

# ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

ЮЛЬ—АВГУСТЪ 1891, №№ 7—8.

---

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

---

XII.

**ГНИЛОСТНЫМЪ РАСПАДЪ ПОДСЛИЗИСТАГО ФИБРОИДА,  
КАКЪ ПОКАЗАНІЕ КЪ ПОЛНОМУ УДАЛЕНІЮ МАТКИ.**

Проф. Дм. Оттъ.

(Доложено 28 марта въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества, въ С.-Петербургѣ).

Мм. Гг. Изъ вопросовъ, занимающихъ современныхъ гинекологовъ, на первомъ мѣстѣ несомнѣнно слѣдуетъ отмѣтить вопросъ о лѣченіи фиброзныхъ опухолей матки. Методъ лѣченія фиброміомъ путемъ гальваническаго тока съ легкой руки французскаго врача *Apostoli*, много сдѣлавшаго въ этой области, былъ встрѣченъ гинекологическимъ міромъ съ особымъ энтузіазмомъ, и, какъ водится при появленіи всякаго новаго и особенно дѣльнаго метода, сразу пріобрѣлъ множество приверженцевъ. Впрочемъ, какъ и всегда, въ подобныхъ случаяхъ, дѣло не обошлось безъ крайностей, и нѣкоторые даже выдающіеся гинекологи открыто признавали за способомъ *Apostoli* универсальное значеніе при лѣченіи фиброміомъ матки.

Въ настоящее время, послѣ того какъ методъ *Apostoli* былъ испытанъ въ различныхъ странахъ, и результаты его примѣненія

опредѣлились точнѣе, я полагаю, что не ошибусь, если скажу, что господствовавшее вначалѣ увлеченіе нѣсколько улеглось, и самый методъ, послѣ того какъ практикой выработались болѣе точныя показанія къ его примѣненію, особенно въ смыслѣ радикальнаго средства, получилъ должное ограниченіе. На послѣднемъ международномъ медицинскомъ съѣздѣ въ Берлинѣ, самъ *Apostoli*, характеризуя роль электричества, какъ агента въ лѣченіи фиброміомъ матки, заявилъ, что ошибочно было бы дѣлать изъ его метода панацею, ибо примѣненіе электричества есть главнымъ образомъ лѣченіе лишь симптоматическое, помогающее намъ, устраняя грозные симптомы, довести больныхъ до климактерическаго возраста, то есть до той поры, когда наступающее физиологическое увяданіе половой сфѣры ведетъ къ произвольному исцѣленію. Приведенное заявленіе *Apostoli*, свидѣтельствуя о той достойной уваженія объективности, съ которой онъ сумѣлъ оцѣнить современное положеніе вопроса, вмѣстѣ съ тѣмъ открываетъ широкое поприще къ изысканію болѣе удовлетворительнаго метода для достиженія радикальнаго излѣченія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ противопоказаны палліативныя мѣропріятія. Заслуга *Apostoli* тѣмъ и цѣнна, что онъ не только указалъ и разработалъ новый лѣчебный методъ, но далъ вмѣстѣ съ тѣмъ и новый толчокъ къ всесторонней разработкѣ радикальнаго лѣченія фиброміомъ.

За послѣднее время заграничная медицинская пресса изобилуетъ описаніями новыхъ оперативныхъ приѣмовъ и способовъ при лѣченіи фиброзныхъ опухолей матки. Въ подтвержденіе сказаннаго укажу только на статьи новѣйшихъ авторовъ, какъ напр.: *Fritsch'a*, *Kocher'a*, *Martin'a*, *Chrobach'a*, *Wolfler'a*, *Leopold'a*, *Hofmeier'a*, *Diwon Jones'a*, *Boldt'a*, *Fehling'a*, *A. Kelley*. Наша отечественная медицина въ настоящее время не меньше западныхъ сосѣдей интересуется вопросомъ о наилучшемъ способѣ радикальнаго лѣченія фиброміомъ матки, и тотъ оживленный обмѣнъ мыслей, который по тому же вопросу имѣлъ мѣсто въ нашемъ обществѣ, является лучшимъ подтвержденіемъ сказаннаго. Однимъ словомъ, несмотря на повсемѣстное распро-

страненіе примѣненія электротерапіи при фиброзныхъ опухоляхъ матки, оперативное лѣченіе не только не утратило значенія, но напротивъ усугубило интересъ къ себѣ, а мы—гинекологи, стали болѣе требовательны къ каждому, особенно новому способу: мы перестали вѣрить однимъ голымъ статистическимъ цифрамъ, часто основаннымъ на подборномъ матеріалѣ въ недостойной погонѣ за дутымъ процентомъ благопріятныхъ исходовъ, мы требуемъ, помимо цифръ, *полнаго* описанія отдѣльныхъ случаевъ, строгихъ показаній къ операціи, научной мотивировки выбора одного метода предпочтительно передъ другимъ. Постараюсь поэтому, въ сегодняшнемъ докладѣ представить Вамъ возможно подробное описаніе случая, который мнѣ пришлось недавно наблюдать и оперировать при особенно выдающихся показаніяхъ. Произведенная мною операція заключалась въ томъ, что у больной, имѣвшей въ полости матки большой фиброидъ, перешедшій въ гнилостный распадъ, мнѣ пришлось удалить не только самый фиброидъ, но и всю матку съ ея придатками. Я былъ вынужденъ прибѣгнуть къ такому героическому вмѣшательству, какъ къ послѣднему средству, чтобы спасти жизнь больной. Считаю этотъ случай достойнымъ вниманія потому, что въ доступной мнѣ литературѣ, какъ отечественной, такъ равно и иностранной, мнѣ не удалось найти указаній, гдѣ бы гнилостный распадъ подслизистаго фиброида послужилъ показаніемъ къ единовременному удаленію путемъ чревосѣченія всей матки.

Исторія моего случая слѣдующая: Около двухъ мѣсяцевъ тому назадъ во время приѣма больныхъ въ Клиническомъ Институтѣ, ко мнѣ обратилась за совѣтомъ больная Марія Па—нъ, которая до этого обошла всѣ спеціальныя учрежденія Петербурга и была наконецъ направлена ко мнѣ для операціи однимъ изъ сочленовъ нашего общества. Изъ разспросовъ больной выяснилось слѣдующее: Больная П—нъ, 34 лѣтъ, финляндская уроженка, въ дѣтствѣ была всегда здорова. Мѣсячныя получила въ первый разъ на 16-мъ году: приходя въ правильные сроки (на 4-ю нед.) продолжались по 4—5 дней, были безболѣзненны и

обиліемъ не отличались. На 22-мъ году, то есть 12 лѣтъ тому назадъ, больная забеременѣла и благополучно родила въ срокъ живого ребенка, котораго грудью не кормила; хотъ послѣ родовъ, по словамъ больной, она вполне хорошо поправилась, но съ тѣхъ поръ оставалась бесплодною. Не замѣчая никакихъ болѣзненныхъ явленій, она до настоящей болѣзни считала себя совершенно здоровой. Первые болѣзненные симптомы, по словамъ больной, появились лишь за три мѣсяца до поступленія въ Клиническій Институтъ, причеиъ больная замѣтила внизу живота опухоль, причинявшую ей сильныя боли. За это время и приходившія мѣсячныя были очень обильны и затягивались на 10—14 дней, причеиъ кровь отдѣлялась большими сгустками, а бывшія раньше боли усилились. По прекращеніи мѣсячныхъ кровопотерь больную беспокоили сильныя бѣли, отличавшіяся часто неприятнымъ запахомъ. По словамъ больной, кровопотери, боли и упорныя бѣли сильно истощили ее, что впрочемъ подтверждается и внѣшнимъ ея видомъ. Лицо ея морщинисто, кожа на всемъ тѣлѣ легко захватывается въ складки вслѣдствіи атрофіи подкожнаго жира; мускулатура дряблая. При наружномъ осмотрѣ исхудавшей больной, благодаря вялымъ брюшнымъ стѣнкамъ на глазъ опредѣляется въ нижней части живота новообразование, расположенное по срединной линіи, при чемъ верхній край этого новообразования доходитъ до уровня пупка. Опухоль эта, имѣющая форму увеличеннаго тѣла матки, при ощупываніи оказывается плотной консистенціи и нѣсколько болѣзненной къ давленію. Къ низу, по направленію въ малый тазъ новообразование это суживается, представляя всѣ особенности равномѣрно увеличенной матки; подвижность его представляется ограниченной. Внутреннее изслѣдованіе подтверждаетъ предположеніе о подслизистомъ фиброидѣ. Такъ какъ черезъ очень длинную, но пропускающую палецъ маточную шейку непосредственно кончикомъ пальца удается прощупать расположенный въ ея полости фиброидъ, то поставленный діагнозъ оказывается вполне обезпеченнымъ. Великою опухоль нѣсколько больше дѣтской головки.

При удаленіи пальца изъ маточной шейки, вслѣдъ за нимъ выносятся небольшіе обрывки дряблой и ослизлой ткани, свидѣтельствующія о регрессивномъ метаморфозѣ опухоли.

Придатки не прощупываются ни при наружномъ, ни при комбинированномъ изслѣдованіи. Внутренніе органы грудной полости повидимому здоровы. Въ мочѣ слѣды бѣлка. Температура тѣла нѣсколько повышена; пульсъ около 90 ударовъ въ минуту.

Установивъ такимъ образомъ наличность опухоли съ подслизистымъ развитіемъ, занимавшую всю полость матки и не только причинявшую большой сильныя боли (схватки), но кромѣ того вызывавшую очень обильныя выдѣленія крови и бѣлей, ясно опредѣлилась и необходимость удаленія этой опухоли, такъ какъ помимо этого никакимъ другимъ лѣченіемъ не представлялось возможности освободить больную отъ быстро развившихся и угрожавшихъ ея жизни болѣзненныхъ припадковъ.

Имѣя такимъ образомъ абсолютное показаніе къ энергическому вмѣшательству, предстояло еще рѣшить, какъ обставить операцію, чтобы больная подвергалась наименьшему риску. Наболѣе желательно было бы, конечно, освободить больную отъ новообразованія *per vias naturales* и попытаться вылучить опухоль, удаливъ ее цѣликомъ или по частямъ черезъ расширенный каналъ маточной шейки. Такой способъ, неоднократно примѣнявшійся мною съ успѣхомъ и раньше, въ настоящемъ случаѣ врядъ ли могъ быть примѣненъ по двумъ причинамъ: во-первыхъ маточная шейка и особенно надвлагалищная часть представлялись значительно удлиненными, такъ что можно было съ трудомъ и то лишь кончикомъ введеннаго указательнаго пальца достигнуть до нижняго сегмента помѣщавшейся въ маткѣ опухоли, вслѣдствіе чего всякая возможность успѣшнаго манипулированія въ маткѣ исключалась. Попытки расширить цервикальный каналъ разбухающими средствами или какими либо расширяющими инструментами въ нашемъ случаѣ тоже ни къ чему бы не повели, тѣмъ болѣе что, не смотря на предшествовавшія продолжительныя и энергичныя сокращенія матки, вла-

галищная часть ея не была изглажена, и весь каналъ шейки представлялъ тонкостѣнное и очень длинное образование. Эта его особенность дѣлала и разрѣзъ шейки, съ цѣлью создать себѣ доступъ къ опухоли, непригоднымъ для нашихъ цѣлей.

Вторая причина, исключавшая возможность удалить опухоль черезъ нормальные пути, заключалась въ ея объемѣ. Благодаря величинѣ опухоли вышележащія части ея представлялись совершенно недоступными для пальца, такъ что искусственное вылуценіе опухоли было не мыслимо; наконецъ, если бы даже и удалось устранить связь ея съ маткой и вылущить опухоль изъ ея ложа, то, благодаря размѣрамъ ея, все таки нельзя было бы вывести ее наружу. Искусственное уменьшеніе опухоли (*morsellement*), дѣлаемое рѣзущими инструментами безъ всякаго надежнаго контроля, помимо опасности отъ непосредственнаго раненія, одинаковымъ образомъ вполнѣ исключалось наличными топографическими особенностями случая. Такимъ образомъ, чтобы добраться до опухоли, приходилось искать другого пути, который позволилъ бы безпрепятственно удалить внутриматочное новообразование и устранить другія болѣзненно измѣненныя части, если таковыя будутъ обнаружены. Наиболеѣ вѣрный путь къ достиженію этихъ цѣлей представляло несомнѣнно чревосѣченіе, на которомъ я пока и остановился. Планъ операціи состоялъ въ томъ, чтобы, по разрѣзѣ брюшной стѣнки и наложеніи резинового жгута, вскрыть полость матки, какъ это дѣлается при кесарскомъ сѣченіи, вылущить подслизистый фиброидъ и затѣмъ вновь соединить швами края вскрытой матки, чтобы, если окажется возможнымъ, сохранить такимъ образомъ больной плодовмѣстилице, а вмѣстѣ съ тѣмъ и дѣтородную способность на будущее время.

Хотя подобный способъ удаленія фиброзныхъ опухолей матки уже былъ неоднократно примѣняемъ (*A. Martin, Рейнз* и др.), тѣмъ не менѣе приемъ этотъ является еще на столько опаснымъ, что показуется лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, въ общемъ, менѣе опасное удаленіе опухолей черезъ родовой каналъ не представляется возможнымъ. Нашъ случай, хотя и несомнѣнно

относящійся къ этой категоріи, не позволяяль намъ однако рѣшиться на выполненіе намѣченнаго плана, не взвѣсивъ всѣхъ особенностей случая, такъ какъ картина несомнѣнно начавшагося разложенія (гангрениесценціи) въ самой опухоли и возможность непосредственнаго занесенія въ брюшную полость продуктовъ разложенія опухоли при вскрытіи полости матки существенно ухудшала предсказаніе послѣ чревосѣченія.

Въ виду этого, разобравъ больную на одной изъ моихъ клиническихъ лекцій съ указаніемъ на приведенныя особенности случая, я помѣстилъ ее для наблюденія въ число стаціонарныхъ больныхъ клиническаго Института. Начиная однако уже со слѣдующаго дня, картина разложенія опухоли обнаружилась на столь рѣзко, что въ этомъ отношеніи не могло оставаться уже ни малѣйшаго сомнѣнія: выдѣленія получили рѣзкій гнилостный запахъ и изъ полости матки стали выдѣляться обрывки гангрениесцированныхъ и крайне зловонныхъ тканей различной величины. Захватывая корнцангомъ обрывки, высѣвшіе въ цервикальномъ каналѣ, иногда удавалось удалить нѣсколько довольно объемистыхъ кусковъ разлагающагося фиброида. Послѣ этого полость матки промывалась сначала сулемой въ концентраціи 1:2000, а затѣмъ, чтобы сулема, оставшаяся въ маткѣ, не вызвала отравленія, непосредственно послѣ сулемы слѣдовало обильное орошеніе полости матки 4% растворомъ борной кислоты. Помимо промываній полости матки, нѣсколько разъ въ день производились еще влагалищныя сулемовыя сиринцеванія. Не смотря на то, что въ теченіи ближайшихъ дней пребыванія больной въ клинич. Институтѣ запахъ и выдѣленіе омертвѣлой ткани изъ полости матки не прекращалось, температура однако не превышала субфебрильныхъ цифръ, а пульсъ представляль лишь незначительное учащеніе. Самочувствіе больной было сносно, если исключить сильныя схватывающія боли, на которыя очень жаловалась больная. Силы больной поддерживались назначеніемъ ей довольно большого количества крѣпкаго вина, питательной діеты и малыхъ дозъ хинина совмѣстно съ растворомъ соляной кислоты. Такъ какъ омертвѣ-



лый фиброидъ выдѣлялся довольно большими кусками, то оставалась надежда, что этимъ путемъ постепенно выдѣлится весь фиброидъ, и такимъ образомъ наступитъ самоисцѣленіе, если конечно до того не обнаружатся явленія общаго септического зараженія. По этому, въ виду плохого предсказанія отъ чревосѣченія, рѣшено было пока воздержаться отъ этой операціи, не измѣнять примѣнявшагося лѣченія и немедленно приступить къ лапаротоміи лишь въ томъ случаѣ, если обнаружатся общіе симптомы сепсиса отъ всасыванія продуктовъ разложенія. Опасеніе послѣдняго не замедлило впрочемъ вскорѣ оправдаться: начиная съ шестаго дня пребыванія больной въ клинич. Инст., стали обнаруживаться признаки общаго септического заболѣванія, которые выразились учащеніемъ пульса, повышеніемъ температуры (наканунѣ операціи  $t^{\circ}$  39,6), познабливаніемъ, потами, головою болью, — однимъ словомъ несомнѣнными симптомами общаго септического зараженія, требовавшаго для спасенія жизни больной немедленнаго и радикальнаго освобожденія ея отъ гнилостнаго очага.

Въ виду этого 12-го февраля 1891 г. приступлено въ производствѣ чревосѣченія, какъ къ послѣднему средству спасенія больной отъ вѣрной гибели. Прежде чѣмъ перейти къ описанію операціи считаю необходимымъ однако еще добавить, что за послѣдніе два дня до операціи къ указаннымъ уже симптомамъ присоединилась еще крайняя чувствительность увеличенной матки при движеніяхъ ея и вообще къ давленію, особенно въ боковыхъ частяхъ ея. Было ясно, что мѣстный процессъ распространился и захватилъ связочный аппаратъ (*peri — parametritis acuta*), а, быть можетъ, и придатки. Рѣшившись на чревосѣченіе, нужно было имѣть въ виду и это возможное осложненіе, и, такъ какъ наша больная представляла показаніе для чревосѣченія изъ ряду выходящее, то надо было заранѣе обдумать и взвѣсить всѣ возможныя случайности и намѣтить образъ дѣйствій при выполненіи отдѣльныхъ фазъ операціи: нашей цѣлью теперь представлялось не столько удаленіе имѣвшагося фиброида, какъ таковаго, сколько возможно наиболѣе радикальное освобожденіе



организма отъ заражающаго его кровь гнилостнаго начала. Къ достиженію именно этой задачи и должны по этому были быть направлены всѣ наши дѣйствія. Въ виду раньше констатированнаго распространенія процесса *per continuitatem* не только на паренхиму матки, но и на серозный ея покровъ, мнѣ казалось болѣе цѣлесообразною и коренною мѣрой—удаленіе не только омертвѣлаго фиброида, но и всей матки, въ которой онъ былъ заключенъ. Такой образъ дѣйствія представлялъ больше шансовъ заразъ удалить всѣ гнилостно зараженныя ткани, съ одной стороны; съ другой же, вырѣзывая всю матку, я избѣгалъ необходимости вскрывать ея полость, а слѣдовательно и возможности непосредственнаго зараженія брюшной полости во время самой операціи. Надвлагалищная ампутація съ послѣдовательнымъ внѣбрюшнымъ укрѣпленіемъ ножки, по выше изложеннымъ мотивамъ, должна была считаться менѣе пригодной въ данномъ случаѣ, чѣмъ намѣченный нами образъ дѣйствій: при производствѣ надвлагалищной ампутаціи, мы бы неизбѣжно были вынуждены не только вскрыть полость матки, но и оставить шейку, пораженную острымъ септическимъ эндометритомъ, что ухудшало прогнозъ.

Первоначально намѣченный планъ, истекавшій изъ желанія поступить по возможности консервативно и сохранить матку, очевидно падалъ самъ собой, такъ какъ онъ былъ проектированъ въ расчетѣ, что измѣненія опухоли не имѣли еще септического характера. Если бы даже намъ удалось уберечь брюшную полость отъ загрязненія во время вылуциванія фиброида изъ вскрытой матки, то и тогда всетаки, вслѣдствіи невозможности полнаго и вполне надежнаго обеззараживанія полости оставленной матки, шансы на выздоровленіи были бы хуже, чѣмъ при удаленіи всего органа, такъ какъ послѣдній способъ давалъ бы еще и наилучшій оттокъ патологическимъ продуктомъ, буде таковыя обнаружатся въ брюшной полости.

Рѣшившись на подобный образъ дѣйствій, чрезвычайно важно было основательно закрыть просвѣтъ маточной шейки, чтобы навѣрняка устранить возможность загрязненія раны во время

операции. Съ этою цѣлью 12 февр. въ день операціи, однимъ изъ моихъ ассистентовъ было приступлено еще разъ къ возможно полной и тщательной дезинфекціи полости матки: Съ этою цѣлью, какъ дѣлалось и раньше, корнцангомъ удалены очень большіе обрывки омертвѣлой ткани, издававшей страшное зловоніе, а затѣмъ полость матки промыта подъ значительнымъ давленіемъ растворомъ сулемы 1:2000 и послѣдовательно 5% карболовой кислоты. Избытокъ дезинфицирующей жидкости, задержанный въ маткѣ, удалялся полосами іодоформированной марли, которыя вводились въ полость матки до тѣхъ поръ, пока полосы выходили почти сухими. Вслѣдъ за этимъ полость матки окончательно затампонирована свѣжими полосами марли, предназначенной для всасыванія и задержки гнилостныхъ продуктовъ полости матки. Затѣмъ, съ тою же цѣлью, наружный зѣвъ зашитъ довольно густо наложенными швами. Когда такимъ образомъ полость матки съ содержащимися въ ней гнилостными массами была вполне изолирована, вторично произведена тщательная дезинфекція рукава, наружныхъ половыхъ органовъ и бедеръ. Приступая вслѣдъ за этимъ къ удаленію всей матки, мнѣ казалось наиболѣе цѣлесообразнымъ употребить сочетанный способъ: начать вырѣзываніе матки со стороны рукава и этимъ путемъ отдѣлить ее отъ смежныхъ органовъ, на сколько это окажется возможнымъ, а затѣмъ вскрыть брюшную полость и окончить операцію съ этой стороны. Въ виду этого я началъ съ круговаго разрѣза около влагалищной части и приступилъ къ отдѣленію сводовъ, какъ это мною практикуется при влагалищномъ вырѣзываніи всей матки.<sup>1)</sup> Отдѣливъ пузырь отъ маточной шейки, на сколько это представлялось возможнымъ, а также и задній сводъ, не вскрывая брюшины, я обкололъ крѣпкими лигатурами нижній отдѣлъ широкихъ связокъ съ правой и лѣвой стороны, насколько позволяла почти не смѣщавшаяся

<sup>1)</sup> См. Журн. Ак. и Женск. болѣзней № 12. 1887 г. а также Annales de gynecologie et d'Obstetrique за 1889 г.

внизъ matka. При перерѣзкѣ соотвѣтственнаго участка клѣтчатки съ лѣвой стороны, получилось довольно сильное артериальное кровотеченіе изъ перерѣзанной вѣтви arteriae uterinae. Такъ какъ произвести обкалываніе въ глубинѣ влагалища и при почти не смѣщавшейся книзу маткѣ было невозможно, то кровоточащее мѣсто захвачено щипцами *Richelot*, въ расчетѣ обколоть кровоточащій сосудъ послѣдовательно состороны брюшной полости. Такъ какъ шейка теперь сильнѣе вдавалась въ рукавъ вслѣдствіе отдѣленія сводовъ, а изъ зѣва, не смотря на закрывавшіе его швы, просачивалась влага изъ полости матки, то, во избѣжаніе этого осложненія, на шейку en masse наложена толстая лигатура, которая, сильно сдавивъ влагалищную часть, окончательно закрыла просвѣтъ цервикальнаго канала. По окончаніи этого момента операціи, влагалище затампонировано полосами іодоформенной марли. Такая тампонація не только останавливала паренхиматозное кровотеченіе изъ мѣста отдѣленія сводовъ, но, кромѣ того, выполняя эти мѣста, существенно облегчала технику окончательнаго вскрытія сводовъ со стороны брюшной полости, устраняя необходимость, чтобы ассистентъ вводилъ со стороны влагалища свой палець въ сводъ (*Martin*), или употребленіе съ этой цѣлью особыхъ инструментовъ (*Chrobak*). Плотнo вложенный тампонъ очень хорошо прощупывается со стороны Дугласова пространства и позволяетъ смѣло вести разрѣзъ въ этомъ направленіи. Тампонація передняго свода, въ свою очередь, облегчаетъ отдѣленіе пузыря. По окончаніи тампонаціи, больная помѣщена на косую плоскость съ сильно приподнятымъ тазомъ (положеніе *Trendellenburg*'a) и, послѣ обычной дезинфекціи брюшныхъ покрововъ, приступлено къ вскрытію брюшной полости по бѣлой линіи. Представившаяся намъ вслѣдъ за этимъ картина была крайне характерна, и въ общемъ, подтвердила предположенное до операціи измѣненіе частей: увеличенная до указанныхъ выше размѣровъ matka была покрыта гиперемированною брюшиной. На передней поверхности матки ясно выступали утолщенныя круглыя связки; задняя поверхность матки была соединена съ окружающими органами цѣлой

массой очень рыхлыхъ сращеній, напоминающихъ паутину и отдѣлявшихся безъ малѣйшаго насилія; сращенія эти разпространялись не только на заднюю поверхность матки, но переходили и на придатки. Кромѣ указаннаго, при осмотрѣ вскрытой брюшной полости ощущался сильный гнилостный запахъ, подобный тому, какой издавали выходившіе до операціи изъ полости матки обрывки омертвѣлаго фиброида. При ближайшемъ осмотрѣ не трудно было доискаться источника упомянутого зловонія. Правая фаллопиева труба представлялась растянутой до толщины нѣсколько большей, чѣмъ большой палець, и, благодаря имѣвшимся склейкамъ, представляла массу съ малое куриное яйцо, тѣсно сращенную съ сильно увеличеннымъ и воспаленнымъ яичникомъ. Цвѣтъ всего конгломерата былъ грязно фіолетовый и обусловливался просвѣчиваніемъ ихорознаго содержимаго яйцевода, которое, вѣроятно, подъ вліяніемъ отдѣленія сращеній, получило доступъ наружу. Приподнявъ немедленно, но осторожно, правую трубу вмѣстѣ съ яичникомъ, я наложилъ лигатуры на сѣмянные сосуды, а равно и на маточный конецъ трубы и *lig. ovaricum proprium*, и правые придатки отрѣзалъ, чтобы избѣгнуть при дальнѣйшихъ манипуляціяхъ изліянія содержимаго трубы. Лѣвые придатки представляли такую же картину, какъ и правые, и тоже удалены по наложеніи лигатуръ.

Въ то время какъ лѣвый яичникъ былъ поднятъ кверху, оказалось, что въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ прилегалъ къ брюшинѣ, уже образовался воспалительный выпотъ брюшины, который частью охватывалъ обращенную къ нему поверхность яичника. Приподнять яичникъ удалось однако очень легко, такъ какъ сращеній въ этомъ мѣстѣ почти еще не имѣлось, хотя набухшая брюшина и представляла отпечатокъ въ видѣ овальной ямки отъ прилегавшаго яичника. Отдѣливъ съ двухъ сторонъ придатки, приступлено къ отдѣленію отъ матки пузыря. Такъ какъ верхняя граница его прикрѣпленія была ясно выражена, то, проводя черезъ брюшину разрѣзъ параллельно верхнему краю пузыря, легко удалось проникнуть въ рыхлую клѣтчатку

и, придерживаясь тѣла матки, безъ всякаго труда пальцемъ отслоить пузырь и проложить сообщеніе до лежащаго спереди отъ маточной шейки тампона. Перевязавъ остатокъ правой широкой связки, а также и крестцово-маточную связку, и перерѣзавъ ихъ прикрѣпленіе къ маткѣ, руководствуясь вложеннымъ въ задній сводъ тампономъ, безъ труда удалось вскрыть Дугласово пространство. Оставшаяся связь матки съ лѣвой стороны легко устранена перевязкой и послѣдовательной перерѣзкой лѣвыхъ связокъ, послѣ чего отдѣленная со всѣхъ сторонъ матка цѣликомъ удалена изъ организма больной.

Перерѣзанныя части послѣдовательнаго обкалыванія не потребовали, такъ какъ кровотеченія по удаленіи матки нигдѣ не наблюдалось. Лежавшая въ рукавѣ іодоформенная марли замѣнена свѣжей, которая введена во влагалище со стороны брюшной полости. Введеніе марли во влагалище затрудненія не представило, такъ какъ влагалище сообщалось съ брюшиной широкимъ отверстіемъ, черезъ которое одинъ изъ ассистентовъ свободно захватилъ марлевую полосу введеннымъ въ влагалище корнцангомъ. Для того, чтобы предотвратить непосредственное прикосновеніе кишечныхъ петель къ влагалищному тампону, я счелъ цѣлесообразнымъ, не затрудняя тѣмъ оттока выдѣленій раны, наложить на среднюю часть имѣвшагося сообщенія между брюшной полостью и влагалищемъ два шелковыхъ шва, соединяющихъ заднюю стѣнку пузыря съ отдѣленнымъ отъ матки заднимъ сводомъ влагалища.

Сдѣлавъ туалетъ брюшины и посыпавъ небольшимъ количествомъ іодоформа полость малаго таза, приступлено къ зашиванію брюшной стѣнки, и по наложеніи повязки больная перенесена въ согрѣтую постель, гдѣ она скоро пришла въ себя.

При осмотрѣ вырѣзанной матки, вскрытой по передней ея стѣнкѣ, оказалось, что полость ея, выполненная отчасти іодоформенной марли, содержала кромѣ того еще довольно объемистый остатокъ разлагавшагося фибрида величиною нѣсколько меньше кулака, по виду представлявшійся такимъ же, какъ и раньше выдѣлявшійся его части. Стѣнки матки значительно

утолщены, и въ толщѣ ихъ въ области праваго рога расположенъ другой фиброидъ съ небольшою грецкій орѣхъ.

Слизистая оболочка представляетъ картину гангренознаго эндометрита, переходящаго и на растянутыя фаллопиевы трубы. Оба яичника увеличены до размѣровъ небольшой сливы, представляютъ явленія остраго септического оофорита и содержатъ по нѣсколько кистовидныхъ полостей съ мутнымъ гноеподобнымъ содержимымъ. Удаленная часть широкихъ связокъ отечна.

Послѣоперационное теченіе за первые три дня представлялось вполне благопріятнымъ: быстро оправившись отъ наркоза, больная почти не жаловалась на тошноту и, вообще, самочувствіе ея было вполне удовлетворительное. Температура понизилась до нормы; пульсъ же представлялъ менѣе рѣзкое измѣненіе и былъ довольно слабый. Съ третьяго же дня послѣ операціи температура опять стала повышаться, пульсъ участился до 110—120 ударовъ въ минуту, больная нѣсколько разъ произвольно выдѣляла мочу и жаловалась на познбливаніе. По удаленіи изъ влагалища тампоновъ изъ лѣвой части раны выдѣлилось довольно большое количество зловонной ихорозной жидкости и около чайной ложки такого же гноя. Хотя больной ежедневно тщательно промывали влагалище, раскрывая его зеркаломъ *Симса*, при чемъ изъ раны выходили омертвѣлыя части тканей и наложенные швы, и кромѣ того 4—5 разъ въ сутки дѣлались влагалищныя спринцованія изъ 4% борной кислоты, температура всетаки не падала и около 6 дней держалась между 38,5 и 39,5° ц. при пульсѣ въ 120—130 ударовъ. Съ десятаго дня t° стала замѣтно падать и вскорѣ достигла нормальныхъ величинъ; разрѣзъ брюшной стѣнки частью заживалъ путемъ грануляцій; рана во влагалищѣ замѣтно очистилась, и больная съ этого времени стала быстро поправляться, чему содѣйствовало усиленное питаніе больной, которому благопріятствовало то обстоятельство, что въ теченіе всего послѣоперационнаго періода больная пользовалась отличнымъ аппетитомъ и переносила большія количества вина: бывали дни, когда больная выпивала по цѣлой бутылкѣ портвейна, не чув-

ствуя при этомъ ни малѣйшаго опьяненія. На 22-й день больная встала съ постели, а спустя еще 10 дней совершенно поправилась и была въ состояніи оставить Клиническій Институтъ.

Случай, только что мною изложенный и разобранный, даетъ мнѣ поводъ остановиться на нѣкоторыхъ его выдающихся особенностяхъ, а съ тѣмъ вмѣстѣ и высказать нѣкоторыя соображенія, вытекающія изъ только что представленныхъ клиническихъ данныхъ. Во всякомъ лѣченіи, и особенно при оперативномъ вмѣшательствѣ всегда составляется двоякая оцѣнка случая: во 1-хъ—дооперационная, съ помощью которой устанавливается планъ нашихъ дѣйствій, и во 2-хъ—послѣоперационная оцѣнка, то есть критическая провѣрка правильности того, что уже произведено. Въ болѣзненныхъ формахъ, часто встрѣчаемыхъ и хорошо изученныхъ, обыкновенно все случайности и особенности уже заранѣе предусмотрѣны, и только въ рѣдкихъ случаяхъ получаются такія непредвидѣнныя комбинаціи и измѣненія, которыя могутъ заставить отклониться отъ работанныхъ и установленныхъ практикой мѣропріятій. Нашъ случай конечно не можетъ быть отнесенъ къ подобной категоріи и заслуживаетъ того, чтобы предварительно сдѣланная ему оцѣнка была провѣрена послѣдующимъ теченіемъ. Въ общемъ, долженъ заявить, какъ это видно и изъ исторіи болѣзни, что важность вытекавшихъ изъ поставленнаго еще до чревосѣченія діагноза мѣропріятій не только подтвердилась, но наша еще больше основанія въ томъ, что обнаружилось при вскрытіи брюшины и при дальнѣйшемъ теченіи случая. Оказалось, что приведенный нами въ исполненіе оперативный приемъ былъ *единственно* показаннымъ, чтобы спасти жизнь больной. Еслибы мы промедлили съ операціей еще хотя бы даже нѣсколько дней, больная почти навѣрное пала бы жертвой остраго септического перитонита (перфоративнаго), обусловленнаго тяжелыми измѣненіями фаллопиевыхъ трубъ и гнилостнымъ содержимымъ ихъ. Одно лишь чревосѣченіе позволило намъ окончательно убѣдиться въ глубокихъ болѣзненныхъ и опасныхъ для жизни измѣненіяхъ придатковъ, требовавшихъ немедлен-



наго ихъ удаленія. Даже сравнительно легкое удаленіе гангренознаго фиброида черезъ родовые пути (какъ это мнѣ пришлось наблюдать въ другомъ случаѣ, бывшемъ въ нашемъ пользованіи за самое послѣднее время) не могло бы избавить больную отъ вѣрной гибели.

Не смотря на многосторонній интересъ описаннаго случая и на ту логическую послѣдовательность, которая связываетъ отдѣльные фазы лѣчебныхъ мѣропріятій, было бы однако преждевременно, на основаніи лишь одного случая, вдаваться въ обобщенія, а потому въ заключеніе я позволю себѣ подчеркнуть лишь заслуживающее особеннаго вниманія въ чисто практическомъ отношеніи:

во 1-хъ, что слѣдуетъ расширить показаніе для «полнаго» удаленія фиброматозной матки для случаевъ подобныхъ нашему;

во 2-хъ, слѣдуетъ отмѣтить, что въ такихъ случаяхъ полное удаленіе матки несомнѣнно представляется наиболѣе надежнымъ средствомъ къ устраненію заразнаго начала.

О свободномъ оттоку выдѣленій чрезъ образовавшееся сообщеніе брюшной полости съ влагалищемъ въ случаяхъ, гдѣ уже подозрѣвается пораженіе брюшины, слѣдуетъ особенно заботиться; поэтому въ будущемъ я считаю цѣлесообразнымъ совершенно отказаться отъ зашиванія отверстія, образуемаго отдѣленіемъ матки отъ сводовъ и остальныхъ окружающихъ ее частей.

И въ 3-хъ, что при гангренищенціи фиброида въ полости матки необходимо выяснить, въ какомъ состояніи находятся придатки, дабы, въ случаѣ пораженія и этихъ послѣднихъ, принять соотвѣтствующія мѣры.