

II.

КЪ ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИИ КЪ ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ ПРИ РАКЪ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ МАТКИ.

Д-ръ М. М. Мироновъ.

(Чтано въ Харьковскомъ Медицинскомъ Обществѣ).

Вопросъ о радикальномъ лѣченіи рака матки вполне заслуженно обращаетъ на себя издавна особенное вниманіе гинекологовъ. Въ самомъ дѣлѣ, это заболѣваніе, считавшееся еще недавно неизлѣчимымъ, составляетъ около 3,5% всѣхъ заболѣваній женской половой сферы; такъ по статистикѣ *Петрова* (*В. Петровъ*. Къ вопросу о радикальномъ хирургическомъ леченіи рака матки. Дис. 1888 г.) для амбулаторіи с.-петербургской Маріинской больницы и клиники проф. *Лебедева*, обнимающей 5,040 гинекологическихъ больныхъ, ракъ матки встрѣчается въ количествѣ 3,5%. По статистикѣ проф. *Отта* (*Д. Оттъ*. Полное влагалищное вырѣзыванье матки и т. д. Врачъ. 1889 г. № 39 — 49) на 4228 ракъ матки составляетъ 3,7% всѣхъ гинекологическихъ больныхъ. По *Schröder*'у (*Шредеръ*. Руководство къ болѣзнямъ жен. пол. органовъ) на 16,800 больныхъ это заболѣваніе встрѣтилось въ 3,6%.

Такимъ образомъ около 3,5% всѣхъ гинекологическихъ больныхъ были обречены на вѣрную и мучительную смерть. Поэтому совершенно понятенъ тотъ интересъ, съ которымъ была встрѣчена операція удаленія всей пораженной ракомъ матки черезъ влагалище, предложенная въ 1878 году Гейдельбергскимъ профессоромъ *Uzerny*, такъ какъ казалось, что этимъ путемъ можно будетъ надежнѣе всего достигнуть радикальнаго излѣченія.

Операція эта явилась взамѣнъ предложенія *Freund*'а — удалять заболѣвшую матку *per laparotomiam*; но такъ какъ на практикѣ это оказалось сопряжено съ значительными техническими

трудностями и, кромѣ того, получалась ужасающая смертность въ 72,0%, то операція эта и была оставлена. Самая же мысль удалять матку черезъ влагалище принадлежитъ *Sauter*'у, который впервые осуществилъ ее на практикѣ въ 1822 году. Затѣмъ операція эта была повторена въ 1829 году *Recamier* и позже еще нѣкоторыми операторами, хотя вплоть до предложенія *Czerny* не болѣе 20—25 разъ.

Первую свою влагалищную экстирпацию *Czerny* произвелъ въ августѣ 1878 года. Вслѣдъ затѣмъ въ концѣ 1879 года началъ производить ее *Billroth*; потомъ съ 1880 года *Schröder* и *Martin*, далѣе *Fritsch*, *Leopold*, *Olshausen* и т. д. Словомъ съ начала 80 годовъ эта операція получила уже всеобщее распространеніе, и въ настоящее время техника ея на столько разработана и упрощена цѣлымъ рядомъ гинекологовъ, что она можетъ считаться операціей сравнительно нетрудной и безопасной для жизни, дающей у лучшихъ операторовъ около 6% — 7% смертности, причемъ нерѣдко десятки операцій подрядъ проходятъ безъ единой смерти.

Нѣсколько раньше тотальной экстирпаціи, а именно съ начала 19 столѣтія при ракѣ нижняго отрѣзка матки примѣнялась частичная ампутація шейки цѣлымъ рядомъ хирурговъ и гинекологовъ, какъ *Rust*, *Gräff*, *Siebold*, *Kilian*, *Recamier*, *Lisfranc* и др. Однако систематическое примѣненіе частичной ампутаціи при ракѣ влагалищной части матки и выработка метода операціи принадлежитъ покойному *Schröder*'у, который, основываясь на паталого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ *Ruge* и *Veit*'а о ходѣ распространенія рака влагалищной части, полагалъ вполне достаточнымъ при этой формѣ рака ограничиваться высокой ампутаціей шейки, какъ операціей болѣе безопасной, дающей въ его рукахъ около 9% смертности; тогда какъ тотальная экстирпация въ то время еще давала отъ 25% до 15%, между тѣмъ какъ результаты, достигнутые послѣдней не были еще достаточно выяснены за малочисленностью статистическаго матерьяла. Такимъ образомъ операціей, конкурирующей съ тотальной экстирпаціей явилась съ самаго же начала частич-

ная ампутація, которая вначалѣ и примѣнялась всѣми операторами наравнѣ съ первой или даже чаще ея. Однако, по мѣрѣ того какъ операторы вырабатывали все болѣе и болѣе совершенную технику, примѣняя въ то же время строгую антисептику, и наконецъ выучились выбирать соответствующіе случаи, то ‰ смертности при тотальной экстирпаціи понизился и она могла уже конкурировать и въ этомъ отношеніи съ частичной ампутаціей. Такъ, на примѣръ, у *Zaluzkago* на первыя 20 оперированныхъ умерло 7 душъ, т. е. 35‰, и на слѣдующія 45 оперированныхъ умерло 2, т. е. 4,4‰, у *Olshausen'a* изъ первыхъ 47 оперированныхъ умерло 12, т. е. 25‰; между тѣмъ какъ позже съ 83 по 87 годъ изъ 130 умерло 18, т. е. 14‰. У *Lcopold'a* изъ первыхъ 43 умерло 3, т. е. 7‰; изъ слѣдующихъ же 40 умерла только 1, т. е. 2¹/₂‰. Въ общемъ изъ первыхъ 311 тотальныхъ экстирпацій, собранныхъ *Tannen'омъ* (*Tannen. Beiträge zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebärmutterkrebses. Archiv für Gynäkologie Bd. 37, N. 3*) у различныхъ операторовъ умерло 46, т. е. около 15‰; тогда какъ въ послѣднее время смертность понизилась до 8‰, 7‰ и 5‰. Рядомъ съ этимъ уменьшеніемъ смертности при тотальной экстирпаціи и показанія къ этой операціи все болѣе и болѣе расширялись и при ракѣ матки въ настоящее время громадное большинство русскихъ, нѣмецкихъ и французскихъ операторовъ производятъ исключительно тотальную экстирпацію, какъ операцію, не болѣе опасную, чѣмъ частичная ампутація и дающая кромѣ того, по ихъ мнѣнію, больше шансовъ на продолжительность успѣха. Однимъ изъ наиболѣе ревностныхъ проповѣдниковъ такого образа дѣйствій является *Schantz*, который на X международномъ конгрессѣ въ Берлинѣ, разбирая показанія къ тотальной экстирпаціи, говоритъ, что крайней границей показанія къ тотальной экстирпаціи при ракѣ является всякій случай рака матки, все равно влагалищной ли части, шейки или тѣла, разъ только вообще новообразование можетъ быть діагностировано; частичная же ампутація для случаевъ, годныхъ для радикальной операціи, вообще должна быть отвергнута.

Подобнаго же образа дѣйствій держится *Martin*, который говорить: «я очень хорошо сознаю всю отвѣтственность, лежащую на операторѣ при рѣшеніи экстирпировать всю матку изъ за ограниченнаго заболѣванія шейки; но оправданіе себѣ я нахожу всегда, вспоминая то мучительное состояніе, которое каждый разъ обнаруживалось при наступленіи рецидивовъ послѣ испытанныхъ мною методовъ частичной операціи. Поэтому я совѣтую... въ случаяхъ, гдѣ существованіе карциномы несомнѣнно установлено путемъ микроскопическаго изслѣдованія, немедленно приступать къ эстирпаціи всей матки».

Далѣе *Leopold*, *Fritsch*, *Gusserow* и др. нѣмецкіе гинекологи въ настоящее время при всякой формѣ рака матки производятъ исключительно тотальную экстирпацію. *Olshausen*, сообщая *Spencer Wells*'у о результатахъ своихъ 130 тотальныхъ экстирпацій съ 1883 по 1887 годъ, прибавляетъ: «я дѣлаю суправагинальную ампутацію только въ исключительныхъ случаяхъ и только тогда, когда ракъ ограничивается влагалничной частью». (*Spencer Wells*. Samml. klinisch. Vort. № 337, стр. 31).

Что касается французскихъ хирурговъ, то всѣ парижскіе, по крайней мѣрѣ, производятъ также исключительно тотальную экстирпацію, при чемъ многіе изъ нихъ по методу *Richelot*, съ наложеніемъ пинцетовъ. *Pozzi*, докладывая по этому поводу на послѣднемъ Берлинскомъ конгрессѣ (1. с), говорить, что онъ согласенъ вполнѣ съ *Schauta* въ томъ, что должно тотчасъ экстирпировать матку, какъ только гдѣ нибудь на ея протяженіи діагносцированъ ракъ. По его мнѣнію, тотальная экстирпація не опаснѣ ампутаціи шейки и особенно высокой ампутаціи.

Должно предпочитать тотальную экстирпацію, потому что нельзя рѣшить, не перешло ли новообразование съ границъ шейки на тѣло матки. Что касается техники операціи, то онъ предпочитаетъ: 1) не опрокидывать матки, чтобы предохранить отъ зараженія; 2) постепенное наложеніе лигатуръ на широкія связки вмѣсто пинцетовъ, такъ какъ послѣдніе благопріятствуютъ раненію пузыря, мочеточниковъ и прямой кишки и впоследствии

производить травму внутренностей (кишек) и вторичныя кровотеченія. Онѣ суживаютъ операционное поле и дѣлаютъ невозможнымъ удаленіе придатковъ въ случаѣ надобности. Наконецъ этотъ способъ не согласуется съ строгой антисептикой, такъ какъ онѣ ведетъ къ омертвѣнію захваченной ткани.

Что касается русскихъ гинекологовъ, то большинство изъ, нихъ подобно предъидущимъ, производятъ также постоянно тотальную экстирпацію. (*Зялицкій, Феноменовъ, Рейнз, Толочиновъ, Соловьевъ, Грамматикати* и др.). *Тупяковъ* говоритъ: «я полагаю, что ракъ шейки нужно считать ракомъ матки и потому удалять всю матку и чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше». (Врачъ, 1890 г. № 5)¹⁾ Но рядомъ съ этимъ нѣкоторые клиницисты, какъ напримѣръ: проф. *Славянский*, проф. *Лебедевъ* и др., дѣлаютъ въ соответствующихъ случаяхъ и частичную ампу- тацію.

Что касается англійскихъ хирурговъ, то они составляютъ противоположность большинству континентальныхъ гинекологовъ. Такъ *Thomas Mauden* (On amputation of the cervix uteri in the treatment of uterine cancer and cervical injuries. *Dubl. Journ of. Med. sc.* March 1889 p. 202²⁾), на основаніи собственныхъ наблюденій, думаетъ, что ракъ матки имѣетъ въ боль- шомъ числѣ случаевъ исходнымъ пунктомъ шейку и при ран- немъ распознаваніи можетъ быть здѣсь задержанъ при помощи влагалищной ампу- таціи шейки. Если же это не удастся, то при посредствѣ тотальной экстирпаціи. Авторъ рекомендуетъ ампу- тировать экразеромъ съ гальванокаустической петлей и не со- вѣтуетъ дѣлать суправагинальную ампу- тацію по *Schröder*'у, какъ операцію болѣе опасную и не дающую лучшихъ резуль- татовъ въ смыслѣ рецидива, чѣмъ простая intravaginal'ная ам- пу- тація. Дурныхъ послѣдствій отъ проволочнаго экразера авторъ никогда не наблюдалъ.

¹⁾ *Оттъ* говоритъ, что на основаніи современнаго положенія дѣла при пораженіи «ракомъ» влагалищной части слѣдуетъ прибѣгать къ вырѣзыва- нію всего органа. (Врачъ 1880 г. № 44).

²⁾ Цитировано по реферату.

Изъ 18-ти оперированныхъ такимъ образомъ женщинъ 10 здоровы еще до сихъ поръ. 4 получили рецидивъ въ теченіе года; 2—въ теченіе 2-хъ лѣтъ; 1—спустя 2 года и 1—спустя 2¹/₂ года получила ракъ ноги.

Тотальную экстирпацію авторъ производитъ только въ исключительныхъ случаяхъ, какъ напр. при быстромъ развитіи рака тѣла матки.

Далѣе *Th. Spencer Wells* (Ueber Krebs und carcinomatöse Krankheiten. Sammlung Klin. Vorträge. № 337), разбирая раковыя пораженія матки, говоритъ, что если новообразование строго ограничивается областью маточнаго зѣва, то онъ дѣлаетъ интравагинальную ампутацію влагалищной части съ помощью гильванокаустическаго экразера, накаливая проволоку въ умѣренной степени и медленно протягивая ее. Если же новообразование распространяется выше, то онъ дѣлаетъ высокую ампутацію ножомъ и ножницами, но считаетъ полезнымъ кромѣ того прижечь раненую поверхность при помощи Пакелена. Тотальную экстирпацію дѣлаетъ *Sp. Wells* только при ракахъ, зашедшихъ далеко за *Orif. externum*, при чемъ онъ рекомендуетъ примѣнять пинцеты *Richelot*, вмѣсто постепенной перевязки и перерѣзки широкихъ связокъ. Освобожденіе матки онъ производитъ подобно *Leopold*'у и *Olshausen*'у *in situ*, безъ опрокидыванья дна ея. Яичники и трубы онъ удаляетъ только тогда, если они больны.

Williams на Берлинскомъ конгрессѣ высказался въ пользу высокой ампутаціи шейки, какъ операціи вполне пригодной. Тотальная экстирпація, по его мнѣнію, должна производиться въ такихъ только случаяхъ, гдѣ можно надѣяться на радикальное излѣченіе, потому что, какъ мѣра палліативная, эта операція слишкомъ тяжела.

Наконецъ, сопоставляя результаты, полученные различными операторами стараго и новаго свѣта, *Петровъ*, (I. с.), на основаніи почти 600 тотальныхъ экстирпацій и 417 частичныхъ ампутацій, на стр. 219 даетъ слѣдующую таблицу:

| | Послѣ тотальн. экстирпаціи. | Послѣ частич- ной ампутаціи. |
|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Смертность. | 18,2°/о | 8,7°/о |
| Получили рецидивъ . | 21,1°/о | 38,3°/о |
| Свободны отъ реци- дива. | 34,2°/о | 27,3°/о |
| Утеряны изъ на- блюденій | 25°/о | 25,4°/о |

На основаніи такого сопоставленія, говоритъ авторъ, приходится высказаться въ пользу болѣе широкаго примѣненія тотальной экстирпаціи.

Итакъ, мы видимъ, что большинство операторовъ на континентѣ Европы склоняется къ тому, чтобы при ракъ нижняго отрѣзка матки замѣнить частичную ампутацію шейки тотальной экстирпаціей матки. Чтобы выяснитъ справедливость подобнаго мнѣнія, мы постараемся разсмотрѣть тѣ недостатки частичной ампутаціи, на которые указываютъ сторонники тотальной экстирпаціи, и затѣмъ сравнимъ статистическій матеріалъ, выбравши его такимъ образомъ, чтобы время и условія при операціяхъ были приблизительно одинаковы.

Schauta (Münchener med. Wochenschr. 1890 г. № 33) говоритъ: по *Schröder*'у достаточно при конкродѣ влагалищной части суправагинальной ампутаціи шейки и только при другихъ формахъ рака шейки и тѣла показана тотальная экстирпація. Но клинически бываетъ трудно иногда опредѣлить, гдѣ ракъ *port. vag.*, а гдѣ ракъ шейки, а также клинически невозможно опредѣлить границу раковой инфильтраціи по направленію къ *orif. internum*.

Но даже и при первыхъ зачаткахъ рака на влагалищной части и въ шейкѣ, какъ показали изслѣдованія многихъ экстирпированныхъ матокъ, при, повидимому, изолированномъ заболѣваніи шейки, находятся раковые узлы въ высокихъ частяхъ шейки или тѣла матки. Поэтому, производя ампутацію шейки, операторъ оставляетъ незамѣтно для себя гнѣздо, откуда и развиваются впослѣдствіи рецидивы.

Далѣе, нѣкоторые (*Breneke. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12, S. 78. и Berlin. klin. Wochenschr. 1886, S. 273*) боятся, что оставшаяся культя матки, укороченная до внутренняго зѣва, можетъ быть причиной повторныхъ абортвъ или, въ случаѣ своевременныхъ родовъ, можетъ подать поводъ къ тяжелымъ осложненіямъ, которыя, какъ описаль *Lomer*, могутъ даже кончиться смертію.

Другіе же вообще отрицають возможность беременности послѣ высокой ампутаціи.

Наконецъ въ новѣйшее время *Abel* и *Landau* обратили вниманіе на то обстоятельство, что при ракъ влагалищной части и шейки слизистая оболочка тѣла матки подвергается будто бы злокачественному (саркоматозному или карциноматозному) перерожденію, вслѣдствіе чего и при ракъ нижняго отрѣзка матки должна быть произведена тотальная экстирпація.

Переходя къ вышеприведенному положенію *Schauta* относительно трудности клиническаго распознаванія рака влагалищной части и шейки, мы должны замѣтить, что оно совершенно справедливо для случаевъ далеко распространеннаго рака или для случаевъ, въ которыхъ имѣется дѣло съ паренхиматозной формой рака и гдѣ узелъ, заложенный въ толщѣ шейки, занимаетъ иногда настолько неопредѣленное мѣсто, что, дѣйствительно, трудно бываетъ рѣшить чему онъ принадлежитъ — влагалищной ли части или шейкѣ; но подобные случаи вообще не пригодны для частичной ампутаціи; послѣдняя же примѣняется при строго ограниченномъ заболѣваніи — канкроидѣ влагалищной части въ видѣ цвѣтной капусты, не перешедшемъ за *orig. exter.* или при начинающейся раковой язвѣ. Далѣе какъ наиболѣе важное доказательство непригодности частичной ампутаціи приводятъ случаи, гдѣ одновременно съ ракомъ шейки или влагалищной части наблюдались изолированные узлы въ тѣлѣ матки. Подобныхъ случаевъ описано въ литературѣ 11.

Однако подробное разсмотрѣніе ихъ приводитъ *Hofmeier*'a

и *Winter*'а¹⁾, къ заключенію, что въ сущности нѣкоторый интересъ имѣютъ только 3: 1) Случай *Schauta*, гдѣ однако, какъ онъ самъ заявляетъ, былъ первично ракъ тѣла и вторичный узелъ въ *port. vag*; 2) вѣроятный случай *Leopold*'а и 3) не точно изслѣдованный случай *Stratz*'а. Такимъ образомъ, комбинація рака влагалищной части и тѣла встрѣчается крайне рѣдко, такъ что, на примѣръ, по заявленію *Ruge*, онъ, изслѣдуя многія сотни матокъ, не видѣлъ ее ни разу, почему большого практическаго интереса это имѣть не можетъ. Кромѣ того, въ случаѣ, еслибы это и оказалось въ послѣдствіи, то всегда можно произвести послѣ высокой ампутаціи и тотальную экстирпацію матки.

Что касается до возможности беременности и опасности родовъ послѣ частичной ампутаціи, то относительно этого имѣются наблюденія *Winter*'а, который описываетъ (I. с. стр. 201) одинъ случай, гдѣ при ракѣ влагалищной части была сдѣлана *Schröder*'омъ въ 1885 г. надвлагалищная ампутація шейки. Больная выздоровѣла; затѣмъ въ мартѣ 1889 г. забеременѣла и въ концѣ ноября родила легко и безъ помощи искусства недоношеннаго (около 36 недѣль) ребенка 48 см. длины и 2650 grm. вѣсомъ. Кромѣ этого онъ же приводитъ 2-й случай, гдѣ послѣ высокой ампутаціи шейки, произведенной 29 декабря 1887 г., по поводу рака влагалищной части, наступила въ началѣ 1887 года беременность, кончившаяся выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ. Но, послѣ выскабливанія матки и устраненія бывшаго эндометрита, наступила новая беременность, кончившаяся срочными нормальными родами 5 декабря 1888 г. живой дѣвочкой. Пациентка въ 1891 г. еще здорова.

Кромѣ *Winter*'а наблюдалъ нормальную беременность и роды послѣ суправагинальной ампутаціи *Breisky*. Больной была сдѣлана высокая ампутація шейки гальванокаустической петлей въ 1878 г. по поводу рака шейки, и она послѣ операціи

¹⁾ *G. Winter*. Ueber die Schröder'sche Supravaginal. Amputation bei Portiocarcinom. Zeitschr. f. Geburtshül. u. Gynäk. Bd. XXII, 1 H.

родила 4-хъ дѣтей и была здорова 11 лѣтъ. Что же касается до родовъ послѣ ампутаціи шейки, произведенной не по поводу рака, а доброкачественныхъ заболѣваній, то таковыя наблюдались многими авторами (*Breisky, Simpson, Gönner, Scharlau* и др.).

Однако кромѣ вышеприведенныхъ наблюденій имѣются и другія съ обратнымъ характеромъ въ родѣ наблюденія вышеупомянутаго *Lomer'a*, гдѣ роды, происходившіе у лицъ, перенесшихъ раньше высокую ампутацію шейки, затягивались на многіе часы, вслѣдствіе неуступчивости послѣоперационныхъ рубцовъ, такъ что приходилось дѣлать множественныя надрѣзы. Причиной такихъ стенозовъ является, по мнѣнію *Hofmeier'a*, инфекция раны во время или послѣ операции. Особенно часто даетъ поводъ къ подобнымъ нерастяжимымъ рубцамъ ампутація шейки, произведенная гальванокаустической петлей; напротивъ того ампутація ножемъ, съ послѣдовательнымъ тщательнымъ зашиваніемъ, послѣ заживленія раны первымъ натяженіемъ, не производитъ никакихъ осложненій ни во время беременности, ни во время родовъ. Кромѣ того всѣ эти опасности не могутъ имѣть большого практическаго интереса, такъ какъ возможность забеременѣть у подобныхъ больныхъ вообще не велика. По *Winter'y*, напр., изъ 43 женщинъ, перенесшихъ ампутацію, ни одна не забеременѣла; при чемъ оказалось, что 23 изъ нихъ находятся или въ климактерическомъ возрастѣ, или вдовы, или не живутъ съ мужьями — словомъ, не имѣли возможности забеременѣть. Причины небеременности остальныхъ 20-ти сводились къ болѣе или менѣе сильно выраженному суженію отверстія или канала, ведущаго въ матку. Однако полного заращенія съ образованіемъ haematometr'ы не было наблюдаемо. Что касается до могущей быть послѣ этого дисменорреи, то и этого, какъ показываютъ наблюденія, при гладко зажившей ранѣ опасаться нечего.

Наконецъ что касается до злокачественнаго перерожденія слизистой оболочки тѣла матки при ракъ влагалищной части, то контрольныя изслѣдованія цѣлаго ряда авторовъ (*Eckhardt'a*,

Fraenkel'я, *Saurenhaus*'а, мой и др.) показали, что въ случаяхъ рака, ограничивающагося влагалищной частью, слизистая оболочка тѣла не претерпѣваетъ никакого специфическаго измѣненія, хотя одновременно съ этимъ она часто поражается различными формами эндометрита (*Мироновъ*. «Журн. Акушерства №№ 5 и 6, 1891 г.). На это послѣднее обстоятельство обращаетъ особенное вниманіе *Schauta* и полагаетъ, что если оставить тѣло матки, то будутъ сильныя кровотеченія; но наблюденія *Winter*'а опровергаютъ и это предположеніе, такъ изъ 32 оперированныхъ у 25 регулы остались такими же, какъ и передъ операцией; у 7-ми 2—3 раза послѣ операциі были обильнѣе и только у 3-хъ были сильныя меноррагіи, заставившія ихъ искать врачебной помощи. Но у 1-й изъ нихъ найдена подслизистая міома, а у 2-хъ остальныхъ эндометритъ существовалъ до операциі многіе годы, производя меноррагіи. Такимъ образомъ, всё вышеприведенныя возраженія не могутъ служить достаточно убѣдительнымъ доказательствомъ того, что при ракъ влагалищной части частичная ампутація шейки является операцией непригодной.

Переходя къ имѣющемуся у насъ статистическому матеріалу, мы выберемъ изъ него данныя, касающіяся пятилѣтія съ начала 1885 года по конецъ 1889 г., чтобы имѣть возможность оцѣнить результаты операций, произведенныхъ при условіяхъ ближе всего подходящихъ къ настоящимъ, и оставляя въ сторонѣ результаты, полученные до 1885 г., когда тотальная экстирпація переживала еще періодъ выработки техники. Далѣе мы сгруппируемъ весь имѣющійся матеріалъ въ одной схемѣ, причѣмъ опредѣлимъ ‰ смертности, ‰ рецидивировавшихъ послѣ операциі ранѣе 2-хъ лѣтъ и ‰ оставшихся здоровыми больше 2-хъ лѣтъ. Хотя срокъ этотъ и не можетъ считаться крайнимъ, доказывающимъ излѣченіе отъ рака, такъ какъ извѣстны случаи рецидивовъ спустя 3, 4, 5 и даже 8-ми лѣтъ. Послѣдній срокъ впрочемъ представляетъ, повидимому, исключеніе; такъ какъ до сихъ поръ описанъ только 1 подобный случай (*E. Fraenkel*), такъ что крайнимъ можетъ считаться 5-ти

лѣтній безрецидивный періодъ; но въ виду молодости операціи вообще, и въ виду того, что еще не существуетъ подобной сколько нибудь обширной статистики, наконецъ въ виду того, что въ большинствѣ случаевъ 2-хъ лѣтній безрецидивный періодъ можно считать за доказательство окончательнаго выздоровленія какъ это и принимается до сихъ поръ, мы рассмотримъ весь имѣющійся статистическій матеріалъ въ подобномъ отношеніи.

Наконецъ, чтобы получить наиболѣе сравнимые результаты, мы возьмемъ статистику изъ клиникъ *Olshausen*'а, *Leopold*'а, *Fritsch*'а, *Schauta*, такъ какъ во всѣхъ этихъ клиникахъ условія для операцій приблизительно одинаковы.

Что касается до результатовъ тотальной экстирпаціи, то въ клиникѣ *Fritsch*'а съ начала 1885 года по конецъ 1889 г. всего сдѣлано тотальныхъ экстирпацій—79; изъ нихъ умерло 8, т. е. 10%, причемъ: 3 отъ сепсиса и 1 отъ піэміи, 2 отъ перевязки мочеточниковъ во время операціи и 2 смерти не выяснены вполнѣ. Изъ 71 больной, перенесшихъ операцію, 33 получили рецидивъ раньше 2-хъ лѣтъ и почти всѣ уже умерли; 1 получила рецидивъ позже 2-хъ лѣтъ; 12 не имѣли рецидива больше 2-хъ лѣтъ; 19 здоровы, хотя со времени операціи не прошло еще 2-хъ лѣтъ; 4 умерло внѣ клиники не отъ рака матки и 2 утеряны изъ виду. Но такъ какъ изъ оставшихся здоровыми меньше 2-хъ лѣтъ, нѣкоторыя получаютъ, вѣроятно, еще рецидивъ до конца 2-хъ лѣтъ, то изъ 19 приблизительно 7 можно отнести къ рецидивировавшимъ раньше 2-хъ лѣтъ, а 1, получившую рецидивъ послѣ 2-хъ лѣтъ, можно отнести къ здоровымъ втеченіе 2-хъ лѣтъ, тогда получится слѣдующая таблица:

Получили рецидивъ раньше 2-хъ л. $33+7=40$, т. е. 57,7%.
Остались здоровыми больше 2-хъ л. $1+12+12=25$, т. е. 35,2%.
Судьба не вполнѣ извѣстна 6 больныхъ.

Въ клиникѣ *Leopold*'а за періодъ 1885—1889 г. сдѣлано 73 тотальныхъ экстирпаціи; изъ нихъ 4—умерло отъ операціи и 69 перенесло операцію; но до 1891 г. 21 умерла отъ рецидива и 7 умерло внѣ клиники отъ другихъ заболѣваній, а не

отъ рака. Изъ 69 перенесшихъ операцію, здоровыми оставались больше 2-хъ лѣтъ 41 женщина. Слѣдовательно:

Умерло изъ 73-хъ оперированныхъ 4, т. е. 5,4%.

Получили рецидивъ ранѣе 2-хъ л. изъ 69 опер. 21, т. е. 30,4%.

Остались здоровыми болѣе 2-хъ л. изъ 69 опер. 41, т. е. 59,4%.

У Schauta изъ 65-ти тотальныхъ экстирпацій умерло 7,6%.

Изъ перенесшихъ операцію остались здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ 47,3%.

Наконецъ Olshausen заявилъ на Берлинскомъ конгрессѣ, что изъ 40 оперированныхъ имъ за послѣдніе 3 года—19 остались здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ, что составляетъ 45,5%.

Представляя эти данныя въ видѣ таблицы, мы получимъ:

| О п е р а т о р ь . | Коллчест- во опера- цій. | Смерт- ность. | Коллчест. перенесш. операцію. | Получили рецидивъ ранѣе 2-хъ лѣтъ. | Здоровы болѣе 2 л. | Смерть отъ друг. забол. или судоба неизвестна. |
|---------------------|--------------------------------|------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|---|
| Fritsch | 79 | 10,1% | 71 | 57,7% | 35,2% | 6 |
| Leopold | 73 | 5,4% | 69 | 30,4% | 59,4% | 7 |
| Schauta | 65 | 7,6% | 60 | 52,7% | 47,3% | ? |
| Olshausen | 40 | ? | ? | 54,5% | 45,5% | ? |

Такимъ образомъ, вывода среднее арифметическое, мы получимъ при тотальныхъ экстирпаціяхъ:

Смертности . . . = 7,7%

Выздоровленій . . = 46,8%

Рецидивовъ . . . = 48,8%

Переходя къ результатамъ частичной ампутаціи, мы приведемъ статистику *Winter'a*, изъ которой видно, что съ 1878 по 91 г. въ клиникѣ *Schröder'a* и *Olshausen'a* при ракъ матки было произведено 155 частичныхъ ампутацій шейки. Изъ нихъ отъ операціи умерло 10, т. е. 6,5%; причеиъ послѣдній смертный случай былъ въ 1884 г. Начиная же съ 1885 г. было произведено 64 частичныхъ ампутаціи безъ единой смерти. Итого перенесли операцію—145. Изъ этого числа—13 утеряны изъ виду и 3 оперированы въ послѣдніе 2 года; такъ что изъ 142-хъ, оставшихся въ живыхъ послѣ операціи, по-

лучили рецидовъ раньше 2-хъ лѣтъ—67, т. е. 47,1%; здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ оставались 63, т. е. 43,6% и въ 13 случаяхъ судьба неизвѣстна.

Какъ уже замѣчено, статистика эта основана на операціяхъ, произведенныхъ съ 1878 по 1891 г. Но если мы возьмемъ статистику болѣе позднюю, подобно предъидущимъ съ начала 1885 г., когда условія при операціяхъ были тѣ же, что и для приведенныхъ выше тотальныхъ экстирпацій, то оказывается, что на 64 частныхъ ампутаціи не было ни одного смертнаго случая, т. е. операція стала вполне безопасной для жизни (*Winter*, стр. 209). Кромѣ того изъ 31 оперированныхъ, исторіи которыхъ приведены у *Winter*'а — рецидивъ раньше 2-хъ лѣтъ получили—4; оставались здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ—27. Кромѣ того имѣются на лицо оперированныя и оставшіяся здоровыми; 2—въ теченіе 12 лѣтъ; 1 въ теченіе 11 л.; 1—10 л.; 8—9 л.; и т. д. Сравнивая результаты этихъ обѣихъ операцій, мы видимъ, что смертность при частичной ампутаціи шейки бывшая небольшою даже вначалѣ, въ послѣднее время понижена до *minimum*'а, и въ настоящее время эта операція можетъ считаться вполне безопасной для жизни; тогда какъ тотальная экстирпація даже у лучшихъ операторовъ въ и богато обставленныхъ клиникахъ даетъ отъ 10% до 5,5% смертности. Здѣсь я не могу принять въ расчетъ статистики пр. *Отта*, такъ какъ она является 1) исключительной; 2) нулевой % смертности выведенъ не вполне правильно, такъ какъ одинъ случай (XVIII) надо считать за піэмію, развившуюся вслѣдствіе операціи и приведшую больную къ смерти, такъ какъ если больная и была выписана изъ клиники, то можно думать, съ большимъ вѣроятіемъ, что она умерла вскорѣ послѣ выписки; 3) не всѣ случаи пр. *Отта* могутъ быть приняты за ракъ матки, такъ напримѣръ, въ случаѣ 28-мъ сказано, что найденъ гиперпластическій эндометритъ (resp. злокачественная adenoma). Хотя рѣзкой границы между аденомой и гиперпластическимъ эндометритомъ провести и невозможно, однако считать послѣдній за ракъ мы также не имѣемъ права. Также не вполне ясны

25, 26 и 29-й. Къ сожалѣнію, изъ статьи не видно, было ли произведено впослѣдствіи изслѣдованіе экстирпированныхъ матокъ, гдѣ можно было уже съ положительностью установить діагнозъ на срѣзахъ, проведенныхъ перпендикулярно къ поверхности слизистой оболочки и захватывающихъ muscularis, такъ какъ съ наибольшею ясностью можно діагносцировать ракъ тѣла по отношенію новообразованныхъ железъ къ muscularis¹⁾).

Такимъ образомъ, оставляя въ сторонѣ статистику пр. *Отта*, мы можемъ опредѣлить смертность при тотальной экстирпаціи для большихъ клиникъ отъ 6°/о до 10 °/о. Но если обратиться къ клиникамъ не столь богато обставленнымъ и къ больницамъ, то °/о смертности будетъ гораздо выше; такъ: для частной клиники *P. Ruge* въ Берлинѣ на 20 операцій смертность—15°/о (*Deutsch. m. Wochenschr* 1890 № 30); для клиники пр. *Феноменова* на 23 операціи—13°/о (*Врачъ*, 1890 г. №№ 45, 46 и 47) на 65 сл. *Заяицкаго*—13,8°/о (*Мед. Обозр.* 1890 г. № 17); на 10 случаевъ *А. Соловьева* 3 смерти, т. е. 30°/о (l. c.) и т. д.

Что касается продолжительности эффекта операціи, то прежде всего надо замѣтить, что возможность окончательнаго излѣченія рака влагалищной части матки послѣ частичной ампутаціи шейки вполне доказывается многочисленными примѣрами и при томъ съ большею даже убѣдительностью, чѣмъ послѣ тотальной экстирпаціи, такъ какъ для послѣдней извѣстны только случаи 7-ми лѣтняго отсутствія рецидива послѣ операціи, тогда какъ рецидивъ можетъ еще появиться и черезъ 8 лѣтъ. Для частичной же ампутаціи мы имѣемъ 12-ти и даже 19-ти лѣтнюю давность безрецидивнаго періода, такъ что операція эта, какъ радикальная, имѣетъ несомнѣнное *raison d'être*.

Далѣе сравнивая °/о отношеніе условно излѣченныхъ, считая за критерій 2 годичный безрецидивный періодъ послѣ операціи, мы видимъ, что при тотальной экстирпаціи онъ сред-

¹⁾ Въ видахъ интереса дѣла редація сочла полезнымъ отправить корректурные листы Д. О. Отту, возраженія котораго поэтому вопросу печатаются въ этой же книжкѣ журнала въ отдѣлѣ Библіографія.

нимъ числомъ = 46,8⁰/₀; тогда какъ для частичной ампутаціи = 43,6⁰/₀, рецидивировавшихъ же раньше 2 лѣтъ послѣ экстирпаціи 48,8⁰/₀, а послѣ частичной ампутаціи 47,1⁰/₀, т. е. количества приблизительно одинаковыя. Кроме того разсматривая таблицы *Hofmeier*'а, мы видимъ, что на первыхъ порахъ выбирался далеко не всегда подходящій матерьялъ для частичной ампутаціи; такъ на примѣръ: изъ 114 первыхъ случаевъ въ 10—операция производилась при ракъ шейки; въ 15—она была сдѣлана при существованіи уже раковой инфильтраціи въ широкихъ или крестцово-маточныхъ связкахъ; часто производилась при новообразованіи, достигшемъ значительнаго распространения и т. п. При болѣе же строгомъ выборѣ, ограничиваясь только формами не далеко распространившагося папиллярнаго канкроида влагалищной части, можно достигнуть гораздо болѣе благоприятныхъ результатовъ, совершенно не рискуя жизнью больныхъ.

Резюмируя вышеизложенное мы можемъ придти къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Частичная ампутація шейки въ настоящее время можетъ считаться операцией безопасной для жизни и при производствѣ ея рѣзущими инструментами, съ послѣдующимъ наложеніемъ швовъ, не оставляющей послѣ себя никакихъ дурныхъ послѣдствій.

2) Частичная ампутація шейки, произведенная при ограниченномъ канкроидѣ влагалищной части, должна считаться операцией вполне радикальной, не уступающей въ этомъ отношеніи тотальной экстирпаціи матки; поэтому

3) она вполне показана при папиллярномъ канкроидѣ влагалищной части, не перешедшемъ еще на влагалищные своды; въ остальныхъ же случаяхъ рака влагалищной части предпочтительнѣе тотальная экстирпація матки, но только для хорошо устроенныхъ клиникъ, для большинства же нашихъ больницъ и здѣсь частичная ампутація шейки можетъ быть предпочтена полному вырѣзыванью матки, какъ операция болѣе безопасная и дающая почти одинаковые съ послѣдней конечные результаты.

Но какую бы операцію мы ни выбрали, чтобы имѣть возможность оказать радикальную помощь при ракъ матки, мы должны приступать къ оперативному лѣченію возможно раньше. Поэтому всякій врачъ долженъ считать своей нравственной обязанностью, при всякомъ, даже только подозрительномъ, случаѣ или уяснить его себѣ и, если нужно, приступить къ операціи, или же передать его спеціалисту, не ограничиваясь палліативными, ни къ чему не ведущими мѣрами, а между тѣмъ теряя драгоцѣнное время и ставя этимъ промедленіемъ жизнь больной въ опасность.

Къ сожалѣнію, наша публика еще слишкомъ страшится даже слова «операція» и, надо сознаться, въ этомъ есть доля и нашего грѣха.
