзѣ послѣдняго и послѣдовательномъ опорожненіи опухоли необходимо соблюденіе величайшихъ предосторожностей. Такихъ же предосторожностей, но по другимъ соображеніямъ, требуетъ отдѣленіе опухоли отъ ея спаекъ съ сосѣдними органами, при чемъ наибольшую опасность тутъ можетъ представить собой пораненіе кишекъ, съ чѣмъ нужно всегда очень серьезно считаться. Наконецъ, при внутрисвязочномъ положеніи опухоли оваріотомія можетъ представить собой непреодолимые затрудненія, такъ что иногда даже не удастся цѣликомъ удалить новообразование и приходится оставить въ брюшной полости кусочки его, считаясь съ возможностью новаго разращенія. Кромѣ того, въ такихъ случаяхъ всегда есть рискъ повредить сосѣдніе органы (мочевой пузырь, прямую кишку и мочеточники).

Предсказаніе. Процентъ смертности отъ оваріотоміи въ легкихъ случаяхъ равенъ 2⁰/₀. Однако, процентъ этотъ доходитъ до 9⁰/₀—12⁰/₀, если операція производится у старыхъ истощенныхъ женщинъ, или когда приходится отдѣлять много сращеній, или при обширномъ забрюшинномъ развитіи опухоли и при нагноеніи.

Дальнѣйшее состояніе оваріотомированныхъ хорошее. Когда удаленъ одинъ яичникъ, женщины продолжаютъ менструировать, могутъ забеременѣть и родить. Послѣ обоюдосторонней операціи мѣсячныя сохраняются только въ томъ случаѣ, если ограничались резекціей, а не удалили всю ткань яичниковъ. Брюшныя грыжи, которыя раньше развивались довольно часто послѣ оваріотоміи, въ настоящее время наблюдаются рѣдко благодаря усовершенствованіямъ брюшнаго шва. Все сказанное относится, главнымъ образомъ, къ тѣмъ случаямъ, когда оперируются доброкачественныя новообразованія яичника, въ противномъ случаѣ легко наступаютъ возвраты, такъ что операціей достигается только отсрочка смертельнаго исхода, а не коренное излеченіе.

Другой способъ, которымъ можетъ быть сдѣлано удаленіе большихъ яичниковъ, это—

Влагалищная оваріотомія.

Техника этой операціи понятна уже намъ изъ предыдущаго изложенія. Здѣсь такъ же, какъ и при влагалищномъ вылученіи міо-

*) Содержимое дермоида, попавъ въ брюшную полость, можетъ вызвать нагноительный процессъ въ брюшинѣ, а иногда даже септическое воспаленіе ея.

матозной матки, отслаивается матка от мочевого пузыря, послѣ чего вскрывается брюшина между этими обоими органами, и черезъ разрѣзъ удаляется опухоль. О преимуществахъ влагалищной оваріотоміи въ сравненіи съ лапаротоміей мы здѣсь говорить не будемъ, такъ какъ преимущества эти уже намъ извѣстны (см. стр. 113). Замѣтимъ только, что область примѣненія влагалищнаго способа ограничена не большими опухолями, сидящими на ножкѣ, между тѣмъ какъ при новообразованіяхъ значительныхъ размѣровъ, при сращеніяхъ и внутрисвязочномъ положеніи опухоли влагалищная оваріотомія совершенно непримѣнима.

Кастрація (оскопленіе).

Подъ кастраціей подразумѣваютъ операцію, состоящую въ удаленіи здоровыхъ яичниковъ съ цѣлью вызвать прекращеніе мѣсячныхъ и овуляціи. Внезапное наступленіе климактерія, который является, такимъ образомъ, слѣдствіемъ кастраціи, сопровождается нерѣдко тяжелыми явленіями, извѣстными подъ именемъ климактерическихъ, а именно: приливы крови, сердцебіеніе, сильная потливость, головокруженіе, угнетеніе психики, ослабленіе полового чувства, сморщиваніе половыхъ органовъ. Хотя всѣ эти явленія не настолько тяжелы, чтобы они подрывали терапевтическій эффектъ операціи, тѣмъ не менѣе нужно всегда помнить, что, подвергая женщину оскопленію, мы лишаемъ ее возможности забеременѣть и уничтожаемъ ея половое назначеніе. Вотъ, почему показанія къ производству кастраціи должны быть твердо обоснованы, и область ихъ по возможности ограничена. Показаній этихъ мы въ предыдущемъ изложеніи уже попутно касались, говоря о леченіи нѣкоторыхъ заболѣваній. Вотъ условія, при которыхъ можно рѣшиться на удаленіе здоровыхъ яичниковъ:

1) Зачаточное развитіе матки при функционирующихъ яичникахъ, такъ какъ разстройства, соединенныя съ овуляціей, могутъ быть настолько сильны, что желательно удаленіе яичниковъ *). 2) Очень сильныя менструальныя кровотеченія при фибромѣ матки; въ данномъ случаѣ умѣстна кастрація (послѣ которой уменьшаются кровотеченія и сморщивается фиброма) только въ томъ случаѣ, если міотомія по какой-либо причинѣ невозможна **). 3) Сильныя кровотеченія при упорномъ гиперпластическомъ эндометритѣ ***). 4) Хроническій оофоритъ,

*) См. стр. 44.

**) См. стр. 114.

***) См. стр. 82.

упорно не поддающийся никакимъ другимъ методамъ леченія *).

5) Остеомаляція, не уступающая другимъ лѣчебнымъ мѣрамъ.

Сама операція оскопленія производится, въ общемъ, такъ же, какъ при удаленіи небольшихъ опухолей яичника. Послѣ обычнаго подготовленія, больную укладываютъ въ наклонномъ положеніи и вскрываютъ брюшную полость. Затѣмъ извлекаютъ одинъ яичникъ и накладываютъ лигатуры на его связки и Фаллопиеву трубу, которую обыкновенно также удаляютъ. Послѣ удаленія одного яичника, то же самое продѣлываютъ съ другимъ. Яичниковыя связки должны быть отрѣзаны, по возможности, у самой матки для того, чтобы не осталось яичниковой ткани, потому что въ этомъ послѣднемъ случаѣ успѣхъ операціи сомнителенъ.

Предсказаніе въ отношеніи непосредственнаго исхода операціи благоприятно, хотя, конечно, какъ и при всякомъ чревосѣченіи, въ рѣдкихъ случаяхъ возможенъ смертельный исходъ отъ какой нибудь несчастной случайности. Терапевтической эффектъ, достигаемый кастраціей, также нужно признать удовлетворительнымъ, и только вышеупомянутыя климактерическія явленія, которыя продолжаются иногда нѣсколько лѣтъ подъ рядъ, могутъ причинить не мало неприятностей. Съ явленіями этими можно попытаться бороться назначеніемъ оофорина или оварина, затѣмъ примѣненіемъ мышьяка, желѣза и другихъ соотвѣтствующихъ препаратовъ.

Болезни Фаллопиевыхъ трубъ.

Пороки развитія.

Недостатокъ трубъ встрѣчается только при отсутствіи или зачаточномъ развитіи матки. Если отсутствуетъ одна половина матки, или она недостаточно развита, то можетъ совершенно отсутствовать и соотвѣтствующая труба. При зачаточномъ развитіи матки находятъ зачаточныя трубы.

Добавочныя трубныя отверстія встрѣчаются довольно часто (на одной или обѣихъ сторонахъ). Обыкновенно они помѣщаются вблизи брюшнаго отверстія, при чемъ края ихъ усажены бахромками. При закрытіи главнаго отверстія яйцо можетъ проникнуть черезъ добавочное отверстіе.

*) См. стр. 132.

Добавочныя трубы представляют собой стебельчатая образования, просвѣтъ которыхъ не сообщается, однако, съ полостью трубы. Бахромчатый конецъ такой добавочной трубы можетъ вслѣдствіе воспалительнаго склеиванія принять видъ кисты, которая при помощи ножки сидитъ на трубѣ.

Наблюдали избыточную трубу съ третьимъ яичникомъ; описаны также случаи, гдѣ на одной сторонѣ были двѣ трубы и одинъ яичникъ.

Труба можетъ остаться на зародышевой ступени своего развитія. При этомъ труба оказывается очень извилистой и напоминаетъ по своему виду почтовый рожокъ. Многочисленныя пазухи, которыя существуютъ благодаря этому на внутренней стѣнкѣ, способствуютъ тому, что оплодотворенное яйцо застреваетъ въ трубѣ, и, такимъ образомъ, получается т. н. трубная беременность.

Воспаленіе трубъ (salpingitis).

Этіологія. Различаютъ простой катарральный сальпингитъ, при которомъ не находятъ микроорганизмовъ, и заразный сальпингитъ. Обѣ формы часто бываютъ обоюдосторонними.

Катарральная форма встрѣчается при разстройствахъ питанія, заразныхъ болѣзняхъ *), инсультахъ (особенно во время мѣсячныхъ) и при неправильномъ положеніи трубъ.

Заразная форма, наблюдаемая гороздо чаще, вызывается, главнымъ образомъ, гонококками, но она можетъ быть обусловлена также стрептококками и бугорчатыми палочками. При этомъ пути зараженія во всѣхъ трехъ случаяхъ не одинаковы: при гонорройномъ сальпингитѣ гонококки проникаютъ въ трубу со стороны матки, между тѣмъ какъ туберкулезный сальпингитъ имѣетъ своей исходной точкой брюшную полость; наконецъ, септическое воспаленіе трубъ, которое обуславливается стрептококками, можетъ, кромѣ указанныхъ уже путей, развиваться также и черезъ лимфатическіе сосуды.

Патологическая анатомія. Процессъ сосредоточивается, главнымъ образомъ, въ слизистой оболочкѣ, которая оказывается гиперемированной, набухшей, лишается своего эпителія и даетъ болѣе обильное отдѣленіе. Затѣмъ появляется мелкоклѣточное пропитываніе слизистой оболочки, вся труба становится болѣе объемистой и болѣе извилистой. Такая картина наблюдается только при простомъ катарральномъ воспаленіи трубъ; при гнойномъ же заражномъ сальпингитѣ

*) Напримѣръ, тифъ, скарлатина и т. д.

всѣ явленія выражены сильнѣе, при чемъ происходитъ распадѣніе и изъязвленіе слизистой оболочки, распространяющееся въ глубину до мышечнаго слоя. Труба наполнена гноемъ, становится еще болѣе извилистой, чѣмъ при простомъ катаррѣ, а воспаление распространяется на окружающую трубу, которая, благодаря этому, спаивается съ сосѣдними органами. Интересно отмѣтить, что гной, скопляющійся въ трубѣ, во многихъ случаяхъ оказывается стерильнымъ—явленіе, которое уже было описано нами при разсмотрѣніи кистомъ яичника. Тутъ также нужно допустить, что микробы, вызвавшіе въ свое время нагноительный процессъ въ трубѣ, потомъ отъ неизвѣстной причины погибли, и гной потерялъ, такимъ образомъ, свои заразительныя свойства.

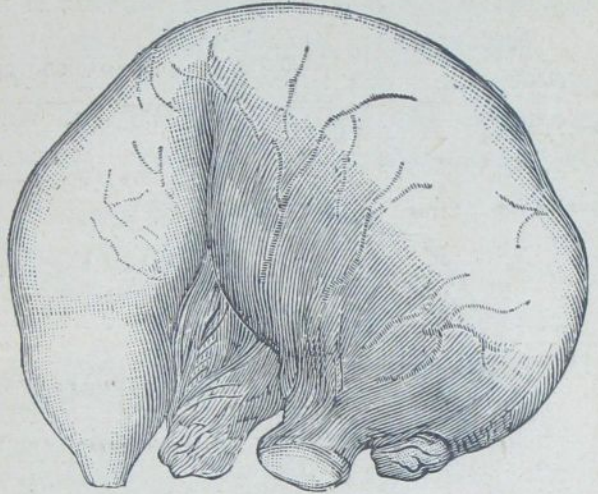


Рис. 59.—Hydrosalpinx (sactosalpinx serosa).

Если оставить въ сторонѣ тяжелыя септическія зараженія, то во всѣхъ описанныхъ стадіяхъ возможно выздоровленіе. Однако, въ большинствѣ случаевъ послѣдствіемъ воспаления трубъ является склеиваніе ихъ брюшнаго отверстія. Такъ какъ въ этомъ случаѣ бываетъ непроходимо также и маточное отверстіе трубы (вслѣдствіе припухлости слизистой оболочки), то отдѣленіе трубы мало-по-малу

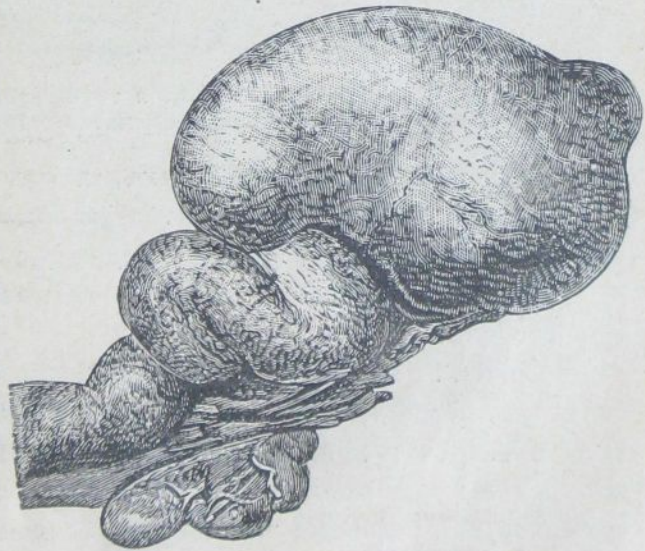


Рис. 60.—Pyosalpinx (sactosalpinx purulenta).

скопляется въ большомъ количествѣ, и, наконецъ, образуется трубная опухоль, получившая названіе *sactosalpinx*. Если содержимое трубы имѣетъ серозный характеръ, то говорятъ о *sactosalpinx serosa* или *hydrosalpinx*; если же оно гнойное, то мы имѣемъ *sactosalpinx purulenta* или *pyosalpinx* (см. рис. 59, 60 и 61).

При *hydrosalpinx* труба принимаетъ характерную форму въ видѣ реторты и можетъ достигнуть величины въ кулакъ и даже въ дѣтскую голову. Содержимое имѣетъ всѣ тѣ признаки, которые свойственны всякой серозной жидкости вообще, и можетъ иногда всосаться.

Что касается *pyosalpinx*, то здѣсь опухоль бываетъ обыкновенно меньше, чѣмъ при *hydrosalpinx*, а содержимое состоитъ либо изъ жидкаго гноя, либо изъ сгущенныхъ творожистыхъ массъ. Гнойная трубная опухоль обыкновенно бываетъ сращена съ окружающими частями

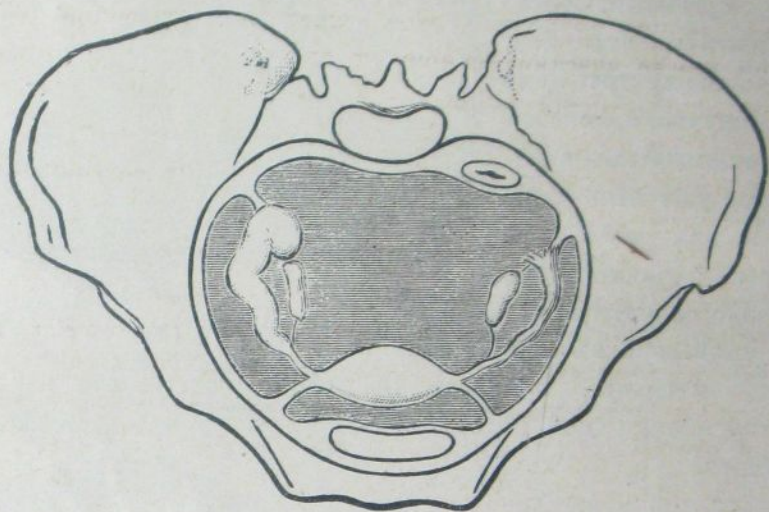


Рис. 61.—Сальпингитъ. Лѣвая труба немного утолщена. Справа *sactosalpinx*. Схематическій рисунокъ.

при помощи толстыхъ перепонокъ, а содержимое можетъ вскрыться въ брюшную полость или въ толстую кишку, рѣже въ мочевою пузырь, влагалище или наружу черезъ брюшную стѣнку.

Sactosalpinx serosa и *purulenta* встрѣчаются очень часто съ обѣихъ сторонъ.

Симптомы и теченіе. Явленія, наблюдаемая при сальпингитѣ, не представляютъ собой ничего характернаго, такъ какъ они могутъ встрѣчаться и при другихъ заболѣваніяхъ половыхъ органовъ, которыя мы уже разсмотрѣли. Главными симптомами являются боли, дисменоррея, бесплодіе (вслѣдствіе склеиванія брюшнаго отверстія трубъ), наконецъ, наклонность къ выкидышамъ и внѣматочной беременности.

Гнойный сальпингитъ сопровождается иногда небольшою лихорадкой, а при септическомъ воспаленіи всегда наблюдается значительное повышеніе температуры.

Теченіе всѣхъ сальпингитовъ хроническое. Исключеніе представляетъ собой только септическое воспаленіе трубъ, развивающееся обыкновенно послѣ родовъ и протекающее весьма бурно.

Вслѣдствіе того, что болѣзнь тянется очень долго, общее питаніе, въ концѣ концовъ, падаетъ, но тяжелыя нервныя явленія наблюдаются рѣже, чѣмъ при хроническихъ страданіяхъ матки.

Объ особенностяхъ, которыя представляетъ собой теченіе перелойнаго и туберкулезнаго сальпингитовъ, будетъ сказано особо (см. въ концѣ книги стр. 171 и 179).

Распознаваніе.—При изслѣдованіи воспаленная труба прощупывается черезъ задне-боковой сводъ въ видѣ извилистаго шнура или колбасовидной опухоли. Труба можетъ оказаться при ощупываніи болѣе или менѣе чувствительной, но это не обязательно. Чѣмъ чаще повторяются обостренія болѣзни, и чѣмъ послѣдняя упорнѣе, тѣмъ болѣе вѣроятенъ гнойный сальпингитъ; еще болѣе достовѣрнымъ становится діагнозъ, если въ анамнезѣ есть указаніе на трипперъ, и если при томъ поражены обѣ трубы.

Предсказаніе при катарральномъ сальпингитѣ благоприятно. При заразныхъ формахъ предсказаніе зависитъ отъ свойства инфекціи. За исключеніемъ тяжелыхъ септическихъ зараженій, смертельный исходъ наблюдается только въ тѣхъ случаяхъ, когда гнойное содержимое трубы попадаетъ въ брюшную полость (и то не всегда). Въ отношеніи дальнѣйшаго состоянія и возможности наступленія беременности предсказаніе при тяжеломъ сальпингитѣ сомнительно, а при *ruosalpinx* неблагоприятно.

Леченіе.—Въ острыхъ случаяхъ прежде всего необходимы тѣлесный покой и половое воздержаніе. На животъ кладется пузырь со льдомъ, а если онъ плохо переносится больной, то прикладывается согрѣвающая компрессъ. Внутри даются наркотическія средства для успокоенія болей. Когда острыя явленія прошли, то съ цѣлью способствовать всасыванію экссудата примѣняются ванны, особенно грязевыя, горячія спринцеванія влагалища, наконецъ, массажъ, хотя послѣдній рекомендуется не всѣми и при извѣстныхъ условіяхъ можетъ даже причинить громадный вредъ (разрывъ гнойной трубной опухоли подъ вліяніемъ массажа и распространеніе гноя въ другія мѣста)*). Очень важно также установить правильный режимъ для больной: она должна избѣгать всякихъ сильныхъ напряженій, воздерживаться, по возможности, отъ половыхъ сношеній и оставаться во время мѣсячныхъ въ постели.

Если, несмотря на продолжительное леченіе, больная не поправляется и не въ состояніи работать, то нужно прибѣгнуть къ опера-

*) Примѣненіе массажа требуетъ во всякомъ случаѣ большой осторожности. Безъ риска къ нему можно прибѣгать только въ застарѣлыхъ случаяхъ, и когда при томъ имѣется увѣренность, что труба не содержитъ гноя.

тивному удаленію пораженныхъ придатковъ. При этомъ можно примѣнить одинъ изъ слѣдующихъ трехъ способовъ:

1) Вскрывши брюшную полость, удаляютъ пораженную трубу, при чемъ вмѣстѣ съ нею приходится обыкновенно удалить и яичникъ (salpingotomia, salpingo-oophorectomia). Этотъ способъ долженъ быть всегда примѣненъ въ томъ случаѣ, если имѣется односторонній сальпингитъ.

2) Удаляютъ черезъ влагалище матку вмѣстѣ съ ея придатками. Смертность послѣ этой операціи незначительна; успѣхъ получается чаще, чѣмъ при удаленіи придатковъ черезъ брюшную полость.

3) По вскрытіи брюшной полости, удаляютъ пораженные придатки и матку. Этотъ способъ нѣсколько болѣе опасенъ, чѣмъ влагалищный способъ.

Въ заключеніе мы должны сказать, что, кромѣ этихъ трехъ операцій, примѣняется еще иногда т. н. сальпингостомія, подъ которой подразумѣвается оперативное вскрытіе склеенной трубы съ цѣлью сдѣлать ее проходимою для яйца. Эту операцію можно примѣнять въ тѣхъ случаяхъ, когда труба оказывается только закрытой, но не представляетъ при этомъ особенныхъ измѣненій.

Новообразованія Фаллопиевыхъ трубъ.

Къ новообразованіямъ Фаллопиевыхъ трубъ, которыя вообще встрѣчаются довольно рѣдко, относятся слѣдующія опухоли:

1) Настоящія полипы.

2) Настоящія фиброміомы (чрезвычайно рѣдко).

3) Мелкія кистовидныя образованія различнаго происхожденія встрѣчаются часто на поверхности трубы, но не имѣютъ никакого значенія. Крупныя кисты наблюдаются гораздо рѣже.

4) Папилломы развиваются на почвѣ хроническихъ воспалительныхъ измѣненій слизистой оболочки и представляютъ собой доброкачественную опухоль.

5) Первичный ракъ трубы развивается въ климактерическомъ возрастѣ и поражаетъ обыкновенно одну трубу. Вторично ракъ трубы развивается при ракѣ матки и яичника.

6) Саркомы (чрезвычайно рѣдко).

7) Хоріомы (очень рѣдко).

Распознаваніе.—Только сравнительно большія опухоли трубы доступны ощупыванію. По большей части только во время операціи

(чревосъченіе) удастся опредѣлить, что имѣется первичная опухоль трубы, и какого она характера.

Леченіе.—Злокачественныя новообразованія подлежатъ оперативному удаленію. Однако, почти во всѣхъ случаяхъ, которыя попали въ литературу, наблюдались послѣ операциі рецидивы.

Трубно-яичниковыя кисты.

О трубно-яичниковой кистѣ (рис. 62) говорятъ въ томъ случаѣ, когда просвѣтъ трубы, спаиванной съ яичникомъ, сообщается съ кистой

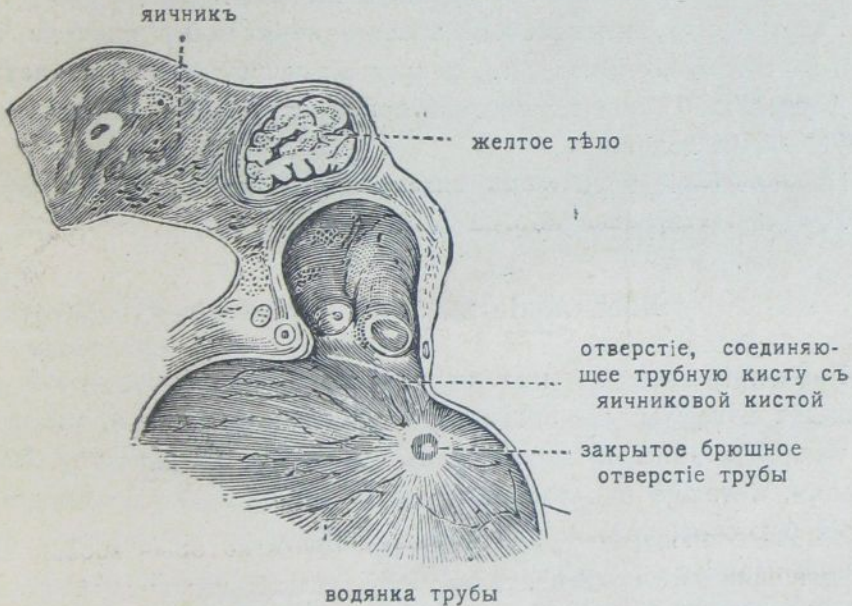


Рис. 62.—Трубно-яичниковая киста. Разрѣзъ яичника и части трубно-яичниковой кисты.

этого послѣдняго, или, другими словами, трубно-яичниковая киста это—опухоль, которая содержитъ полость, окруженную тканью трубы и яичника. Происхожденіе такихъ опухолей объясняется такъ: первоначально въ силу причинъ, изложенныхъ нами выше (см. стр. 153), образуется водянка Фаллопиевой трубы (hydrosalpinx), которая затѣмъ спаивается съ яичникомъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ развилась киста. Если въ дальнѣйшемъ стѣнка, отдѣляющая просвѣтъ трубы и полость кисты, прорывается, то и получается трубно-яичниковая киста. При этомъ прорывѣ стѣнки еще ускоряется, если, вмѣсто серозной жидкости, въ Фаллопиевой трубѣ имѣется гной, т. е. при pyosalpinx. Опухоль, получающаяся въ этомъ послѣднемъ случаѣ, носитъ названіе гнойно-трубно-яичниковой кисты.

Величина трубно-яичниковыхъ кистъ различна—отъ куриного яйца до дѣтской головки. На опухоли можно различить извилистую Фаллопиеву трубу, при чемъ на мѣстѣ перехода послѣдней въ яичникъ замѣчается обыкновенно сильный перегибъ. Отверстіе, которымъ просвѣтъ трубы сообщается съ полостью кисты, часто соответствуетъ брюшному отверстию трубы, и въ этомъ случаѣ бахромки могутъ за-вернуться въ кисту и срастись съ ея внутренней стѣнкой. Содержимое трубно-яичниковыхъ кистъ имѣетъ обыкновенно серозный характеръ, хотя встрѣчаются, какъ уже сказано выше, гнойно-трубно-яичниковыя кисты. Стѣнки трубно-яичниковой кисты представляютъ гистологическое строеніе, свойственное и трубѣ, и яичнику.

Разстройства, вызываемыя трубно-яичниковыми кистами, аналогичны, въ общемъ, симптомамъ, сопровождающимъ простыя кисты яичника. Тутъ только присоединяются еще разстройства, вызываемыя воспалительными явленіями.

Распознаваніе трубно-яичниковой кисты крайне трудно.

Леченіе—оперативное.

Воспаленіе тазовой клѣтчатки.

Расположенные въ маломъ тазу мочевоу пузырь, матка и прямая кишка покрыты въ своей верхней части брюшиной, между тѣмъ какъ нижній отдѣлъ ихъ погруженъ въ тазовую клѣтчатку. Воспаленіе матки, а также и остальныхъ тазовыхъ органовъ, можетъ перейти какъ на брюшину, такъ и на тазовую клѣтчатку. Воспаленіе тазовой брюшины называютъ пельвеоперитонитомъ, воспаленіе же тазовой клѣтчатки—флегмоной тазовой клѣтчатки.

Если флегмона, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, исходитъ отъ матки и сосредоточивается первоначально въ параметри, т. е. въ околоматочной клѣтчаткѣ, то мы имѣемъ передъ собой параметритъ. Отсюда уже флегмона можетъ распространиться на всю тазовую клѣтчатку.

Этіологія. Параметритъ—заразнаго происхожденія и вызывается по большей части стрептококками и стафилококками, рѣже гонококками. Чаще всего зараженіе происходитъ послѣ родовъ, но параметритъ можетъ развиться и послѣ операціи или изслѣдованія, произведеннаго безъ соблюденія достаточной чистоты. Наиболѣе тяжелыми являются послѣродовые параметриты.

Патологическая анатомія. Основное явленіе при параметритѣ это—образованіе выпота. Выпотъ этотъ находится сбоку отъ матки, откуда онъ можетъ распространиться на всю тазовую

клетчатку, совершенно обволакивая находящиеся въ тазу органы. Въ дальнѣйшемъ выпоть можетъ подняться вверхъ, при чемъ онъ оттъсняетъ брюшину и прощупывается въ видѣ опухоли, расположенной надъ Пупартовой связкой, или же онъ опускается книзу, отдавливая при этомъ влагалище въ томъ же направленіи.

Не всегда, однако, и не во всѣхъ случаяхъ такое обширное распространеніе процесса составляетъ правило. Довольно нерѣдко, по окончаніи остраго періода болѣзни, выпоть подвергается всасыванію, и дѣло на этомъ заканчивается. Напротивъ, если экссудатъ остается, то онъ принимаетъ очень длительное теченіе, пока, въ концѣ концовъ, не произойдетъ либо сгущеніе выпота и постепенное его всасываніе, либо нагноеніе съ прободеніемъ въ сосѣдніе органы.

Выпотъ имѣетъ вначалѣ мягкую консистенцію и обнаруживаетъ при давленіи большую или меньшую болѣзненность, впоследствии же онъ пріобрѣтаетъ почти хрящевую или костную плотность и становится нечувствительнымъ къ давленію. При нагноеніи консистенція экссудата опять становится болѣе тѣстоватой, и, наконецъ, появляется зыбленіе.

Когда начинается всасываніе выпота, онъ мало-по-малу уплотняется, становится меньше, плотнѣе и нечувствительнѣе, но если въ это время снова появляется болѣзненность и мягкость, то это указываетъ на дальнѣйшее распространеніе экссудата или на его нагноеніе. Вообще, теченіе всего процесса, какъ мы уже говорили, очень длительное и нарушается частыми обостреніями.

Симптомы. Болѣзнь начинается ознобомъ, за которымъ слѣдуетъ жаръ и быстрое повышеніе температуры (до 40°). Черезъ нѣсколько дней появляется потъ, и температура падаетъ почти до нормы. Затѣмъ черезъ короткій промежутокъ времени опять появляется ознобъ, наступаетъ новое повышеніе температуры, и такъ ремиссіи все время чередуются съ экзацербациями.

Если острия явленія миновали, то наступаетъ стойкое паденіе температуры почти до нормы, но выпоть причиняетъ во многихъ случаяхъ очень непріятныя ощущенія въ животѣ, вызываетъ боли, распространяющіяся на нижнія конечности, давить на мочевой пузырь и rectum и обуславливаетъ отекъ соотвѣтствующей нижней конечности. Нерѣдко, однако, старые выпоты причиняютъ очень мало разстройствъ.

Процессъ имѣетъ большую склонность распространяться дальше, на что указываютъ повышеніе температуры и усиленіе болей. Постепенно распространяясь, болѣзнь можетъ въ этомъ случаѣ тянуться недѣли и мѣсяцы, пока, наконецъ, выпоть не начнетъ всасываться, на

что указываютъ отсутствіе лихорадки, неболѣзненность выпота при ощупываніи, сгущеніе его и сморщиваніе.

Если лихорадка принимаетъ сильно ослабляющій характеръ, то это указываетъ на нагноеніе. Гной можетъ при этомъ вскрыться наружу выше Пупартовой связки, затѣмъ въ мочевой пузырь и прямую кишку, наконецъ, въ матку или во влагалище. На прободеніе смотрятъ, въ общемъ, какъ на благопріятный исходъ, но, къ сожалѣнію, дѣло не всегда кончается при этомъ благополучно. Нерѣдко вслѣдъ за первымъ нарывомъ образуется второй, третій и т. д., и болѣзнь тянется нескончаемо, несмотря на повторное прободеніе. Такое теченіе болѣзни сильно изнуряетъ больную. Выдѣлившійся гной содержитъ обыкновенно стрептококки.

Распознаваніе. Выпотъ прощупывается обыкновенно сбоку возлѣ матки, а отсюда онъ распространяется дальше въ томъ или другомъ направленіи. Иногда отъ него идутъ продолженія впередъ къ мочевому пузырю и назадъ къ прямой кишкѣ. Наконецъ, выпотъ можетъ быть настолько великъ, что онъ совершенно обволакиваетъ матку, пузырь и rectum. Отъ опухолей выпотъ отличается тѣмъ, что онъ представляется разлитымъ и не можетъ быть ясно отграниченъ отъ тазовой стѣнки. Кромѣ того, важныя указанія могутъ дать анамнезъ, а также кривая температуры.

Труднѣе всего отличить выпотъ отъ рака яичника, когда тотъ разросся преимущественно въ тазовую клѣтчатку, такъ какъ въ обоихъ этихъ случаяхъ данныя ощупыванія могутъ быть однѣ и тѣ же. Выяснить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, можетъ тутъ только анамнезъ; если же послѣдній бываетъ сбивчивымъ, то обыкновенно только послѣ повторнаго изслѣдованія мы получаемъ возможность поставить правильный діагнозъ.

Объ отличіи параметрита отъ околomatочнаго кровоизліянія (haematocoele) будетъ сказано ниже.

Предсказаніе. Прямой опасности для жизни параметритъ почти никогда не представляетъ. Но въ отношеніи дальнѣйшаго состоянія больныхъ прогнозъ неблагопріятенъ, такъ какъ болѣзнь можетъ тянуться нескончаемо, изнуряя несчастную женщину и дѣлая ее совершенно неспособной къ труду.

Леченіе. Когда температура и мѣстное изслѣдованіе указываютъ на нагноеніе, то нужно вскрыть нарывъ и ввести дренажъ. Задача эта можетъ быть весьма проста и, наоборотъ, очень сложна, въ зависимости отъ случая, съ которымъ намъ приходится имѣть дѣло. Такъ, на примѣръ, когда нарывъ расположенъ надъ Пупартовой связкой, его нетрудно бываетъ вскрыть посредствомъ разрѣза, прове-

деннаго выше и параллельно связкѣ. Напротивъ, если абсцессъ находится въ глубинѣ таза, то до него часто бываетъ весьма трудно добраться, и операція требуетъ въ этомъ случаѣ большого умѣнья и опыта. Суть операціи состоитъ въ томъ, что выше и параллельно Пупартовой связкѣ проводятъ разрѣзъ, послѣ чего отодвигаютъ вверхъ брюшину и проникаютъ глубоко въ тазовую клѣтчатку, или же можно еще подойти къ нарыву со стороны промежности, что опять-таки является дѣломъ нелегкимъ. Есть еще одинъ путь, посредствомъ котораго можно проникнуть къ абсцессу, а именно со стороны влагалища: если гной начинаетъ выпячивать слизистую оболочку сводовъ, и въ области послѣднихъ появляется зыбленіе, то задача наша сводится къ простому разрѣзу, послѣ чего полость нарыва дренируется іодсформной марлей; если абсцессъ расположенъ глубоко, можно попытаться найти его при помощи пробнаго прокола шприцемъ, послѣ чего идутъ ножомъ въ соотвѣтствующемъ направленіи.

Тенезмы мочевого пузыря или прямой кишки въ связи съ ослабляющей лихорадкой указываютъ на то, что готовится прободеніе въ одинъ изъ этихъ органовъ; однако, съ нашей стороны активнаго вмѣшательства тутъ не требуется, и послѣ опорожненія гноя довольно часто наступаетъ значительное облегченіе.

Перейдемъ теперь къ тѣмъ случаямъ, когда выпоть обнаруживаетъ склонность къ всасыванію. Какого способа дѣйствій мы должны держаться тутъ? Наша задача сводится къ тому, чтобы ускорить процессъ всасыванія, а для этого въ нашемъ распоряженіи имѣются ванны, горячія влагалищныя спринцеванія и массажъ. Необходимо, однако, имѣть въ виду, что со всѣми такими мѣропріятіями нужно при леченіи параметритовъ быть весьма осторожнымъ *), ибо въ противномъ случаѣ мы получимъ отъ нихъ не пользу, а вредъ. Пока существуетъ еще лихорадка, больная нуждается прежде всего въ покоѣ: она должна оставаться въ постели, на животъ кладутъ согревающій компрессъ и слѣдятъ за правильнымъ питаніемъ и стуломъ; отъ излишняго изслѣдованія необходимо безусловно воздерживаться. Только, когда лихорадка совершенно прекратилась, вступаютъ въ силу вышеуказанныя мѣропріятія, при чемъ опять-таки успѣхъ леченія очень много зависитъ отъ того, насколько больная хочетъ и можетъ соблюдать покой, особенно во время мѣсячныхъ. Вообще нужно всегда предупредить больную, что ея болѣзнь имѣетъ длительное теченіе, и стараться воздѣйствовать на ея психику въ цѣляхъ внушенія ей бодрости и терпѣнія.

*) Особой осторожности требуетъ примѣненіе массажа.

Иногда, кромѣ уже указанныхъ нами мѣръ, прибѣгаютъ еще къ другимъ средствамъ, хотя польза ихъ находится подъ сомнѣніемъ. Сюда относятся смазываніе влагалища и живота іодной настойкой и введеніе въ рукавъ тампоновъ, пропитанныхъ растворомъ іодистаго калия, іодоформъ- или ихтіоль-глицериномъ; вмѣсто тампоновъ можно вводить шарики съ тѣми же препаратами. Всѣ эти средства могутъ оказать разсасывающее дѣйствіе развѣ только въ тѣхъ случаяхъ, когда выпоть находится вблизи влагалищныхъ сводовъ, между тѣмъ самая манипуляція, связанная съ введеніемъ тампоновъ, можетъ оказаться для больной, нуждающейся прежде всего въ покоѣ, совсѣмъ не безразличной.

Въ послѣднее время стали примѣнять при параметритахъ леченіе тяжестью. Съ этой цѣлью во влагалище вводятъ кольпейринтеръ, наполненный дробью, или же на животъ кладутъ мѣшокъ съ пескомъ, при чемъ тазу придаютъ возвышенное положеніе, подымая ножной конецъ кровати. Благодаря примѣненію тяжести, выпоть размягчается, и всасываніе его, по мнѣнію многихъ гинекологовъ, значительно ускоряется.

Воспаленіе тазовой брюшины. Пельвеоперитонитъ. Периметритъ.

Этіологія. Различаютъ двѣ формы пельвеоперитонита: заразную и незаразную.

Между заразными формами наиболѣе важное значеніе имѣеть гнилостная форма, вызываемая стрептококками, стафилококками и кишечной палочкой и развивающаяся очень часто послѣ родовъ, рѣже послѣ гинекологическихъ операцій и разрыва нагноившейся кисты яичника или pyosalpinx. Септической пельвеоперитонитъ можетъ ограничиться тазовой брюшиной, т.-е. остаться мѣстнымъ, или же распространиться на всю брюшину, при чемъ въ большинствѣ случаевъ наступаетъ смерть.

Заразный пельвеоперитонитъ можетъ быть вызванъ также гонококками или же туберкулезными палочками, при чемъ въ первомъ случаѣ получается обыкновенно только мѣстное воспаленіе тазовой брюшины, во второмъ же случаѣ—общій (хроническій) перитонитъ.

Перейдемъ теперь къ незаразнымъ формамъ пельвеоперитонита. Эти формы обусловливаются уже не микроорганизмами, а какимъ-нибудь механическимъ или химическимъ раздраженіемъ, а иногда причина вовсе остается для насъ неизвѣстной. Такъ, на примѣръ, если при кистѣ яичника происходитъ перекручиваніе ножки, то въ окружности кисты развивается воспалительная реакція, и опухоль

спаивается, въ концѣ концовъ, съ сосѣдними органами. Или, если изъ беременной трубы просачивается понемногу кровь, то кровоизліяніе постепенно осумковывается и т. д.

Главнымъ отличіемъ незаразнаго периметрита отъ заразнаго является то, что первый ограничивается мѣстомъ раздраженія, второй же имѣетъ большую склонность къ распространенію.

Патологическая анатомія. При остромъ заражномъ периметритѣ оба листка брюшины (паріетальный и висцеральный) сильно гиперемированы, мутны и покрыты фибринозными массами, подъ вліяніемъ которыхъ склеиваются тазовые органы. Въ дальнѣйшемъ теченіи образуются большія скопленія гноя, въ которомъ содержится много стрептококковъ. Когда воспаленіе ограничивается полостью таза, и весь процессъ, слѣдовательно, остается мѣстнымъ, то либо происходитъ всасываніе выпота, либо послѣдній вскрывается въ одинъ изъ тазовыхъ органовъ, либо, наконецъ, остаются ложныя перепонки и тяжи. Если же гнойный процессъ распространяется по всей брюшинѣ, то развивается общій гнойный перитонитъ.

Совершенно другая картина получается при незаразной формѣ. Въ данномъ случаѣ гноя не бываетъ, но зато обращаетъ на себя вниманіе образованіе тяжей, склеекъ и ложныхъ перепонокъ, благодаря чему на брюшинѣ образуются наслоенія, или же происходитъ спаиваніе между собой различныхъ органовъ, напримѣръ, задней поверхности искривленной взадъ матки съ брюшиной Дугласова пространства, трубъ, съ одной стороны, и яичниковъ, съ другой, и т. д. Эти перемишки превращаются нерѣдко въ болѣе или менѣе длинныя тяжи, очевидно, подъ вліяніемъ частыхъ передвиженій тазовыхъ органовъ. Подобныя тяжи тянутся, главнымъ образомъ, отъ матки къ прямой кишкѣ и къ заднему листку брюшины и обуславливаютъ собою то, что тазовые органы утрачиваютъ свою подвижность и смѣщаются.

Симптомы. Въ зависимости отъ того, имѣемъ ли мы дѣло съ заразной формой пельвеоперитонита, или же съ незаразной, получается различная картина заболѣванія. При заражномъ пельвеоперитонитѣ, который большей частью возникаетъ въ послѣродовомъ періодѣ, наблюдаются обыкновенно сильныя боли, значительное повышеніе температуры, вадутіе нижней части живота, тошнота и рвота. Чѣмъ распространнѣе процессъ, тѣмъ болѣе учащенъ пульсъ. Если образуется выпоть, то его вначалѣ трудно бываетъ прощупать вслѣдствіе сильнаго вадутія живота, да и вообще ошупываніе это нужно производить весьма осторожно. Если лихорадка принимаетъ рѣзко послабляющій характеръ, то это служить признакомъ того, что выпоть нагноилась, и дѣло можетъ каждую минуту окончиться прободеніемъ. Впрочемъ,

даже послѣ продолжительной послабляющей лихорадки можетъ наступить сгущеніе выпота.

Заразный пельвеоперитонитъ имѣетъ большую склонность къ рецидивамъ и вызываетъ различныя разстройства еще долго спустя послѣ наступившаго, повидимому, выздоровленія. Къ такимъ разстройствамъ, причина которыхъ кроется въ остающихся послѣ пельвеоперитонита тяжахъ и склейкахъ, относятся: болѣзненные мѣсячныя, боли при совокупленіи, наконецъ, бесплодіе.

Когда заразный пельвеоперитонитъ развивается внѣ родильнаго періода, то онъ не даетъ, обыкновенно, такой тяжелой картины, однако, и въ данномъ случаѣ явленія могутъ иногда отличаться весьма тяжелымъ характеромъ, если воспаленіе брюшины обусловлено разрывомъ гнойнаго очага (напр., разрывъ нагноившейся кисты яичника).

Если гнойное воспаленіе тазовой брюшины распространяется на брюшную полость, то очень быстро развивается общій перитонитъ, имѣющій, обыкновенно, смертельный исходъ.

Перейдемъ теперь къ тѣмъ симптомамъ, которые даетъ незаразный пельвеоперитонитъ. Этотъ послѣдній протекаетъ, обыкновенно, безъ лихорадки и не вызываетъ особыхъ разстройствъ даже въ томъ случаѣ, когда въ процессъ принимаетъ участіе брюшина полости живота. Впрочемъ, если въ маломъ тазу образовались тяжи и ложныя перепонки, то вызванное ими смѣщеніе и перегибъ органовъ могутъ причинять различныя разстройства, каковы, на примѣръ, боли во время мѣсячныхъ, непріятныя ощущенія при мочеиспусканіи и дефекаціи, наконецъ, бесплодіе. Нужно еще упомянуть, что если подъ вліяніемъ перемычекъ происходитъ перегибъ кишечной петли, то можетъ неожиданно наступить непроходимость кишекъ, и въ этомъ случаѣ только своевременная лапаротомія въ состояніи спасти больную.

Распознаваніе обѣихъ формъ пельвеоперитонита ставится на основаніи анамнеза и вышеописанной картины болѣзни.

Предсказаніе. При заразной формѣ нужно ставить прогнозъ съ большой осторожностью. Если процессъ уже распространился на брюшную полость, то предсказаніе неблагоприятно. Что касается незаразнаго пельвеоперитонита, то разстройства, наблюдаемая при этой формѣ, не всегда поддаются леченію.

Леченіе. При заразной формѣ прежде всего предписываются строжайшій покой и діета, ледъ на животъ и опій внутрь. Когда образовался выпотъ, ледъ замѣняется согрѣвающимъ компрессомъ. Къ оперативному вмѣшательству слѣдуетъ прибѣгать только въ тѣхъ случаяхъ, когда гнойный выпотъ хорошо осумковался, при чемъ его удаляютъ, обыкновенно, черезъ задній сводъ влагалища. Впослѣдствіи, съ

цѣлью способствовать всасыванію воспалительныхъ остатковъ, примѣняютъ теплыя ванны, а также и другія мѣры, о которыхъ сказано было при леченіи параметрита. Если развился общій перитонитъ, то необходимо немедленно произвести лапаротомію, удалить гной и промыть физиологическимъ растворомъ поваренной соли брюшную полость; при этомъ рану оставляютъ открытой и вводятъ въ нее полоски марли, чтобы обезпечить дальнѣйшій стокъ гноя.

Что касается незаразнаго пельвеоперитонита, то, съ цѣлью способствовать всасыванію воспалительныхъ продуктовъ, примѣняютъ на первыхъ порахъ тѣ же мѣры, какъ и при параметритѣ. Если же эти мѣры не помогаютъ, а между тѣмъ разстройства, вызываемыя перемычками, очень тяжелы, то приходится прибѣгнуть къ массажу или даже къ оперативному вмѣшательству. Операция же состоитъ въ томъ, что вскрывается брюшная полость, и тяжи разсѣкаются ножомъ или термокаутеромъ. Обыкновенно получается хорошій результатъ.

Околоматочное кровоизліяніе.

Различаютъ: 1) кровоизліяніе въ тазовую брюшину (Haematocoele) и 2) кровоизліяніе въ тазовую клѣтчатку (Haematoma), при чемъ вторая форма наблюдается гораздо рѣже первой.

I. Haematocoele.

Кровоизліяніе въ тазовую брюшину обусловливается, по большей части, трубной беременностью *). Эта послѣдняя заканчивается обычно въ первые 3—4 мѣсяца своего существованія или трубнымъ выкидышемъ, или разрывомъ трубы, но какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ случаѣ всегда наблюдается болѣе или менѣе сильное кровотеченіе, при чемъ излившаяся кровь скопляется сначала въ самой трубѣ (haematosalpinx), затѣмъ вокругъ послѣдней (haematocoele peritubaria) и, наконецъ, въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ (haematocoele retrouterina). Въ дальнѣйшемъ теченіи происходитъ постепенное

*) Къ числу другихъ причинъ, отъ которыхъ можетъ зависѣть haematocoele, относятся а) haematosalpinx, когда брюшное отверстіе трубы осталось открытымъ; б) образованіе пельвеоперитонитическихъ перемычекъ, очень богатыхъ сосудами; в) острая болѣзнь и порокъ сердца, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ происходитъ приливъ крови къ внутреннимъ половымъ органамъ, а въ результатъ можетъ получиться кровотеченіе въ яичники и трубы. Всѣ эти причины, однако, многими авторами вовсе не признаются.

свертывание крови, при чемъ процессъ этотъ начинается съ периферіи кровяного сгустка, такъ что вокругъ послѣдняго образуется все болѣе уплотняющаяся фибринозная сумка. Такая кровяная опухоль по большей части спаивается съ окружающими частями, и, если она не была удалена оперативнымъ путемъ, то жидкія составныя части крови всасываются, а сумка можетъ организоваться.

Исходомъ haematocеле бываетъ, обыкновенно, постепенное всасываніе крови. Гораздо рѣже кровяная опухоль вскрывается въ одинъ изъ тазовыхъ органовъ или въ брюшную полость. Наконецъ, наблюдается также и нагноеніе haematocеле, особенно послѣ неумѣлаго оперативнаго вмѣшательства.

Симптомы и теченіе. Картина, получающаяся при кровоизліяніи въ брюшину, весьма характерна. Послѣ предшествовавшего недомоганія, а иногда даже среди полного здоровья, женщина становится вдругъ блѣдной, чувствуетъ себя слабой, падаетъ нерѣдко въ обморокъ. Въ то же время появляется сильная боль въ нижней части живота, сопровождающаяся часто тошнотой, рвотой и вздутіемъ живота. Къ этому присоединяется еще задержка мочеиспусканія и дефекаціи, обусловленная давленіемъ кровяной опухоли на мочевой пузырь и rectum. Если при такихъ условіяхъ регулы одинъ или два раза не появились, и съ нѣкоторыхъ поръ наблюдаются маточныя кровотечения, то уже эти явленія заставляютъ заподозрить haematocеле вслѣдствіе трубной беременности.

Если кровоизліяніе не велико, а это бываетъ скорѣе при трубномъ выкидышѣ, а не при разрывѣ трубы, то всѣ симптомы будутъ гораздо менѣ бурны.

Теченіе болѣзни хроническое. Лихорадки, обыкновенно, не бываетъ. Всасываніе обнаруживается тѣмъ, что опухоль становится меньше, плотнѣе и менѣ чувствительной, однако, даже и въ этомъ случаѣ нельзя быть увѣреннымъ въ томъ, что не наступитъ новаго кровоизліянія, разъ выдѣленіе крови изъ матки еще не прекратилось окончательно. Выдѣленіе же крови изъ матки зависитъ, съ одной стороны, отъ изверженія маточной отпадающей оболочки, а, съ другой стороны, отъ того, что кровь изъ трубы часто выдѣляется наружу чрезъ матку.

Кровотеченіе, боли и продолжительное пребываніе въ постели изнуряютъ больную и дѣлаютъ ее неспособной къ работѣ. Кромѣ того, приходится опасаться прободенія или нагноенія haematocеле, о чемъ уже было сказано выше.

Распознаваніе ставится на основаніи анамнеза и объективнаго изслѣдованія, которое позволяетъ констатировать весьма харак-

терныя измѣненія; матка вмѣстѣ съ шейкой помѣщается непосредственно позади лоннаго сочлененія. Задній сводъ влагалища сильно отѣсненъ книзу шарообразной опухолью, которая имѣетъ первоначально почти упругую консистенцію, а впоследствии болѣе плотную. Опухоль простирается вверхъ до границы малаго таза, а нерѣдко даже переходитъ за нее. При малѣйшемъ подозрѣннн относительно haematocеле нужно производить прощупываніе очень осторожно.

Дифференціальный діагнозъ. Отъ пери- и параметрическихъ эксудатовъ haematocеле отличается своимъ внезапнымъ развитіемъ. Отличіемъ haematocеле отъ искривленія беременной матки назадъ служитъ то, что при послѣднемъ прощупывается чрезвычайно растянутый мочевой пузырь, который никоимъ образомъ нельзя смѣшавать съ опухолью, прощупываемою при haematocеле. Отъ кистъ яичниковъ и фиброидовъ, ущемленныхъ въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, haematocеле отличается своимъ возникновеніемъ и дальнѣйшимъ теченіемъ.

Предсказаніе нужно всегда ставить съ большой осторожностью. Прободеніе haematocеле въ брюшную полость или нагноеніе кровяного мѣшка представляютъ собой непосредственную опасность для жизни. Даже послѣ всасыванія кровяной опухоли нерѣдко остаются разстройства, обусловленные образовавшимися сращениями и принимающія иногда довольно затяжной характеръ.

Леченіе. Вначалѣ: покой, ледъ на животъ и возбуждающія средства для поднятія дѣятельности сердца. Въ дальнѣйшемъ устанавливаютъ правильный режимъ для больной (укрѣпляющая діета, ежедневное опорожненіе кишечника и т. д.), назначаютъ согрѣвающіе компрессы на животъ для ускоренія всасыванія и придерживаются выжидательнаго метода леченія, въ зависимости отъ того, обнаруживаетъ ли болѣзнь склонность къ улучшенію, или ухудшенію. Если въ теченіе двухъ недѣль не замѣчается ясныхъ признаковъ всасыванія, то, по совѣту Рунге, нужно прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству. То же самое необходимо при появленіи сильной лихорадки.

Сущность операціи сводится къ вскрытію брюшной полости, перевязкѣ art. ovaricae и маточной части трубы, опорожненію кровяной опухоли и удаленію беременной трубы. Предсказаніе при этой операціи, за рѣдкими исключеніями, благопріятно.

Влагалищный способъ въ настоящее время не примѣняется. Только при нагноеніи можно вскрыть кровяной мѣшокъ чрезъ задній сводъ влагалища.

2. Haematoma.

Кровоизліяніе въ тазовую клітчатку такъ же, какъ и haematocele, можетъ зависѣть отъ трубной беременности, но гораздо чаще оно обусловливается какими-нибудь механическими поврежденіями, возникающими, напримѣръ, во время родовъ, или при паденіи съ высоты, или при грубомъ совокупленіи (особенно во время мѣсячныхъ); гематома, наконецъ, можетъ образоваться при гинекологическихъ операціяхъ.

Кровоизліяніе распространяется въ тазовой клітчаткѣ, подобно параметритическому выпоту, и можетъ простираться по всѣмъ направленіямъ. Однако, для гематомы характерно ея боковое расположеніе, хотя она и даетъ иногда продолженія впередъ или назадъ, которыя обхватываютъ матку.

Величина кровяного мѣшка различна (отъ куриного яйца до головы взрослога человѣка). Содержимое мѣшка постепенно свертывается. Нагноеніе встрѣчается рѣдко.

Симптомы. При большой гематомѣ, образовавшейся вслѣдъ за одной изъ вышеупомянутыхъ причинъ, внезапно появляется сильная боль въ глубинѣ таза вмѣстѣ съ явленіями малокровія и прижатія тазовыхъ органовъ. Перитонитическія явленія и лихорадка отсутствуютъ. Обычнымъ исходомъ является всасываніе гематомы, рѣже происходитъ ея нагноеніе и прободеніе.

Распознаваніе. При изслѣдованіи сбоку матки констатируется различной величины опухоль, которая вначалѣ имѣетъ болѣе или менѣе мягкую консистенцію, а затѣмъ становится болѣе плотной и неровной. Въ пользу гематомы говоритъ внезапное наступленіе явлений и быстрое образованіе опухоли, расположенной сбоку. Отъ параметритическаго выпота гематому можно отличить, какъ на основаніи анамнеза, такъ и по отсутствію лихорадки.

Предсказаніе въ общемъ благоприятно, при нагноеніи же сомнительно.

Леченіе—выжидательное и должно быть направлено къ тому, чтобы ускорить всасываніе излившейся крови. При нагноеніи необходимо немедленно приступить къ операціи.

Эта послѣдняя можетъ быть произведена и въ томъ случаѣ, если опухоль достигла очень большой величины. Оперативное опорожненіе кровяного мѣшка производится или *per laparotomiam* (если опухоль расположена высоко), или *per vaginam* (если опухоль сидитъ низко).

Приложеніе.

Заразныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ.

Среди инфекціонныхъ заболѣваній женскаго полового аппарата на первомъ мѣстѣ нужно поставить септическое его зараженіе. Это послѣднее обусловливается внѣдреніемъ т. н. гноеродныхъ бактерій (стрептококки и стафилококки) и обязано своимъ происхожденіемъ, главнымъ образомъ, послѣ родовому періоду. Септическія инфекціи, возникающія внѣ родильнаго періода, на примѣръ, послѣ операций или изслѣдованій, произведенныхъ безъ достаточнаго соблюденія антисептическихъ предосторожностей, вполне походятъ на послѣродовой сепсисъ и отличаются развѣ только не столь бурнымъ теченіемъ. Въ виду всего сказаннаго мы септического зараженія женскихъ половыхъ органовъ въ настоящей главѣ разбирать не будемъ, отсылая читателей къ учебникамъ акушерства.

Изъ заразныхъ процессовъ мы рассмотримъ здѣсь два другихъ чрезвычайно важныхъ заболѣванія, а именно перелой и бугорчатку.

Перелой.

Этіологія. Перелой или трипперъ вызывается гонококкомъ Neisser'a. Онъ переносится на женскія половыя части, главнымъ образомъ, путемъ полового сношенія, при чемъ первоначально процессъ по большей части сосредоточивается на слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала и шейки. Отсюда процессъ распространяется на слизистую оболочку матки и Фаллопиевыхъ трубъ, на брюшину, мочевой пузырь и Бартолиновы железы; гораздо рѣже поражаются трипперомъ влагалище и наружныя половыя части, такъ какъ они выстланы толстымъ эпителиемъ, мѣшающимъ внѣдренію гонококковъ.

Существуютъ нѣкоторыя обстоятельства, которыя способствуютъ дальнѣйшему распространенію перелоя. Укажемъ, во-первыхъ, гипе-

ремю половых частей, которую мы наблюдаемъ при регулахъ, частыхъ половых сношеніяхъ, тѣлесныхъ напряженіяхъ и родильномъ періодѣ, затѣмъ заносъ заразительныхъ отдѣленій въ матку или мочевоу пузырь при неосторожномъ изслѣдованіи, наконецъ, поступленіе свѣжихъ гонококковъ въ половыя части вслѣдствіе дальнѣйшихъ половых сношеній съ больнымъ мужчиной—все это обстоятельства, которыя способствуютъ переходу перелоя изъ первоначальнаго очага на весь остальной половой аппаратъ женщины.

Помимо половых сношеній, зараженіе трипперомъ наблюдается рѣдко. Чаще всего мы встрѣчаемъ его въ такихъ случаяхъ у маленькихъ дѣвочекъ, которыя заражаются, на примѣръ, благодаря непосредственному соприкосновенію съ больными или разными предметами, загрязненными триппернымъ ядомъ (губки, полотенца и т. д.).

Наконецъ, внѣполовое зараженіе можетъ произойти и при гинекологическомъ изслѣдованіи, чрезъ грязные инструменты и пр.

Наиболѣе широко перелой распространень среди проститутокъ, что является фактомъ общеизвѣстнымъ и особыхъ объясненій не требуетъ.

Патологическая анатомія. Какъ уже было сказано выше, воспалительный процессъ сосредоточивается первоначально на слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала и шейки. Здѣсь результатомъ внѣдренія гонококковъ является мелкоклѣточное пропитываніе ткани, скопленіе въ ней множества гнойныхъ тѣлецъ и обильное образованіе гноя на поверхности слизистой оболочки. Затѣмъ, подъ вліяніемъ вышеупомянутыхъ обстоятельствъ воспалительный процессъ можетъ распространиться на весь половой аппаратъ, вызывая повсюду характерныя измѣненія въ ткани. Мы начнемъ съ влагалища. Это послѣднее поражается перелойнымъ процессомъ, главнымъ образомъ, у лицъ молодыхъ, у которыхъ слизистая оболочка рукава выстлана еще нѣжнымъ эпителиемъ. Тутъ внѣдреніе гонококковъ даетъ прежде всего припуханіе и гиперемію слизистой оболочки, а затѣмъ происходитъ обильное гнойное отдѣленіе, которое раздражаетъ наружныя половыя части и ихъ окружность.

Перелой Бартолиновой железы ограничивается, обыкновенно, выводнымъ протокомъ, при чемъ этотъ послѣдній, благодаря застою въ немъ гноя, можетъ растягиваться въ видѣ опухоли и дать т. н. мнимый нарывъ.

Наконецъ, перелойное воспаленіе слизистой оболочки матки выражается гнойнымъ катарромъ и мелкоклѣточнымъ пропитываніемъ, давая въ общемъ картину, аналогичную той, которую мы изучили выше при разсмотрѣніи интерстиціального эндометрита (см. стр. 75).

Съ переходомъ гонококковъ изъ матки въ Фаллопиевы трубы болѣзнь принимаетъ обыкновенно гораздо болѣе серьезный оборотъ: прежде всего развивается гнойный сальпингитъ, сопровождающійся накопленіемъ гноя въ полости трубы. Затѣмъ брюшное отверстіе послѣдней склеивается, и получается гнойная трубная опухоль (*sactosalpinx purulenta**). Наконецъ, отъ этого гнойнаго очага можетъ въ дальнѣйшемъ произойти зараженіе яичниковъ и тазовой брюшины, при чемъ перелойный пельвеоперитонитъ по большей части остается мѣстнымъ.

Остается еще упомянуть, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается иногда ограниченное воспаленіе тазовой клѣтчатки, а еще рѣже—пораженіе отдаленныхъ органовъ (главнымъ образомъ, колѣнный и другіе суставы).

Симптомы и теченіе. Клиническая картина перелоя весьма разнообразна. Нужно различать легкую и тяжелую формы болѣзни, при чемъ въ первомъ случаѣ процессъ разыгрывается въ нижнихъ частяхъ полового аппарата и за область внутренняго маточнаго зѣва не переходитъ; наоборотъ, при тяжелой формѣ поражаются части, лежащія за внутреннимъ зѣвомъ. Соотвѣтственно этому, мы при легкой формѣ перелоя будемъ имѣть течь, жженіе при мочеиспусканіи, боль при совокупленіи, иногда раздраженіе наружныхъ половыхъ частей подъ вліяніемъ выдѣленій. Явленія эти, наступающія, обыкновенно, дня черезъ три послѣ зараженія, сравнительно скоро проходятъ, и только течь держится гораздо дольше.

Напротивъ, при тяжелой формѣ наблюдаются постоянныя боли въ нижней части живота и въ крестцѣ, разстройства мѣсячныхъ, упадокъ общаго питанія и, наконецъ, также нерѣдко наступаетъ бесплодіе (вслѣдствіе пораженія Фаллопиевыхъ трубъ). Кромѣ того, характерна чрезвычайная продолжительность процесса, его склонность къ постояннымъ возвратамъ и обостреніямъ и вліяніе его на общее состояніе больной.

Объ обстоятельствахъ, которыя способствуютъ распространенію перелоя отъ мѣста первоначальной локализациі, мы уже говорили выше, и эти обстоятельства играютъ, конечно, большую роль въ смыслѣ легкаго или тяжелаго теченія болѣзни, но, кромѣ нихъ, нужно имѣть въ виду и другія вліянія, каковы, на примѣръ, вирулентность гонококковъ, степень сопротивляемости тканей и т. д., словомъ, такіе моменты, которые точному учету не подлежатъ.

Этимъ же объясняется, между прочимъ, то, что практически мы встрѣчаемъ цѣлый рядъ промежуточныхъ формъ, гдѣ клини-

*) Большею частью бывають поражены обѣ трубы.

ческая картина можетъ быть самой разнообразной, въ зависимости отъ того, какая часть полового аппарата оказывается больше всего пораженной. Мы должны, въ виду этого, коснуться въ краткихъ чертахъ симптоматологіи отдѣльныхъ органовъ.

Начнемъ съ мочеиспускательнаго канала. Главныя явленія при гонорройномъ уретритѣ (*urethritis gonorrhoeica*) это—жженіе при мочеиспусканіи, частыя позывы на мочу, гиперемія краевъ наружнаго отверстія уретры и обильное выдѣленіе гноя. Всѣ эти явленія черезъ нѣсколько недѣль, обыкновенно, стихаютъ, и спустя 1½—2 мѣсяца можетъ наступить полное излеченіе, или же болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе, при чемъ особыхъ разстройствъ не причиняетъ, но сохраняетъ значительную заразительность.

Перелой наружныхъ половыхъ частей (*vulvitis gonorrhoeica*) наблюдается у взрослыхъ рѣдко. Характеризуется гонорройный вульвитъ гипереміей и припуханіемъ малыхъ половыхъ губъ, клитора и преддверья, затѣмъ жженіемъ, зудомъ и гнойными выдѣленіями, наконецъ, припуханіемъ паховыхъ железъ. Однако, острый періодъ болѣзни долго не держится.

Воспаленіе Бартолиновыхъ железъ наблюдается довольно часто и ведетъ при застоѣ гноя въ выводномъ протокѣ ихъ къ образованію т. н. мнимаго нарыва. Этотъ послѣдній представляется въ видѣ опухоли, которая выпячиваетъ внутреннюю часть большой губы и даетъ, въ концѣ концовъ, флюктуацію (зыбленіе). Если не сдѣлано своевременно разрѣза, то гнойникъ вскрывается самъ, при чемъ нерѣдко остается на долгое время свищъ.

Перелойное воспаленіе влагалища наблюдается, сравнительно, рѣдко, о чемъ уже было упомянуто выше. Здѣсь мы укажемъ, поэтому, только то, что перелойный вагинитъ характеризуется припуханіемъ, гипереміей и изъязвленіемъ слизистой оболочки рукава, затѣмъ обильнымъ выдѣленіемъ гноя, рѣзкой болѣзненностью, иногда повышеніемъ температуры. Однако, симптомы эти недѣли черезъ двѣ затихаютъ, а спустя 1—2 мѣсяца процессъ совершенно заканчивается, и перехода въ хроническое состояніе не происходитъ.

Перелой шейки характеризуется, главнымъ образомъ, обильнымъ отдѣленіемъ гноя. Всѣ остальные симптомы, каковы, напримѣръ, боли въ крестцѣ, жженіе въ наружныхъ половыхъ частяхъ и т. д., бываютъ обыкновенно выражены не рѣзко, а иногда и совсѣмъ отсутствуютъ. При изслѣдованіи (посредствомъ зеркалъ) влагалищная часть представляется красной и припухшей; изъ наружнаго зѣва выдѣляется гной.

Гонорройный эндометритъ, т.-е. перелойное воспаленіе слизистой оболочки матки, характеризуется повышеніемъ температуры, сильными болями въ тазу, затѣмъ болѣе плотной, чѣмъ обыкновенная, консистенціей матки и болѣзненностью ея при изслѣдованіи. Такія явленія мы имѣемъ при остромъ эндометритѣ. Что же касается хроническаго перелойнаго воспаленія матки, то тутъ мы констатируемъ тѣ же симптомы, которые уже были изучены нами выше (см. стр. 76), т.-е. болѣе обильныя и частыя регулы, боли въ животѣ, увеличеніе матки и т. д.

Распространеніе перелойнаго процесса на Фаллопиевы трубы обнаруживается тѣмъ, что въ боковыхъ частяхъ живота появляются рѣзкія боли, которыя при движеніяхъ больной и мѣсячныхъ усиливаются еще больше. Это пораженіе трубъ, сопровождаемое, какъ мы уже говорили, образованіемъ гнойной опухоли, всегда имѣетъ очень серіозное значеніе, такъ какъ процессъ имѣетъ склонность къ переходу на брюшину и яичники. Такой переходъ влечетъ за собой продолжительныя болѣзненные разстройства и оканчивается нерѣдко постояннымъ бесплодіемъ, хотя, съ другой стороны, не разъ наблюдаются случаи, гдѣ при несомнѣнномъ заболѣваніи трубъ наступаютъ полное излеченіе, беременность и правильные роды. Что перелойный пельвеоперитонитъ почти всегда бываетъ мѣстнымъ, мы выше уже говорили. Только въ рѣдкихъ случаяхъ можно встрѣтить общее перелойное воспаленіе брюшины—процессъ, начинающійся очень бурными явленіями, но имѣющій тѣмъ не менѣе быстрое и доброкачественное теченіе.

Распознаваніе. Что имѣется воспалительное заболѣваніе въ извѣстной части полового аппарата, мы можемъ распознать на основаніи вышеуказанныхъ клиническихъ симптомовъ и данныхъ, получаемыхъ при изслѣдованіи. Труднѣе гораздо доказать, что воспалительный процессъ вызванъ именно перелоемъ. Тутъ на первый планъ выступаетъ бактериологическое изслѣдованіе выдѣленій, и при остромъ перелое мочепускательнаго канала и шейки, затѣмъ наружныхъ половыхъ частей, влагалища и Бартолиновыхъ железъ мы всегда легко можемъ доказать въ отдѣленіяхъ присутствіе гонококковъ, что и рѣшаетъ діагнозъ. Такъ, повторяемъ, обстоитъ дѣло при остромъ перелое. Наоборотъ, при хроническомъ трипперѣ гонококковъ можетъ и не оказаться, несмотря на несомнѣнную наличность перелоя. Въ такихъ случаяхъ приходится обратиться къ анамнезу, а также къ нѣкоторымъ деталямъ объективнаго изслѣдованія, что въ совокупности по большей части даетъ намъ возможность рѣшить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

При разспросѣ мы прежде всего должны выяснитъ, какъ давно существуютъ выдѣленія, и какой они имѣли и имѣютъ характеръ (т.е. гнойный или нѣтъ); затѣмъ узнаютъ, не было ли воспалительныхъ явленій со стороны наружныхъ половыхъ частей, и, наконецъ, если больная когда нибудь рожала, то спрашиваютъ, не наблюдалось ли у новорожденнаго воспаленія глазъ, не было ли поздней лихорадки во время родовъ, не осталось ли какихъ-нибудь разстройствъ въ половыхъ органахъ послѣ родовъ. Въ заключеніе нужно еще тщательно разспросить и изслѣдовать мужа.

Переходя теперь къ изслѣдованію больной, нужно, во-первыхъ, имѣть въ виду, что всякое гнойное выдѣленіе, которое при этомъ находятъ, должно считаться подозрительнымъ и быть изслѣдованнымъ на гонококки. Въ частности гнойная течь изъ мочеиспускательнаго канала уже сама по себѣ указываетъ на перелой; гнойныя выдѣленія изъ матки и чувствительность ея говорятъ за перелойный эндометритъ; признаки гнойнаго сальпингита (см. стр. 154) являются вмѣстѣ съ тѣмъ и симптомами перелойнаго воспаленія трубъ, если только мы можемъ съ увѣренностью исключить септическое зараженіе и бугорчатку (о послѣдней см. ниже). Такъ, путемъ анамнеза, косвенныхъ умозаключеній и исключенія другихъ заболѣваній ставится діагнозъ перелоя, для окончательнаго подтвержденія котораго всегда, однако, необходимо бактериологическое изслѣдованіе выдѣленій.

Предсказаніе. Перелой женскихъ половыхъ органовъ непосредственной опасностью жизни не угрожаетъ, но онъ можетъ вызвать надолго разстройство въ жизненныхъ отправленіяхъ и нарушитъ навсегда способность къ воспроизведенію. Однако, такой результатъ наблюдается далеко не во всѣхъ случаяхъ. Острый перелой мочеиспускательнаго канала и шейки кончается нерѣдко полнымъ выздоровленіемъ. Гораздо хуже прогнозъ въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ хроническими процессами въ тѣхъ же частяхъ, такъ какъ всегда возможны частыя обостренія болѣзни и переходъ ея на весь половой аппаратъ со всѣми вышеизложенными послѣдствіями.

Леченіе. Съ перелоемъ, какъ съ болѣзью инфекціонной, можно и должно бороться широкими профилактическими мѣропріятіями. Необходимо прежде всего ознакомленіе народныхъ массъ съ происхожденіемъ заболѣванія трипперомъ какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, и со всѣми опасностями, которыми зараженіе перелоемъ угрожаетъ обѣимъ сторонамъ. Необходима затѣмъ борьба съ проституціей или, правильнѣе говоря, съ тѣми причинами, которыя ее порождаютъ *). Необходима, наконецъ, пропаганда раннихъ

*) Говоря о причинахъ, вызывающихъ проституцію, мы имѣемъ въ виду социально-экономическіе факторы, которыхъ мы здѣсь подробно касаться не можемъ.

браковъ и запрещеніе вступать въ бракъ до полнаго излеченія тѣмъ лицамъ, которыя уже пережили когда-нибудь перелой.

Леченіе уже имѣющагося перелоя зависитъ прежде всего отъ того, имѣемъ ли мы дѣло съ острымъ трипперомъ, или хроническимъ. При остромъ перелой нужно рекомендовать: покой (въ постели), введеніе большого количества жидкостей (чтобы способствовать промыванію мочеиспускательнаго канала), обмываніе наружныхъ половыхъ частей сулемой (1:1000), сидячія ванны; необходимо, кромѣ того, назначить легкую діету, регулировать стулъ и бороться съ отдѣльными симптомами: при сильномъ жженіи и зудѣ—свинцовая примочка на половыя части; при перелой влагалища и шейки—осторожныя спринцеванія (чтобы предотвратить застой гноя); наконецъ, при рѣзкихъ боляхъ въ животѣ, указывающихъ на воспаленіе матки или трубъ, назначаютъ ледъ на животъ и опій внутрь.

Таковъ нашъ образъ дѣйствій въ остромъ періодѣ болѣзни. Что же касается терапіи хроническихъ формъ, то тутъ намъ придется сослаться на то, что нами уже было изучено при воспалительныхъ заболѣваніяхъ отдѣльныхъ половыхъ органовъ, независимо отъ причины, которой эти заболѣванія вызваны. Тутъ только замѣтимъ, что при перелойныхъ воспаленіяхъ у замужнихъ женщинъ недостаточно лечить только этихъ послѣднихъ: одновременно съ ними долженъ лечиться и мужъ—виновникъ перелойнаго процесса, при чемъ половыя сношенія строжайше запрещаются.

Бугорчатка половыхъ органовъ.

Этіологія. Бугорчатка половыхъ частей можетъ развиваться въ нихъ первично, но гораздо чаще встрѣчается послѣдовательное зараженіе туберкулезомъ половыхъ органовъ при существующей уже бугорчаткѣ легкихъ и, въ особенности, брюшины.

Возбудители процесса—туберкулезныя палочки могутъ попасть въ половой аппаратъ изъ мокроты и испражнений самой больной или быть занесены туда рукой изслѣдователя, черезъ инструменты и т. д. Затѣмъ, бациллы могутъ попасть въ половую систему вмѣстѣ съ сѣменемъ больныхъ, страдающихъ туберкулезомъ яичка, придатка, сѣменныхъ пузырьковъ и предстательной железы; наконецъ, зараженіе можетъ произойти черезъ кровь или со стороны кишечника.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что пути зараженія половыхъ частей бугорчаткой въ достаточной мѣрѣ разнообразны. Однако, не всякое поступленіе туберкулезныхъ палочекъ въ половой аппаратъ женщины должно непременно повлечь за собой возникновеніе бугор-

чатки. Для этого необходимы еще особая предрасполагающія условия, среди которых наибольшую роль играет наследственность, а затѣмъ ослабленіе защитительныхъ приспособленій организма, возникающее, на примѣръ, при предварительномъ зараженіи сифилисомъ и трипперомъ, или являющееся результатомъ какого-нибудь истощающаго заболѣванія и т. д. Вообще, къ условиямъ, способствующимъ зараженію туберкулезомъ половыхъ частей, примѣнимы тѣ же законы, которые установлены для бугорчатки всѣхъ другихъ органовъ.

Встрѣчается бугорчатка половыхъ органовъ во всѣхъ возрастахъ, но въ дѣтскомъ и преклонномъ возрастѣ рѣдко.

Патологическая анатомія. Какъ при первичной, такъ и при вторичной бугорчаткѣ женскихъ половыхъ органовъ процессъ сосредоточивается, главнымъ образомъ, въ Фаллопиевыхъ трубахъ, которыя и оказываются поэтому наиболѣе пораженными. При этомъ по большей части бываютъ поражены обѣ трубы. Что же касается остальныхъ частей полового аппарата, каковы: матка, яичники, наружные половые органы и влагалище, то въ нихъ туберкулезъ наблюдается рѣдко и то по большей части не самостоятельно, а въ комбинаціи съ бугорчаткой трубъ.

Эти послѣднія представляютъ первоначально только воспалительныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ трубъ, особенно въ ампуллѣ. Затѣмъ развиваются характерные бугорки, которые подвергаются творожистому перерожденію и распаду, при чемъ брюшное отверстіе трубы склеивается, а творожистыя массы скопляются въ замкнутой трубѣ и образуютъ, въ концѣ концовъ, гнойную трубную опухоль (pyosalpinx). Въ дальнѣйшемъ стѣнки трубы утолщаются, а сама она растягивается и принимаетъ колбовидную или четкообразную форму. Серозный покровъ трубъ также оказывается усѣяннымъ множествомъ бугорковъ, при чемъ туберкулезный процессъ въ брюшинѣ ведетъ къ спаиванію трубъ съ окружающими частями и образованію перемычекъ (см. стр. 163).

Таковы измѣненія трубъ. Остальныхъ органовъ мы коснемся только въ общихъ чертахъ. Въ маткѣ процессъ сосредоточивается, главнымъ образомъ, въ тѣлѣ, при чемъ вначалѣ находятъ такія же измѣненія, какъ и при хроническомъ гиперпластическомъ эндометритѣ (см. стр. 75), а въ дальнѣйшемъ развиваются типичные бугорки, происходитъ творожистое перерожденіе ихъ, разрушается вся слизистая оболочка, а затѣмъ и мышечная стѣнка матки, и вся она, наконецъ, растягивается, благодаря скопленію въ ея полости творожистыхъ массъ.

Распространеніе туберкулезнаго процесса на шейку наблюдается весьма рѣдко. Въ этомъ случаѣ получаютъ язвы или же сосочковыя разраженія на влагалищной части, которыя по внѣшнему виду можно принять за ракъ или саркому.

Бугорчатка яичниковъ, влагалища и наружныхъ половыхъ частей также сводится къ образованію бугорковъ, творожистому перерожденію и распаду, но мы на этихъ измѣненіяхъ болѣе подробно останавливаться не будемъ.

Особаго вниманія заслуживаетъ бугорчатка брюшины, которая можетъ дать самую разнообразную картину. Процессъ, во первыхъ, можетъ ограничиться только тазовой брюшиной, или же существуетъ общій бугорчатый перитонитъ. Затѣмъ, на ряду съ образованіемъ характерныхъ бугорковъ, констатируется нерѣдко распространенный воспалительный процессъ съ выпотомъ и спаиваніемъ брюшныхъ

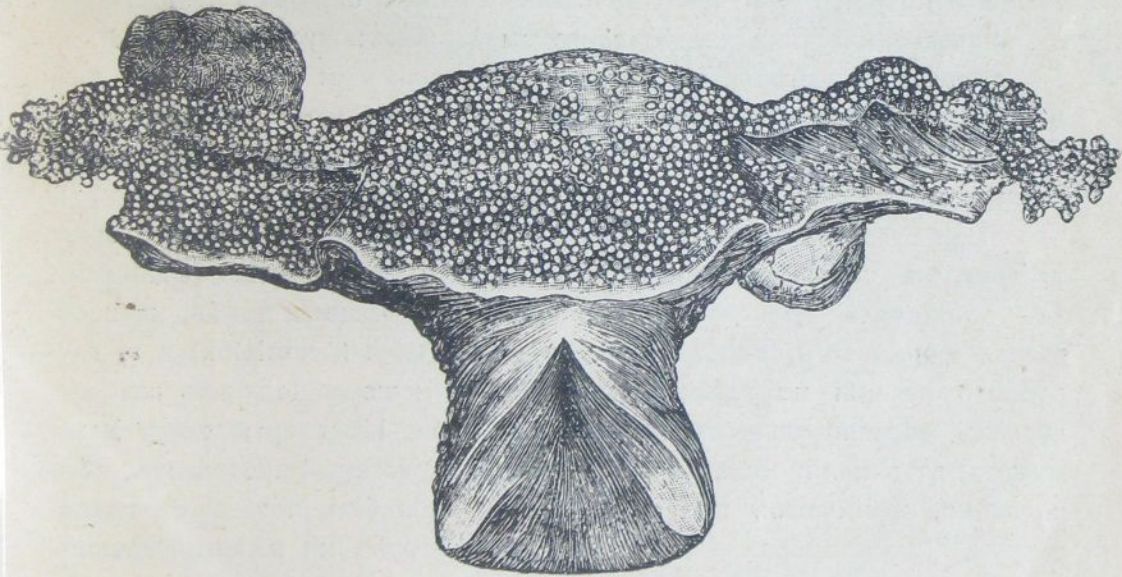


Рис. 63.—Бугорчатка тазовой брюшины.

органовъ между собою. Наконецъ, находятъ еще иногда брюшную водянку, при чемъ количество жидкости можетъ быть болѣе значительнымъ и менѣе значительнымъ, въ зависимости отъ самыхъ разнообразныхъ обстоятельствъ.

Симптомы, которые даетъ бугорчатка половыхъ органовъ, ничего характернаго собой не представляютъ. По большей части мы имѣемъ такія же явленія, какія вообще получаютъ при хроническихъ воспалительныхъ процессахъ въ разныхъ частяхъ полового аппарата, и мы поэтому излагать эти явленія здѣсь не будемъ.

Насъ интересуеъ гораздо болѣе серіозный вопросъ: какъ доказать, что симптомы вызваны специфической причиной, другими словами, какъ можно діагносцировать туберкулезъ половыхъ органовъ?—Тутъ прежде всего имѣетъ большое значеніе анамнезъ и изслѣдованіе всего организма больной. Если, напримѣръ, при разспросѣ мы узнаемъ о наслѣдственномъ предрасположеніи къ туберкулезу, или при изслѣдованіи констатируется легочная чахотка, золотуха и т. д., то при всѣхъ такихъ обстоятельствахъ мы можемъ предположить, что и страданіе половыхъ частей также зависитъ отъ бугорчатки. Данныя эти служатъ для насъ руководящей нитью, но, помимо нихъ, мы должны обратиться къ частному изслѣдованію всего полового аппарата.

Бугорчатка наружныхъ половыхъ частей, влагалища и влагалищной части можетъ быть установлена простымъ осмотромъ, при чемъ въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ микроскопическому изслѣдованію вырѣзанныхъ кусочковъ ткани.

Гораздо труднѣе распознать бугорчатку матки. Тутъ уже микроскопическое изслѣдованіе необходимо, при чемъ такому изслѣдованію подвергаются выдѣленія, а также и кусочки слизистой оболочки, получающіеся при т. н. пробномъ выскабливаніи (см. стр. 78).

При бугорчаткѣ Фаллопиевыхъ трубъ, этой самой частой формы туберкулеза половыхъ частей, мы никакими достовѣрными данными для постановки діагноза не располагаемъ: утолщеніе трубъ, четкообразная форма ихъ, скопленіе въ трубахъ гноя (pyosalpinx) и т. д.— все это явленія не характерныя, ибо мы можемъ получить ихъ при другихъ воспалительныхъ процессахъ трубъ. Нѣкоторую опору намъ можетъ дать клиническая картина процесса, который протекаетъ, обыкновенно, хронически, при слабыхъ боляхъ и безъ повышенія температуры. Такимъ образомъ, при бугорчаткѣ трубъ мы имѣемъ, сравнительно, незначительныя разстройства на ряду съ значительными патологическими анатомическими измѣненіями, что и является характернымъ.

Бугорчатый перитонитъ также не даетъ никакихъ характерныхъ симптомовъ.

Подводя итогъ всему сказанному о діагностикѣ бугорчатыхъ заболѣваній половыхъ органовъ, мы видимъ, что въ большинствѣ случаевъ распознаваніе можетъ быть поставлено только съ большей или меньшей вѣроятностью. Однако, въ послѣдніе годы стали примѣнять новый вспомогательный методъ, который обладаетъ почти абсолютно вѣрнымъ діагностическимъ значеніемъ. Методъ этотъ—діагностическое впрыскиваніе стараго туберкулина Koch'a, которое при наличности туберкулеза даетъ соотвѣтствующую реакцію,

а именно: повышепіе температуры, общее недомоганіе и ухудшеніе мѣстныхъ разстройствъ. О техникѣ самихъ впрыскиваній мы здѣсь распространяться не будемъ.

Предсказаніе серіозно, хотя и не безнадежно, такъ какъ туберкулезный процессъ даже безъ всякаго вмѣшательства можетъ претерпѣвать обратное развитіе, напримѣръ, обызвествленіе содержимаго Фаллопиевыхъ трубъ. Въ частности прогнозъ тѣмъ хуже, чѣмъ болѣе распространенъ процессъ по всему половому аппарату или же также и на другіе отдаленные органы. Бугорчатка брюшины представляетъ собой наибольшую опасность для жизни, хотя, съ другой стороны, цѣлесообразное вмѣшательство можетъ значительно улучшить предсказаніе.

Во всѣхъ случаяхъ весьма важно считаться при постановкѣ прогноза съ общимъ состояніемъ больныхъ и ихъ социальнымъ положеніемъ.

Леченіе. Профилактическое предупрежденіе бугорчатки женскихъ половыхъ органовъ сводится прежде всего къ тѣмъ мѣрамъ, которыя необходимы для предупрежденія бугорчатки вообще. Какъ спеціальную мѣру, отмѣтимъ, что мужчинамъ съ туберкулезомъ половыхъ органовъ нужно отсовѣтовать вступленіе въ бракъ, а женившимся уже указать на возможность зараженія жены.

Что касается терапіи уже имѣющейсѣ бугорчатки, то, кромѣ мѣстнаго леченія, о которомъ рѣчь впереди, тутъ большое значеніе имѣетъ забота о хорошемъ питаніи, разумномъ образѣ жизни, чистомъ воздухѣ и т. д.; пользу приносятъ также препараты мышьяка и желѣза.

Мѣстное леченіе должно, конечно, быть направлено на пораженные органы. Если мы имѣемъ, напримѣръ, туберкулезный процессъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ, влагалищѣ или влагалищной части, то дѣло сводится къ прижиганію пораженныхъ участковъ іодной настойкой или молочной кислотой, а иногда и термокаутеромъ (послѣ предварительнаго выскабливанія бугорчатыхъ частей острой ложечкой, какъ при ракѣ—см. стр. 122).

При туберкулезѣ матки можно сдѣлать выскабливаніе и дренировать полость ея іодоформной марлей.

При бугорчаткѣ Фаллопиевыхъ трубъ можно прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, но только въ томъ случаѣ, когда доказано отсутствіе туберкулезнаго процесса въ другихъ органахъ, и когда притомъ общее состояніе больной удовлетворительное. Въ противномъ случаѣ, послѣ операціи получится только ухудшеніе общаго состоянія больной, а не улучшеніе. Сама операція сводится къ удаленію всей матки вмѣстѣ съ придатками, что можетъ быть

сдѣлано или черезъ влагалище, или же со стороны брюшной полости. Если операція противопоказана, то ограничиваются общими укрѣпляющими мѣрами.

При бугорчаткѣ брюшины нѣкоторые гинекологи проводятъ исключительно дѣтетическо-гигиеническое леченіе, основываясь на томъ фактѣ, что туберкулезъ брюшины весьма нерѣдко излечивается самъ собою, особенно у молодыхъ субъектовъ. Другіе, наоборотъ, предпочитаютъ хирургическое вмѣшательство, которое сводится только къ простому вскрытію брюшной полости, что само по себѣ уже оказываетъ благотворное дѣйствіе. Чему нужно приписать это послѣднее, съ точностью еще не установлено, но фактъ цѣлебнаго вліянія чревосѣченія на бугорчатку брюшины во многихъ случаяхъ не подлежитъ сомнѣнію.

Какому изъ двухъ методовъ должно быть отдано предпочтеніе, мы сказать пока не рѣшаемся.

Укажемъ въ заключеніе, что въ послѣдніе годы получены хорошіе результаты при леченіи бугорчатки впрыскиваніями туберкулина, и способъ этотъ, можетъ быть, получить въ дальнѣйшемъ еще болѣе серьезное значеніе въ дѣлѣ борьбы съ туберкулезомъ.

13164

