

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

АПРѢЛЬ 1891, № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

VI.

КАЛЕНое ЖЕЛѢЗО ВЪ ГИНЕКОЛОГИИ.

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ЛЕКЦІЯ

Приватъ-доцента ИМПЕРАТОРСКАГО Казанскаго Университета

В. Столыпинскаго.

Мм. Гг. Современные хирурги вообще и въ частности хирурги-гинекологи стремятся къ возможно большому упрощенію, какъ способовъ оперироваія, такъ самыхъ инструментовъ и послѣоперационнаго ухода за больными, исходя изъ той точки зрѣнія, что успѣхъ операцій больше всего зависитъ отъ строгаго соблюденія принципа обеззараживаія. Стремленіе къ возможно большей простотѣ собственно въ хирургическихъ приемахъ въ настоящее время замѣтно во многихъ гинекологическихъ операціяхъ. Напримѣръ, всѣ сложные способы *colporrhaphy* съ удаленіемъ рубцовой ткани все болѣе и болѣе вытѣсняются простымъ лоскутнымъ способомъ *Lawson-Tait's* съ расщепленіемъ только тканей. Примѣненіемъ этого же принципа расщепленія для окровавленія краевъ мочеполовыхъ фистулъ и операціи *fistulorrhaphy* значительно упрощены. Обста-

новка и инструменты при такой серьезной операциі, какъ лапаротомія, въ настоящее время тоже крайне просты: вмѣсто сложныхъ троакаровъ, особыхъ ножей, зажимовъ для ножекъ кисты и пр. операторы употребляютъ только обыкновенный скальпель, нѣсколько кровоостанавливающихъ пинцетовъ и пулевыхъ щипцовъ. Въ оперативной гинекологіи уже давно сданы въ архивъ всѣ сложные фистулезные наборы, которые у начинающаго могутъ вызвать только одно удивленіе, но не желаніе быть операторомъ. Не менѣе удивительными кажутся въ настоящее время всѣ сложные ирригаторы, употреблявшіеся для спринцеваній влагалища. Самымъ удобнымъ для этой цѣли ирригаторомъ въ концѣ концовъ оказался и самый простой, — это кружка *Эсмарха*. Очевидно, многіе сложные способы и приемы только затрудняли успѣхъ дѣла, внося различныя осложненія, какъ въ технику операций, такъ и въ послѣдующее заживленіе ранъ. Въ виду этого, стремленіе хирурговъ къ упрощенію, какъ способовъ операций, такъ и инструментовъ, становится весьма понятнымъ и заслуживаетъ особеннаго вниманія. — Я съ своей стороны, мм. гг., желалъ бы въ настоящей бесѣдѣ обратить ваше вниманіе на одинъ тоже весьма простой способъ лѣченія — это посредствомъ каленаго желѣза. Я беру, такъ сказать, на свой рискъ предложеніе стараго средства въ такое время, когда весь ученый міръ и все общество заняты различными открытіями и изобрѣтеніями. Но, быть можетъ, благодаря нѣкоторому увлеченію этими послѣдними, многія старыя средства забыты, будучи еще недостаточно разработанными и оцѣненными не по достоинству ихъ. Къ такимъ средствамъ, по моему мнѣнію, между прочимъ, принадлежитъ и каленое желѣзо. Въ виду того, что способъ примѣненія этого средства и послѣдующее лѣченіе въ высшей степени просты, результаты такого лѣченія, какъ увидимъ ниже, вполнѣ достигаютъ своей цѣли; по моему мнѣнію, употребленіе его въ гинекологіи заслуживаетъ гораздо большаго вниманія, чѣмъ то, какимъ оно пользуется въ настоящее время.

Каленое желѣзо еще въ древней медицинѣ имѣло громадное

значение при остановкѣ кровотеченій и лѣченіи различныхъ ранъ и патологическихъ образованій. Объ этомъ свидѣтельствуетъ извѣстный афоризмъ *Гиппократа*: «quod ferrum non potest, ignis potest». Первое указаніе на употребленіе каленаго желѣза мы находимъ у *Lorrey*'я ¹⁾, слѣдовательно въ 30 годахъ.

Послѣ него оно нашло себѣ весьма обширное примѣненіе въ рукахъ *Jobert'a de Lamballe* ²⁾. Для прижиганія въ то время употребляли простые желѣзные стержни, сдѣланные на концѣ въ видѣ иглы, булавы, ножа и пр. и накаливаемые на обыкновенной жаровнѣ при помощи мѣховъ. Весьма немногіе только замѣняли каленое желѣзо какимъ-либо другимъ средствомъ. Напримѣръ, *Nelaton* ³⁾ предложилъ для прижиганія матки свѣтильный газъ, струя котораго помощью особеннаго прибора направлялась на больной органъ. *Aran* ⁴⁾ по предложенію *Bonafont'a* въ замѣну каленаго желѣза примѣнялъ особые цилиндры (палочки), состоящіе изъ угля, *gummi tragacanti* и селитры. Предъ употребленіемъ эти палочки предварительно зажигали и уже пламенемъ ихъ дѣйствовали на влагалищную часть. Еще большее распространеніе каленое желѣзо въ гинекологіи получило съ 1853 года, т. е. со времени введенія въ хирургію *Middeldorf*'омъ гальванокаустики. Первоначально гинекологи (*Morehal*, *Ellis* ⁵⁾ *Braun* ⁶⁾, *Furst* ⁷⁾ и др.) употребляли почти исключительно только гальванокаустическую петлю съ цѣлью ампутаціи влагалищной части. Затѣмъ, сгибая гальванокаустическія пластинки, получали родъ ножа и пользовались имъ для тѣхъ же цѣлей. Кромѣ того, для разрушенія тканей, пораженныхъ какимъ-либо новообразованіемъ (карциномой, саркомой, аденомой и пр.) служилъ фарфоровый прижигатель, въ видѣ булавы или палочки, обмотанной платиновой

¹⁾ Clinique chirurgicale. Paris. 1830 г.

²⁾ Plaies d'armes a feu. Paris. 1833 г.

³⁾ Горвицъ. Руководство къ патолог. и терап. женск. полов. сферы. 1874 г.

⁴⁾ Горвицъ. I. с.

⁵⁾ Presse medic. 1853 г.

⁶⁾ Zeitschrift der. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1864 г.

⁷⁾ Wiener medicinische Presse. 1886. VII.

проволокой. Последняя, раскаляясь до-красна, сильно нагревалась и самый фарфоровый наконечникъ. Наконецъ, въ 1876 г. *Raquelin*, накаливаніемъ платиновыхъ наконечниковъ парами бензина, сдѣлалъ еще болѣе удобнымъ способъ примѣненія каленаго желѣза. Предполагая устройство этого аппарата всѣмъ извѣстнымъ, я не буду останавливаться на подробномъ описаніи его.

Во всѣхъ упомянутыхъ видахъ каленое желѣзо, первоначально примѣнялось съ цѣлью поверхностнаго прижиганія патологически измѣненныхъ тканей или для остановки кровотеченій послѣ ампутацій влагалищной части ножемъ, ножницами, экразеромъ и пр. Затѣмъ, со времени введенія въ хирургию гальванокаустической петли, его стали примѣнять и для ампутацій влагалищной части, пораженной метритомъ или какимъ-либо новообразованіемъ. Но такое обширное примѣненіе каленаго желѣза мало-по-малу стало уступать мѣсто пластическимъ операціямъ въ этой области. Еще въ 1859 г. *Sims* ¹⁾ предложилъ накладывать швы послѣ ампутаціи влагалищной части ножемъ. Затѣмъ *Hegar* ²⁾ видоизмѣнилъ нѣсколько его способъ наложенія швовъ, предложивъ проводить ихъ глубоко подъ поверхностью раны, соединяя слизистую оболочку влагалища съ слизистой цервикальнаго канала. Такъ какъ при ампутаціи по способу *Hegar*'а получалось слишкомъ сильное напряженіе въ ранѣ, особенно при плотной и увеличенной въ объемъ влагалищной части, то было предложено нѣсколько новыхъ способовъ. *Simon* ³⁾ дѣлалъ воронкообразное вырѣзываніе (*kegelmantelformige*); *Kehrer* ⁴⁾—пирамидальное, *Fritsch* ⁵⁾—клиновидное. Всѣ—съ послѣдующимъ наложеніемъ швовъ. Со времени строгаго примѣненія принципа обеззараживанія въ хирургіи такія операціи стали давать очень хорошіе результаты.

¹⁾ Цитир. по *Ланку*. Частич. ампут. влагал. части при хронич. восп. матки. Диссертація. 1887.

²⁾ I. с.

³⁾ Arch. f. Gyn. Bd. VIII.

⁴⁾ Arch. f. Gyn. X.

⁵⁾ Цитир. по *Ланку*. I. с.

Благодаря этому, районъ примѣненія каленаго желѣза значительно сѣзился, такъ что на долю этого средства въ гинекологіи остались только случаи поверхностныхъ прижиганій различныхъ новообразованій или черезчуръ сильно разросшихся грануляцій при неудачномъ заживленіи ампутированной ножемъ влагалищной части. Наблюденія, сдѣланныя мною въ здѣшней акушерско-гинекологической клиникѣ на 118 случаяхъ, однако показали, что въ настоящее время районъ примѣненія каленаго желѣза можетъ быть опять значительно расширенъ. Не смотря на то, что ампутація влагалищной части ножемъ и посейчасъ имѣетъ свой *raison d'être*, каленое желѣзо для тѣхъ-же цѣлей во многихъ случаяхъ можетъ быть употреблено съ одинаковымъ или даже съ большимъ успѣхомъ, чѣмъ хирургической ножъ. Кроме того, примѣненіе его, какъ увидимъ ниже, имѣетъ свои спеціальныя показанія, гдѣ оно является соперникомъ различныхъ другихъ средствъ. По мнѣнію *Горвица* ¹⁾, напри- мѣръ, каленое желѣзо составляетъ самое могущественное и ничѣмъ не замѣнимое каустическое средство. Главныя достоинства лѣченія каленымъ желѣзомъ слѣдующія:

1) Операция производится крайне просто и быстро, 2) безъ потери крови, 3) уходъ за больными въ послѣоперационномъ періодѣ значительно упрощается.

Теперь позволю себѣ обратить Ваше вниманіе на болѣе подробный разборъ только что указанныхъ мною достоинствъ этого способа. Самый способъ лѣченія каленымъ желѣзомъ крайне простъ, потому что кромѣ зеркалъ и самаго прижигающаго аппарата никакихъ инструментовъ не требуется. Слѣдовательно наборъ иглъ, иглодержателей, а вмѣстѣ съ тѣмъ и лишній помощникъ, завѣдующій этими инструментами, исключаются. Кроме того при прижиганіи эрозій или слизистой оболочки цервикальнаго канала можно въ крайнемъ случаѣ оперировать даже при помощи обыкновеннаго круглаго Фергюссоновскаго типа зеркала, не имѣя подъ руками ложкообразныхъ зеркалъ или достаточнаго числа помощниковъ. Самая техника

¹⁾ Руков. къ патол. и терап. женск. половой сферы. 138 стр. 1874 г.

чень не сложна. Она состоитъ только въ томъ, чтобы по извѣстному направленію отрѣзать раскаленнымъ наконечникомъ какой-либо участокъ ткани. Быстрота операціи обусловливается, главнымъ образомъ, тѣмъ, что мы здѣсь не заботимся ни объ обстановкѣ кровотеченія, такъ какъ его совсѣмъ не бываетъ, ни объ наложеніи швовъ, ни о прилаживаніи краевъ раны, ибо прижатая поверхность впослѣдствіи сморщивается и покрывается эпителиемъ. Благодаря этимъ же условіямъ, можно удалять гораздо большіе участки ткани, гдѣ это требуется, чѣмъ при какой-либо пластической операціи. Что касается кровотеченія, то его обыкновенно совсѣмъ не бываетъ. Операціи каленымъ желѣзомъ можно дѣлать буквально безъ потери капли крови. Исключеніями могутъ быть развѣ только тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ требуется сдѣлать очень высокую ампутацію влагалищной части, причемъ можно встрѣтиться въ разрѣзѣ *cum art. uterina*. Но такое кровотеченіе быстро останавливается захватываніемъ кровоточащаго мѣста пинцетомъ и затѣмъ наложеніемъ лигатуры *en masse*. Во всѣхъ другихъ случаяхъ кровотеченіе останавливается отъ повторнаго прижиганія аппаратомъ *Paquelin'a*. Уходъ за больными въ послѣопераціонномъ періодѣ тоже крайне упрощается, главнымъ образомъ благодаря тому, что больную не приходится тревожить для снятія швовъ, что бываетъ необходимо дѣлать иногда по нѣскольку разъ при пластическихъ операціяхъ. Больная можетъ оставаться въ постели съ марлевымъ тампономъ во влагалищѣ до тѣхъ поръ, пока не начнется отпаденіе струпа и появленіе грануляцій, т. е. до 5—7 дней. Послѣ чего вынимается марля и назначаются дезинфицирующія спринцеванія 2 раза въ день. Съ этого же времени больной обыкновенно позволено сидѣть, а день на 10—12 и ходить. Кромѣ того, нельзя не упомянуть еще объ одномъ достоинствѣ каленаго желѣза—это о его обеззараживающемъ дѣйствиіи, благодаря высокой температурѣ. Зародыши микробовъ, по мнѣнію *Гютера* ¹⁾ сгораютъ и

¹⁾ Общая и частная хирургія. Перев. проф. Левшина, стр. 383. 1882 г.

обуглившіяся ткани до того бѣдны водой, бѣлковыя свертки до того плотны, что о новомъ поселеніи микробовъ не можетъ быть и рѣчи. Благодаря этому свойству каленое желѣзо служить лучшимъ обеззараживающимъ средствомъ распадающихся (изъявленныхъ) карциномъ. Въ здѣшней акушерско-гинекологической клиникѣ очень часто практикуется такой способъ обеззараживанія изъявленныхъ карциномъ наканунѣ операций полного удаленія матки черезъ влагалище. Такимъ же путемъ обеззараживается слизистая оболочка трубъ при *salpingotomi*'и и слизистая оболочка цервикальнаго канала при надвлагалищныхъ ампутаціяхъ. Посмотримъ теперь, насколько обширенъ районъ примѣненія каленаго желѣза при заболѣваніяхъ въ женской половой сферѣ. Чаще всего показаніемъ къ примѣненію его служатъ: эрозія и хроническое воспаленіе перенхимы матки (чаще съ разрывомъ наружнаго зѣва), затѣмъ хроническое воспаленіе слизистой оболочки цервикальнаго канала, хроническое воспаленіе слизистой оболочки матки, новообразованія ея, увеличеніе влагалищныхъ и надвлагалищныхъ частей, *colpitis granulosa*, папилломы наружныхъ половыхъ частей и промежности и пр. Кромѣ того каленое желѣзо примѣняется: для прижиганія слизистой оболочки трубъ при сальпинготоміяхъ, слизистой оболочки цервикальнаго канала при суправагинальныхъ ампутаціяхъ, для прижиганія культи ножки слизистыхъ и фиброзныхъ полиповъ въ цервикальномъ каналѣ и въ уретрѣ; для прижиганія раненой поверхности послѣ дисцизии цервикальнаго канала; послѣ вылушенія влагалищныхъ кистъ; послѣ удаленія кусковъ изъ влагалищной части (для микроскопическаго изслѣдованія); для прижиганія мочеполовыхъ фистулъ небольшихъ размѣровъ; для прижиганія сильно разросшихся грануляцій послѣ различныхъ операций на влагалищной части или послѣ полного удаленія матки.

Изъ этого перечисленія показаній къ примѣненію каленаго желѣза можно видѣть, что способы употребленія его могутъ быть двоякаго рода: во 1-хъ въ видѣ прижиганія (поверхностнаго или глубокаго, смотря по случаю) и во 2-хъ въ видѣ

отжиганія, т. е. удаленія цѣлыхъ кусковъ патологически измѣненныхъ тканей. Въ первомъ случаѣ, слѣдовательно, каленое желѣзо замѣняетъ каустическія средства, дѣйствующія химически, а во второмъ—хирургическій ножъ. Совершенно особнякомъ стоитъ еще одинъ способъ употребленія его, правда не пользующійся еще пока большимъ распространеніемъ въ гинекологіи—это *иглипунктура*, предложенная въ 1875 г. проф. *Courty* ¹⁾ на сѣздѣ въ *Clermont Ferrand* для лѣченія хроническаго метрита.

Техника примѣненія каленаго желѣза состоитъ въ слѣдующемъ. Влагалище обыкновенно раскрывается ложкообразными зеркалами *Sims'* при чемъ, кромѣ передняго и задняго подъемниковъ, здѣсь необходимы бываютъ всегда еще и боковые, съ цѣлью болѣе тщательной защиты стѣнокъ влагалища и наружныхъ половыхъ частей отъ дѣйствія лучистой теплоты и отъ случайныхъ прикосновеній раскаленнымъ наконечникомъ при введеніи и выведеніи его изъ влагалища. Съ этою же цѣлью, кромѣ того, *introitus vaginae* обкладывается мокрой ватой, обыкновенно смоченной въ растворѣ сулемы. Послѣ введенія зеркалъ дѣлается тщательная дезинфекція всей слизистой оболочки влагалища и влагалищной части ватой, смоченной крѣпкимъ растворомъ сулемы (1 : 1000). Затѣмъ влагалищная часть захватывается пулевыми или Мюзеевскими щипцами, и слизистая оболочка цервикальнаго канала дезинфицируется такимъ же растворомъ при помощи ваты, вводимой туда на узенькомъ пинцетѣ или на особо устроенной для этой цѣли палочкѣ. Съ цѣлью охлажденія зеркалъ и прижигаемыхъ тканей, во время самой операціи производится отъ времени до времени поливка во влагалище холоднымъ растворомъ какой-либо дезинфицирующей жидкости прямо изъ резиноваго рукава кружки *Эсмарха* или, если ея нѣтъ подъ руками, то изъ обыкновеннаго чайника или кувшина. Кромѣ того, выжиганіе

¹⁾ Цитир. по *Славянскому*. Частная патологія и терапія женск. болѣзней. 1888 г. 454 стр.

простыхъ эрозій можно дѣлать при помощи обыкновенныхъ круглыхъ стеклянныхъ, деревянныхъ или металлическихъ зеркаль Фергюссоновскаго типа, фиксируя въ нихъ влагалищную часть тоже пулевыми щипцами. Чтобы избѣжать сильнаго накаливанія такихъ зеркаль, надо только по возможности быстрѣй прикладывать и удалять раскаленный наконечникъ. Процедура эта, по описанію *Горвица* ¹⁾, производится обыкновенно такъ быстро, что нечего бояться, чтобы металлическое зеркало слишкомъ нагрѣлось или же чтобы стеклянное зеркало могло треснуть.

Въ виду того, что влагалищная часть вообще мало чувствительна, наркозъ при этомъ способѣ лѣченія является не всегда необходимымъ.

Разсмотримъ теперь болѣе подробно технику примѣненія каленаго желѣза при различныхъ формахъ заболѣванія въ половой сферѣ женщинъ.

Прижиганіе слизистой оболочки цервикальнаго канала по поводу эндометрита производится при помощи иглообразнаго наконечника. Чтобы достигнуть прижиганія болѣе глубокихъ частей цервикальнаго канала всегда должно предварительно удалять изъ него всю слизь просто механически или растворяя ее въ какихъ-либо щелочахъ. Всего лучше брать для этого насыщенный растворъ соды. Чтобы избѣжать охлажденія наконечника при глубокихъ прижиганіяхъ цервикальнаго канала, надо здѣсь обращать особенное вниманіе на то, чтобы наконечникъ не оставался подолгу въ цервикальномъ каналѣ. Введеніе и выведеніе его должно дѣлать возможно быстрѣй, нанося имъ какъ бы уколы въ глубину цервикальнаго канала. *Spiegelberg* ²⁾ предлагаетъ каленое желѣзо для лѣченія слизистой оболочки цервикальнаго канала въ формѣ гальванокаустическаго фарфороваго прижигателя, который вводится холоднымъ и, находясь уже въ полости матки, раскаляется на короткое время гальваническимъ токомъ.

¹⁾ l. с. 139 стр.

²⁾ Monats. f. Geburtsh. Bd. 34, p. 393.

Ампутація влагалищной части каленымъ желѣзомъ дѣлается двоякимъ способомъ: во 1-хъ или отрѣзывается часть маточной шейки перпендикулярно къ ея оси или, во 2-хъ, вырѣзывается конусъ, у котораго вершина обращена къ внутреннему зѣву, а основаніе находится у мѣста прикрѣпленія сводовъ. При чемъ въ обоихъ случаяхъ удаляемые куски влагалищной части могутъ быть произвольной (большой или малой) величины. Послѣ раскрытія влагалища ложкообразными зеркалами, влагалищная часть захватывается Мюзеевскими щипцами сразу за переднюю и заднюю губы и низводится, на-

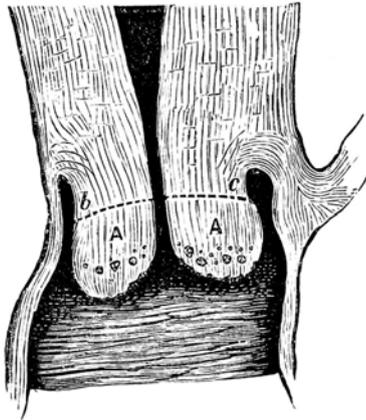


Рис. 1.

сколько возможно, *ad introitum vaginae*. Затѣмъ, раскаленнымъ, лучше изогнутымъ, наконечникомъ проводится циркулярная линія по всей периферіи влагалищной части близъ прикрѣпленія къ ней сводовъ или отступя отъ нихъ болѣе или менѣе книзу, смотря потому, какой величины кусокъ влагалищной части требуется удалить. Дѣлая раскаленнымъ наконечникомъ по намѣченной такимъ образомъ линіи пилообразныя движенія или просто уколы, ампутируемъ наконѣцъ всю влагалищную часть. На рис. 1 изображенъ такой способъ ампутаціи, гдѣ буква А—обозначаетъ кусокъ, подлежащій удаленію, а линія *bc*—направленіе разрѣза. Вслѣдствіе постояннаго потягиванія

пулевыми или Мюзеевскими щипцами за ампутируемую часть прижатая поверхность разрѣза по окончаніи операціи получается нѣсколько вогнутой. Такой способъ ампутаціи показанъ при гипертрофіи влагалищной части, при хроническомъ воспаленіи только ея или самой матки, при разрывахъ влагалищной части съ выворотомъ губъ, при карциномахъ и другихъ новообразованіяхъ ея. Гораздо чаще, однако, употребляется второй способъ ампутаціи—это вырѣзыванія конусообразнаго куска или, такъ называемая, коническая эксцизія влагалищной части. При этомъ въ случаяхъ, гдѣ требуется удалить небольшой кусокъ ткани, напримѣръ, при glandular'ныхъ эрозіяхъ, тамъ влагалищная часть для фиксаціи захватывается пулевыми щипцами выше того участка, который долженъ быть удаленъ, такъ какъ этотъ послѣдній иногда бываетъ настолько тонокъ, что его трудно захватить щипцами. Всего удобнѣе его удерживать широкимъ крючковатымъ пинцетомъ. Здѣсь также, какъ и въ первомъ случаѣ операція начинается съ того, что раскаленнымъ наконечникомъ проводится циркулярная линія на границѣ между эрозированной поверхностью и нормальной слизистой оболочкой влагалищной части. При дальнѣйшихъ манипуляціяхъ прямымъ наконечникомъ, этотъ послѣдній должно держать подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ къ наружной поверхности влагалищной части, благодаря чему разрѣзъ въ области цервикальнаго канала приходится гораздо выше наружнаго разрѣза и получается воронкообразная раненая поверхность, между тѣмъ какъ удаленный кусокъ является въ видѣ лоскута болѣе или менѣе равномерной толщины. Такой способъ отжиганія изображенъ на рис. 2. Буква *A* обозначаетъ кусокъ, подлежащій удаленію, а линія *bc* направленіе разрѣза.—Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется удалить большой участокъ ткани, тамъ влагалищная часть захватывается Мюзеевскими щипцами въ области наружнаго зѣва и первоначальный разрѣзъ дѣлается гораздо выше, приблизительно на мѣстѣ прикрѣпленія сводсвъ. Вытягивая влагалищную часть щипцами и направляя раскаленный наконечникъ въ толщу влага-

лицной части такъ же, какъ и въ первомъ случаѣ подѣ болѣе или менѣе острымъ угломъ къ ея наружной поверхности, можно отрѣзать шейку матки на любой высотѣ. Вслѣдствіи такихъ манипуляцій рана получается въ видѣ болѣе или менѣе глубокой воронки съ вершиной обращенной къ внутреннему зѣву. Края же ея находятся на мѣстѣ прикрѣпленія сводовъ. На рис. 3 буква *A* обозначаетъ кусокъ, подлежащій удаленію, линія *bcd*—направленіе разрѣза. Такъ какъ при этомъ способѣ можно удалять не только всю шейку, но даже и часть тѣла

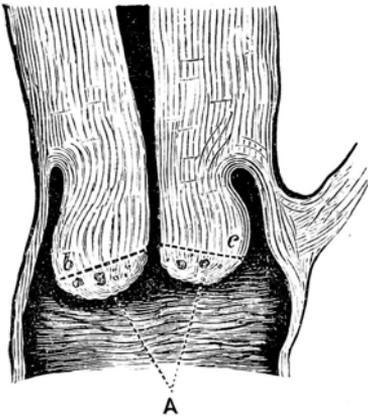


Рис. 2.

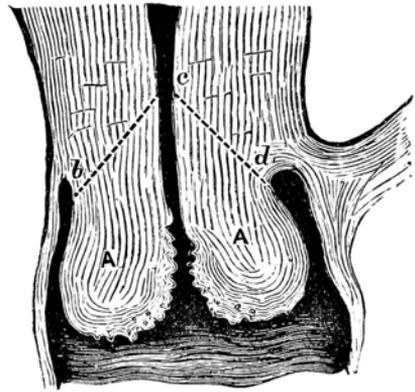


Рис. 3.

матки, не заботясь ни объ остановкѣ кровотеченія во время самой операціи, ни о послѣдующей пластикѣ, то показаніями здѣсь могутъ служить, кромѣ воспалительныхъ процессовъ, и различныя новообразованія, пропитывающія влагалщичную часть. Въ этомъ отношеніи упомянутый способъ, безъ сомнѣнія, заслуживаетъ предпочтенія передъ ампутаціей ножомъ.

Что касается прочихъ случаевъ примѣненія каленаго жѣлѣза, то нужно замѣтить, то въ нихъ техника употребленія его крайне проста: тамъ требуется только или выжиганіе какихъ либо патологическихъ образованій, напр. *papillom*'ъ, *granulom*'ъ; или поверхностное прижиганіе, какъ напр. прижиганіе раненыхъ поверхностей при дисцизіяхъ, прижиганіе слизистой оболочки

трубъ, полости матки при лапаротоміяхъ, прижиганіе краевъ фистулъ и пр. Примѣненіе каленаго желѣза въ видѣ *игнипунктуры* до сихъ поръ не пользуется еще большимъ распространеніемъ. Операция заключается въ слѣдующемъ: раскаленную иглоу аппарата *Raquelin'a* дѣлается нѣсколько уколовъ (отъ 3 до 8), проникающихъ въ ткань влагал. части на глубину отъ 0.5 до 3.0 см. ¹⁾ оставляя иглу въ тканяхъ, по совѣту *A. Duke* ²⁾ на нѣсколько секундъ. Черезъ нѣсколько дней игнипунктура снова повторяется. И такъ отъ 2—3 до 6—10 разъ. Операция эта производится преимущественно при хроническомъ воспаленіи шейки или тѣла матки.

Послѣдующее лѣченіе послѣ всякихъ манипуляцій каленымъ желѣзомъ на влагал. части заключается въ слѣдующемъ: во влагалище всегда закладывается іодоформенная марля, при чемъ въ случаяхъ прижиганія цервикальнаго канала или разрѣзовъ послѣ дисцизій она въ первомъ случаѣ закладывается въ самый каналъ, а во второмъ между прожженными поверхностями съ цѣлью разъединенія ихъ и предохраненія отъ послѣдующихъ сращеній. Въмѣсто іодоформенной марли профес. *Славянскій* ³⁾ рекомендуетъ вводить во влагалище тампонъ, слегка смоченный въ глицеринѣ. Марля оставляется во влагалищѣ обыкновенно дней на 7—8, послѣ чего больной назначаются ежедневно по два раза (утромъ и вечеромъ) дезинфецирующія влагалищныя спринцеванія, чаще всего изъ сулемы ($\frac{1}{200}$ %) и буры (2%). Первые 3—4 дня больныя лежатъ. Затѣмъ имъ позволяютъ сидѣть, а день на 8—10 ходить. При глубокой же конической эксцизии влагал. части, гдѣ въ разрѣзѣ иногда попадаютъ довольно крупныя сосуды, ходитъ больнымъ разрѣшается нѣсколько позднѣй (на 12—14 день) въ виду болѣе прочнаго образованія тромбовъ. Въ случаяхъ появленія боли внизу живота, на эту область кладется пузырь со льдомъ. *Горвицъ* ⁴⁾ послѣ прижиганія ка-

¹⁾ *Славянскій*. 1. с. 455 стр.

²⁾ *The British Medical journal*. 1890 г. 1065 стр. Рефератъ. Медицинское Обозрѣніе. 1891 г. № 1.

³⁾ 1. с. 453 стр.

⁴⁾ 1. с. 141 стр.

леннымъ желѣзомъ назначалъ абсолютный покой, холодные компрессы на низъ живота и 2—3 холодныхъ душа въ теченіе дня. Первые 3—4 дня, пока больная лежитъ, назначается преимущественно жидкая пища, а потомъ обыкновенная.

Что касается какихъ-либо осложненій въ прямой зависимости отъ каленаго желѣза, то, по нашимъ наблюденіямъ, ихъ почти не бываетъ, исключая развѣ послѣдующаго заращенія зѣва, что мы встрѣтили въ одномъ только случаѣ послѣ ампутаціи влагал. части. Это заращеніе было замѣчено уже во время родоваго акта—въ періодѣ раскрытія. Зѣвъ, почти вполне раскрытый, представлялся затянутымъ тонкой пленкой, которая легко была прорвана зондомъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи роды прошли вполне нормально. Такого рода осложненіе произошло, по всей вѣроятности, отъ недосмотра въ послѣопераціонномъ періодѣ. При выпискѣ больныхъ послѣ такихъ операцій всегда должно быть сдѣлано изслѣдованіе при помощи зеркалъ и зонда, чтобы убѣдиться, проходимъ ли цервикальный каналъ и нѣтъ ли черезчуръ обильно разросшихся грануляцій. *Meisner* ¹⁾ и нѣкоторые другіе утверждали, что употребленіе каленаго желѣза бываетъ сопряжено съ значительными опасностями, а именно оно будто бы вызываетъ сильное воспаленіе въ прижигаемомъ органѣ, брюшинѣ, прямой кишкѣ и даже въ мочевыхъ органахъ. *Горвицъ* ²⁾ однако приписываетъ такіа осложненія только исключительнымъ условіямъ, такъ какъ онъ, часто прибѣгая къ каленому желѣзу, не видѣлъ положительно ни одного случая, въ которомъ каленое желѣзо сдѣлалось бы причиной одного изъ упомянутыхъ неблагоприятныхъ осложненій. Въ подтвержденіе этого онъ указываетъ на сотни случаевъ *Lorrey*'я, *Jobert*'а и др., гдѣ также не было никакихъ осложненій.

Что касается результатовъ примѣненія каленаго желѣза, то они не заставляютъ желать ничего лучшаго, развѣ строго установлены тѣ показанія, о которыхъ было упомянуто выше. Во всѣхъ случаяхъ прижиганія каленымъ желѣзомъ влагал. части,

¹⁾ *Горвицъ* I. с. 139 стр.

²⁾ I. с. 139 стр.

послѣдующее заживленіе происходитъ путемъ сморщиванія раненой поверхности и покрытія ея плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ съ периферіи раны. Для микроскопическаго изслѣдованія мы брали случаи виолнѣ зажившихъ эрозій и ампутированныхъ влагал. частей; соскабливали въ нѣсколькихъ мѣстахъ слизистую оболочку въ области наружнаго зѣва и затѣмъ разсматривали соскобленные эпителиальные клѣтки въ глицеринѣ подъ микроскопомъ. Хотя разращеніе эпителия при такомъ способѣ оперированія возможно и съ двухъ сторонъ: во 1-хъ, съ периферіи, т. е. съ наружной поверхности влагал. части и во 2-хъ со стороны цервикальнаго канала; однако же микроскопическое изслѣдованіе показало, что разращеніе плоскаго эпителия идетъ несравненно быстрѣй, такъ что въ концѣ концовъ раненая поверхность представляется покрытой исключительно однимъ только плоскимъ эпителиемъ, что, какъ увидимъ ниже, имѣетъ громадное значеніе въ смыслѣ защиты такой поверхности отъ какого бы то ни было раздраженія. Для заживленія обыкновенной эрозіи всегда достаточно бываетъ однократнаго выжиганія или даже поверхностнаго прижиганія ея каленымъ желѣзомъ. Изъ нашихъ наблюденій мы можемъ указать на 4 случая, гдѣ примѣнялись по нѣскольку разъ другія прижигающія средства: *ac. pyrolignosum*, *arg. nitricum*, *t-ra jodi* и пр., но безуспѣшно; между тѣмъ какъ однократнаго прижиганія каленымъ желѣзомъ было достаточно для полнаго заживленія ихъ. Струпъ послѣ такого прижиганія начинаетъ отпадать съ периферіи день на 6—8-й, смотря по тому на сколько глубоко было сдѣлано это прижиганіе. Одновременно съ этимъ съ периферіи же начинаютъ появляться грануляціи, а нѣсколько позднѣй койма плоскаго эпителия. На 8—10 день струпъ совсѣмъ отпадаетъ и черезъ 2—3 недѣли приженная поверхность сплошь покрывается плоскимъ эпителиемъ и зѣвъ представляется совершенно нормальнымъ.

Что касается рецидивовъ, т. е. появленія снова эрозій на томъ же самомъ мѣстѣ, то наши наблюденія показали, что новый эпителий, появившійся послѣ прижиганія аппаратомъ *Raqueletin*'а, весьма упорно противустоитъ всякимъ механическимъ

вліяніемъ. Причина такихъ стойкихъ результатовъ, намъ кажется, заключается какъ разъ въ томъ, что послѣ такого прижиганія получается такая же поверхность, какую мы встрѣчаемъ на влагал. части и стѣнкахъ самого влагалища, слѣдовательно однородная по строенію съ окружающими тканями, а потому отъ прикосновенія съ ними не измѣняющаяся и кромѣ того, подходя до извѣстной степени по своему строенію къ каждому покрову, такая поверхность труднѣе поддается вообще вліянію какихъ бы то ни было механическихъ инсультовъ.

Нѣсколько медленнѣе идетъ заживленіе послѣ ампутацій или коническихъ эксцизій влагал. части. Хотя отпаденіе струпа по периферіи и появленіе грануляцій здѣсь происходитъ тоже приблизительно на 6—8-й день, но за то струпъ въ центрѣ держится значительно дольше. Окончательное отпаденіе его происходитъ только на 15—17 день. Полное же заживленіе получается черезъ 3—4 недѣли. Влагал. часть тогда представляется болѣе или менѣе укороченной, смотря по величинѣ удаленнаго куска, покрытой многослойнымъ эпителиемъ, въ области зѣва гладкой, по сравненію американскихъ гинекологовъ, похожею на биллиардный шаръ. Зѣвъ въ видѣ круглаго или овальнаго отверстія, въ большинствѣ случаевъ, безъ всякихъ слѣдовъ бывшей операціи. При высокой конической эксцизии въ сводахъ, на мѣстѣ влагал. части, иногда не остается никакихъ слѣдовъ этой послѣдней—видно только отверстіе, ведущее въ цервикальный каналъ.

Конечный результатъ, какъ обыкновенной ампутаціи, такъ и конической эксцизии каленымъ желѣзомъ при хроническомъ воспаленіи матки, само собой разумѣется, долженъ быть тотъ же, что и при ампутаціи влагал. части ножомъ, т. е. удаленіемъ извѣстнаго только участка или всей влагал. части мы создаемъ условія, благопріятствующія для дальнѣйшаго уменьшенія матки. Вопросъ о томъ, вслѣдствіе какихъ ближайшихъ причинъ происходитъ это уменьшеніе, остается однако до сихъ поръ открытымъ. Прежніе авторы, напр. *Hyguier* и *Spiegelberg* ¹⁾, умень-

¹⁾ Archiv f. Gynaekol. Bd. 5.

шение органа послѣ ампутацій приписывали воспаленію и нагноенію, а также сокращенію, производимому рубцомъ. *Olshausen* объясняетъ уменьшеніе матки послѣдовательнымъ покоемъ и осторожнымъ образомъ жизни. *C. Braun, Wide, Martin, Winkel, Schröder, Ланинъ* ¹⁾ и др. — жировымъ метаморфозомъ гипертрофированной соединительной ткани, напоминающимъ собой обратное развитіе матки послѣ родовъ. Професоръ *Славянский* для объясненія уменьшенія матки при этой операціи, съ одной стороны, указываетъ на перерѣзку многихъ сосудовъ, образованіе тромбовъ въ извѣстномъ участкѣ и измѣненіе въ силу этого условій кровообращенія въ маткѣ; съ другой стороны, онъ допускаетъ вліяніе на уменьшеніе матки самой операціи, сопряженной съ потерей крови, и послѣдовательнаго долгаго пребыванія въ постели.

Какъ бы то ни было, но фактъ постепеннаго уменьшенія матки въ объемѣ послѣ ампутаціи ея шейки въ настоящее время не подлежитъ сомнѣнію. Это подтверждается клиническими наблюденіями цѣлаго ряда авторовъ, какъ прежнихъ, такъ и современныхъ. Еще въ 1864 г. *C. Braun* предложилъ лѣчить хроническій метритъ ампутаціей шейки матки и наблюдалъ на своихъ больныхъ уменьшеніе матки въ длину послѣ такой операціи. Такіе же результаты получили послѣ этой операціи *Spiegelberg, Olshausen, Leopold, Kehrer, A. Martin, Schröder, Fritsch, Müller* и пр. Изъ русскихъ авторовъ профес. *Славянский, Ястребовъ, д-ра Соловьевъ, Холмогоровъ, Ланинъ* ²⁾ и пр. Одновременно съ уменьшеніемъ матки послѣ такой операціи, по наблюденіямъ *Ланина*, наступаютъ и другія благоприятныя явленія: регулы принимаютъ правильный типъ, количество отдѣляемой крови уменьшается, дисменоррея и метроррагія исчезаютъ, истеченіе изъ родовыхъ путей прекращается, мочеиспусканіе становится правильнымъ, отчасти улучшается также и состояніе кишечника. Кромѣ того, больныя перестаютъ чувствовать тяжесть внизу живота, боли въ тазу и

¹⁾ 1. с.

²⁾ 1. с.

пояснищѣ прекращаются. Цѣрвныя явленія во время регуль, какъ-то сильныя головныя боли, сердцебіеніе и пр., исчезаютъ. Операція, говоритъ упомянутый авторъ, дѣйствуетъ также благотворно и на слизистую оболочку цервикальнаго канала и полости матки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выскабливаніе ея передъ операціей не дѣлалось.

Послѣ прижиганія раненыхъ поверхностей при дисцизіи цервикальнаго канала отдѣленіе струпа съ периферіи бываетъ замѣтно на 7—8 день, а на 9—10 день рана гранулируетъ и съ периферіи замѣтно уже появленіе эпителія. Зѣвъ въ это время представляется въ видѣ продольной щели, идущей отъ задняго свода до передней губы. Края разрѣза сильно расходятся снаружи, а прижженная гранулирующая поверхность нѣсколько эктропирована. Недѣли черезъ три наступаетъ полное заживленіе, при чемъ влагал. часть бываетъ обращена обыкновенно кзади, вѣроятно вслѣдствіи рубцовога сморщиванія въ ея задней стѣнкѣ. Зѣвъ остается въ видѣ продольной щели; прижженная поверхность значительно уменьшается (сморщивается) и покрывается плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ; эктропіонъ совсѣмъ уничтожается.

Кромѣ этихъ случаевъ, гдѣ наибѣе примѣняется каленое желѣзо, остается еще упомянуть о другихъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ примѣненія его, дающихъ также хорошіе результаты. Напримѣръ выжиганіе сосочковъ слизистой оболочки влагалища при *colpitis granul.* даетъ сразу прекрасные результаты: изъ наблюдаемыхъ нами трехъ случаевъ всѣ больныя черезъ нѣсколько дней выписались безъ всякихъ признаковъ кольпита. Выжиганіе папилломъ въ области *regine* было сдѣлано 2 раза съ такимъ же успѣхомъ. Что касается результатовъ примѣненія каленаго желѣза для прижиганія слизистой оболочки цервикальнаго канала при суправагинальной ампутаціи и слизистой оболочки Фаллопиевыхъ трубъ при сальпинготоміи, гдѣ каленое желѣзо употребляется, какъ дезинфицирующее средство, то практика показала, что это послѣднее его свойство стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія. Относительно употребленія каленаго желѣза

въ видѣ игнипунктуры пока еще трудно сказать что-либо определенное, такъ какъ этотъ способъ до сихъ поръ еще не пользуется большимъ распространеніемъ. Хотя въ рукахъ нѣкоторыхъ хирурговъ онъ и давалъ удовлетворительные результаты; напримѣръ, *Alexander Duke* ¹⁾ съ успѣхомъ примѣнялъ его при гипертрофїи и разрывахъ маточной шейки, но въ виду того, что показаніемъ къ этой операціи служить главнымъ образомъ увеличеніе влагалищной части или всей матки, вслѣдствіе хроническаго метрита, то мы вполне присоединяемъ къ мнѣнію проф. *Славянскаго* ²⁾, который говоритъ, что при такихъ показаніяхъ лучше предпочесть ампутацію влагалищной части каленымъ желѣзомъ или ножомъ, какъ методъ болѣе точный и дающій желанные результаты въ гораздо болѣе короткій срокъ, чѣмъ повторныя игнипунктуры.

Послѣ всего сказаннаго я позволяю себѣ, мм. гг., высказать надежду, что каленое желѣзо опять можно поставить, какъ то было и раньше, въ рядъ наиболѣе употребительныхъ и полезныхъ средствъ при лѣченіи различныхъ заболѣваній въ женской половой сферѣ. Въ особенности, мнѣ кажется, это средство должно оказать большую услугу врачамъ, практикующимъ въ земствахъ, гдѣ часто бываетъ большой недостатокъ, какъ въ инструментахъ, такъ и въ помощникахъ. Быть можетъ, этими недостатками, главнымъ образомъ, и обусловливается то обстоятельство, что, вообще, лѣченіе женскихъ болѣзней, насколько я могъ подмѣтить, составляетъ значительный пробѣлъ въ земской медицинѣ. Само собой понятно, что при этомъ должны быть исключены губернскія земскія больницы, состоящія совершенно при иныхъ условіяхъ. Въдѣ лѣченіе женскихъ болѣзней, въ силу чисто соціальныхъ условій, можетъ имѣть успѣхъ только въ больницахъ, т. е. стаціонерно. Но для обыкновеннаго лѣченія—не хирургическаго въ большинствѣ случаевъ—требуется слишкомъ много времени, что всегда за-

¹⁾ 1. с.

²⁾ 1. с. стр. 455.

трудняетъ крестьянокъ, обремененныхъ семействомъ и домашними работами. При хирургическомъ же лѣченіи, хотя выздоровленіе идетъ и гораздо быстрѣй, но, какъ было уже упомянуто, недостатокъ въ инструментахъ, въ помощникахъ, въ нисшемъ служащемъ персоналѣ для послѣдующаго ухода за больными и пр.—все это служить серьезнымъ препятствіемъ для такого метода лѣченія. Мнѣ кажется, рекомендуемый мною методъ лѣченія—каленнымъ желѣзомъ, можетъ во многихъ случаяхъ выручить врача, находящагося и при такихъ плохихъ условіяхъ. Имѣя въ рукахъ только аппаратъ *Paquelin's* и ложкообразныя зеркала, можно достигнуть радикальнаго излѣченія эрозій, эндометрита, метрита и даже нѣкоторыхъ новообразованій. Особеннаго вниманія заслуживаетъ карциноматозное пораженіе матки. Не подлежитъ сомнѣнію, что во-время примѣненная ампутація влагалищной части при пораженіи карциноматознымъ процессомъ только этой послѣдней, можетъ быть рассматриваема, какъ радикальная операція. Наблюденія нѣкоторыхъ авторовъ надъ больными, свободными отъ рецидива черезъ 10—20 лѣтъ послѣ ампутаціи влагалищной части, пораженной карциномой, несомнѣнно указываютъ намъ уже на полное излѣченіе рака. Достаточно, напримѣръ, указать на случай *Simpson's*¹⁾, гдѣ больная свободная отъ рецидива черезъ 15 лѣтъ послѣ ампутаціи влагалищной части ножемъ. Діагнозъ ампутированной опухоли былъ поставленъ извѣстнымъ единбургскимъ патолого-анатомомъ *Goodsir*омъ.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ *C. Braun's*²⁾ больная послѣ ампутаціи раковоперерожденной влагалищной части гальванокаустической петлей были здоровы черезъ 8, 12, 19^{1/2} лѣтъ; у *Гроневальда*³⁾ больная, послѣ ампутаціи влагалищной части также гальванокаустической петлей, черезъ 5 лѣтъ была безъ рецидива. Изъ наблюдаемыхъ мною случаевъ примѣненія каленаго желѣза въ здѣшней акушерско-гинекологической кли-

¹⁾ Цитир. по *Славянскому* I. с., стр. 676.

²⁾ *Ibidem*.

³⁾ *Ibidem*.

никъ, въ одномъ случаѣ, оперированномъ глубокоуважаемымъ проф. *Н. Н. Феноменовымъ*, больная послѣ ампутаціи влагалищной части аппаратомъ *Raquelin'a*, свободна отъ рецидива уже болѣе года. Имѣя въ виду, однако, и такіе хорошіе результаты при ампутаціи влагалищной части, я въ то же время далекъ отъ мысли, чтобы эта операція могла замѣнить экстирпацію матки. Гдѣ есть возможность произвести эту операцію, тамъ только она и должна быть примѣняема, хотя бы карциноматозный инфильтратъ былъ только на одной влагалищной части. Но для большинства земскихъ врачей убогая обстановка больницъ не позволяетъ производства такой серьезной операціи. Это съ одной стороны, а съ другой бываютъ такіе случаи, гдѣ трудно или совсѣмъ невозможно сдѣлать полное удаленіе матки вслѣдствіе того, что карциноматозный или воспалительный инфильтраты, распространившись на параметрій, дѣлаютъ матку абсолютно неподвижной. Не пользуясь въ этихъ случаяхъ каленымъ желѣзомъ, врачи принуждены оставлять такихъ больныхъ на произволъ судьбы, такъ какъ эти послѣднія въ началѣ заболѣванія, когда только и имѣетъ успѣхъ оперативное пособіе, неохотно соглашаются ѣхать для лѣченія куда-либо въ другой пунктъ и только уже тогда, когда карциноматозный процессъ распространится чуть не на всю половую сферу съ образованіемъ vesico-et rectovaginal'ныхъ фистулъ, при общемъ истощеніи организма, онѣ обращаются за помощію въ большія губернскія больницы или клиники. Понятно, при такихъ условіяхъ всякое хирургическое лѣченіе будетъ бесполезно.

Такая грустная картина заставляетъ меня еще болѣе настойчиво рекомендовать примѣненіе каленаго желѣза, посредствомъ котораго, повторяю, возможно излѣченіе многихъ заболѣваній въ половой сферѣ женщинъ и даже такихъ злокачественныхъ, какъ ракъ матки.