

VI.

Случай stenosis orificii externi uteri post partum cum haematometra cervicali temporaria et endometritide consecutiva.

Д-ра М. Л. Папернаго.

(Ординатора клиники Акушерства и Женских болѣзней проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ).

Случаи вообще стеноза наружнаго маточнаго зѣва безъ какихъ либо важныхъ осложненій совсѣмъ не рѣдки; если же я позволю себѣ болѣе подробно остановиться на нижеслѣдующемъ случаѣ, то это потому, что онъ представляетъ для насъ нѣкоторый интересъ въ трехъ отношеніяхъ: а) дифференціально-діагностическомъ; б) этиологическомъ и в) по отношенію къ своимъ послѣдствіямъ.

Больная, Э. Т., явилась въ амбулаторію клиники 14 октября сего года, жалуясь на сильное, почти непрерывное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, продолжающееся, по ея словамъ, уже около 10 мѣсяцевъ; за все время болѣзни она лѣчилась дома, въ маленькомъ городкѣ Ковенской губ., различными внутренними средствами безъ всякаго успѣха, такъ что для болѣе рациональнаго лѣченія она рѣшилась пріѣхать въ Варшаву. Изъ анамнеза мы далѣе узнали слѣдующее: больная, жена торговца, питалась всегда хорошо, работала не тяжело; начала ходить на 2-мъ году жизни, при чемъ въ дѣтствѣ, да и въ позднѣйшемъ возрастѣ, никакой серьезной болѣзнию не страдала.—Больной теперь 31 г.; первыя крови она получила на 15-мъ году жизни, вторыя пришли черезъ мѣсяць; повторялись онѣ въ правильные промежутки времени, черезъ каждыя 4 недѣли и продолжались обыкновенно 3—4 дня, при чемъ количество крови, выдѣляемое во время каждой менструаціи, было всегда небольшое; никакихъ болей ни до

ни во время кровей, больная никогда не ощущала. На 23 году жизни (слишкомъ два года тому назадъ) больная вышла замужъ, послѣ чего характеръ кровей остался сначала тотъ-же; затѣмъ на 5-мъ мѣсяцѣ половой жизни она забеременѣла, страдая врожденнѣи первыхъ пяти мѣсяцевъ беременности чрезвычайно сильной, почти неукротимой рвотой; наконецъ, въ концѣ 9 мѣсяца беременности (годъ тому назадъ) больная родила доношеннаго мертвaго ребенка, при чемъ роды, по словамъ больной, были чрезвычайно тяжелые: одновременно съ началомъ родовыхъ болей отошли и околоплодные воды, родовыя боли были чрезвычайно сильны въ продолженіи 4 дней и только на 5-й день былъ приглашенъ врачъ, предпринявшій для окончанія родовъ операцию прободенія головки на мертвомъ уже плодѣ; родила ли больная уменьшеннаго въ объемѣ ребенка вскорѣ силами природы, или-же перфорированный ребенокъ былъ извлеченъ инструментально, этого больная сказать намъ не въ состояніи. Въ послѣ родовомъ періодѣ больная не лихорадила и вообще чувствовала себя вполне здоровой, однако съ постели встала только на 14-й день. Въ продолженіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ послѣ родовъ крови совсѣмъ не показались; только въ началѣ 3-го мѣсяца начала показываться кровь изъ половыхъ органовъ, что и продолжается до настоящаго времени. Кровотеченіе это, хотя почти непрерывное, бываетъ однако различно по своей силѣ, при чемъ по отношенію къ послѣдней замѣчается известная послѣдовательность явленій: когда должна наступить менструація, кровотеченіе обыкновенно бываетъ обильное; спустя нѣкоторое время кровь начинаетъ изливаться по каплямъ, наконецъ, оно совсѣмъ прекращается на день—два, чтобы затѣмъ начать свой циклъ снзнова. Въ короткихъ промежуткахъ, свободныхъ отъ кровей, у больной показываются бѣли, бѣловато-желтаго цвѣта, оставляющія значительныя пятна на бѣлѣ, но не вызывающія чувства жженія въ наружныхъ половыхъ органахъ. Благодаря почти постоянному кровотеченію и значительнымъ бѣлямъ, больная по ея словамъ, за время болѣзни значительно похудѣла и ослабѣла.

Status praesens. Больная, блондинка, средняго роста, довольно крѣпкаго тѣлосложенія; подкожнаго жиру вездѣ много, особенно въ области живота; лицо и видимыя слизистыя оболочки блѣдно-ваты. При наружномъ изслѣдованіи органовъ малаго таза ничего ненормальнаго не находимъ; размѣры таза: dist. spin. = 24; d. cr = 28; conj. ext = 16,5; большія и малыя губы развиты нормально, промежность цѣла.

При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, влагалище представляется рыхлымъ и складчатымъ, при чемъ особенно интересны данныя, полученные по отношенію къ portio vaginalis: orif. externum uteri совсѣмъ не прощупывается, а влагалищная часть матки кажется состоящей изъ двухъ, рѣзко отличающихся другъ отъ друга, частей: передней, но консистенціи напоминающей такую-же переднюю губу и задней, которая ощущается въ видѣ мѣшкообразной опухоли, полулунной формы, выпуклостью обращенной книзу

имѣющей въ поперечникѣ приблизительно около 5 сант., а въ передне-заднемъ размѣрѣ около 3 ст. Эластическая консистенція этой опухоли напоминаетъ собой таковую кисты, такъ что сразу получается представление о жидкомъ содержимомъ опухоли: стѣнки послѣдней мягки и податливы, при чемъ болѣе сильнымъ надавливаніемъ на нихъ пальцемъ можно прощупать, какъ сквозь пузырь, другое болѣе плотное тѣло, дѣлающей по консистенціи своей впечатлѣніе губы влагалищной части (задней). Тѣло матки ясно прощупывается въ переднемъ сводѣ, объемъ матки немного только увеличенъ, консистенція ея плотная; она легко подвижна по всѣмъ направленіямъ, при надавливаніи болѣзненна; задній и боковые своды вполне свободны; яичники и трубы не прощупываются ни увеличенными, ни болѣзненными; conj. diag = 9,75. При изслѣдованіи зеркаломъ намъ представилась слѣдующая картина.

Влагалищная часть матки объемиста, неправильной формы, наружное отверстіе располагается ближе къ передней стѣнкѣ и представляется въ видѣ маленькаго отверстія, величиной въ булавочную головку, съ совсѣмъ гладкими краями, черезъ которое свободно можетъ пройти только тоненькій глазной зондъ, при чемъ послѣдній углубляется въ полость на разстояніи слишкомъ 7 ст., отъ вышеупомянутаго отверстія, изъ котораго непрерывно вытекаетъ по каплямъ темнобурая, шоколаднаго цвѣта, густая кровь; справа и слѣва отъ отверстія видны двѣ довольно глубокия борозды, направляющіяся косо къзади въ конвергирующемъ направленіи. Спереди отъ отверстія видна передняя губа, немного увеличенная въ объемѣ; къзади отъ него, на мѣстѣ задней губы, вышеописанная уже опухоль, стѣнки которой при осмотрѣ дѣлаютъ совсѣмъ впечатлѣніе таковой вагины; надавливая на опухоль задней ложкой зеркала, мы замѣчаемъ, что количество крови, выдѣляемой изъ отверстія, значительно увеличивается и идетъ довольно сильной струей, сама-же опухоль одновременно съ тѣмъ немного спадаетъ.

Больная, на предложеніе наше, въ тотъ-же день записалась въ клинику; здѣсь, кромѣ половыхъ органовъ, тщательно были изслѣдованы и остальные органы больной, при чемъ въ послѣднихъ ничего ненормальнаго не найдено; отравленія пищеварительныхъ органовъ и мочевого пузыря правильны; въ мочѣ аномальныхъ составныхъ частей нѣтъ. Изъ конституціонныхъ болѣзней, lues, на основаніи анамнеза и объективнаго изслѣдованія, съ положительностью можно исключить. $T^0 = 36,9$; $P = 64$, средней силы и наполненія; $R = 24$. 15/x и 16/x, у больной выдѣлялось довольно значительное количество темной, густой крови изъ половыхъ органовъ. 17/x при изслѣдованіи больной въ наркозѣ, непосредственно передъ операціей, мы нашли мѣшковидную опухоль почти совсѣмъ спавшейся, стѣнки-же ея плотными и морщинистыми, что легко объяснилось тѣмъ обстоятельствомъ, что почти все содержимое опухоли вышло наружу въ продолженіе двухдневнаго пребыванія больной въ клиникѣ. Сейчасъ-же было

приступлено къ операціи: сдѣланъ разрѣзъ краевъ видимаго маленькаго отверстія кзади и въ стороны, вслѣдъ затѣмъ изъ него вылилось небольшое количество густой, темной, похожей на кофейную гущу, крови; полость матки тщательно выскаблена и вприснута въ нее полный правая шприцъ ol. Martis; наконецъ сдѣлана *amputatio portionis vaginalis cuneiformis*. съ послѣдующимъ наложеніемъ 18 швовъ; мѣсто швовъ засыпано іодоформомъ и во влагалище заложенъ тампонъ изъ іодоформенной марли. Вся операція продолжалась 26 минутъ, при чемъ никакихъ непріятныхъ осложнений со стороны больной при хлороформированіи не было. Послѣ-операціонный періодъ прошелъ совсѣмъ гладко: t^0 за все время субнормальная = 36^0-37^0 ; Puls, всегда полный = 60—70, R = 20—26; тошнота и рвота, которыми страдала больная въ первый день послѣ операціи, при совсѣмъ впашемъ и безболѣзненномъ животѣ, скорѣ прекратились и больная до конца пребыванія въ клиникѣ чувствовала себя прекрасно. 23/x сняты швы, при чемъ сращеніе получилось *per primam* и 1/x больная выписалась изъ клиники вполне здоровой: ни кровотеченія, ни бѣлей, ни болей у нея не было; при комбинированномъ изслѣдованіи найдено теперь слѣдующее: матка небольшая, почти нормальной консистенціи, въ антефлексіи, вполне подвижна; *portio vaginalis* небольшой величины, *orif. externum uteri* въ видѣ довольно широкой, поперечной щели.

1) Что касается діагноза *stenosis orificii externi uteri* вообще, то онъ зачастую ставится только на основаніи кажущейся чрезмѣрной, ненормальной, узости наружнаго маточнаго зѣва, константируемой объективно: при изслѣдованіи *per vaginam* зѣвъ едва только или даже совсѣмъ не прощупывается; при осмотрѣ зеркалами онъ представляется не въ видѣ поперечной щели, а какъ маленькое, круглое отверстіе или углубленіе и, наконецъ, при зондированіи зондъ обыкновенной толщины въ 3—4 мм. чрезъ него не проходитъ. Если вдобавокъ больная жалуется на *dysmenorrhoea* и *sterilitas*, то діагнозъ въ большинствѣ случаевъ уже готовъ.

Но дѣло въ томъ, что съ одной стороны нормальная величина *orificii externi* не есть вѣдъ величиной постоянной и небольшое уклоненіе ея въ ту или другую сторону еще нельзя назвать патологическимъ; а съ другой стороны, такіе субъективные симптомы, какъ *dysmenorrhoea* и *sterilitas*, не составляютъ ничего такъ сказать специфическаго для стеноза наружнаго зѣва, ибо онѣ встрѣчаются и при многихъ другихъ страданіяхъ матки и ея придатковъ, какъ при: недоразвитой маткѣ (*uterus infantilis et pubescens*), *anteflexio* и *retroflexio*

uteri, endo para-и perimetritis, salpingitis, oophoritis etc. Следовательно, если бы мы хотѣли поставить діагнозъ только на основаніи вышеупомянутыхъ объективныхъ и субъективныхъ симптомовъ больной, мы бы, по всей вѣроятности, слишкомъ часто діагносцировали стенозъ тамъ, гдѣ его на самомъ дѣлѣ быть можетъ совсѣмъ нѣтъ. Поэтому не желая впасть въ ошибку, мы при постановкѣ діагноза должны руководиться болѣе надежнымъ критеріемъ, именно необходимымъ послѣдствіемъ долго существовавшего стеноза, и только при наличности послѣдняго явленія діагнозъ нашъ не будетъ подлежать малѣйшему сомнѣнію. Такимъ неизбѣжнымъ послѣдствіемъ стеноза, на которомъ главнымъ образомъ долженъ основываться діагнозъ, это *расширеніе цервикальнаго канала*, развивающееся позади суженнаго зѣва: слизь, нормальный продуктъ выдѣленія цервикальныхъ железъ, не имѣя достаточно свободнаго выхода наружу, скопляется въ полости цервикальнаго канала, превращается со временемъ въ чрезвычайно густую, стекловидную, почти студенистую массу и въ такомъ видѣ механически растягиваетъ полость; понятно, что стѣнки цервикальнаго канала, вслѣдствіе продолжительнаго механическаго инсульта, подвергаются со времени гипертрофіи и значительно утолщаются, результатомъ чего является бочковидное утолщеніе всей влагалищной части, а въ высшихъ степеняхъ стеноза послѣдняя получаетъ полушаровидную форму съ круглымъ отверстіемъ по срединѣ и отличить маточныя губы тогда представляется невозможнымъ, при чемъ края зѣва представляютъ въ такихъ случаяхъ измѣненія, свойственныя хроническому катарру шейки. Поставивъ наконецъ діагнозъ стеноза наружнаго зѣва, мы, для большей полноты и точности, равно какъ для вѣрнаго нашего терапевтическаго вмѣшательства, обязаны тщательно изслѣдовать матку и ея придатки и только въ случаѣ, если въ нихъ ничего ненормальнаго не находимъ, мы въ правѣ приписать всѣ припадки найденному нами стенозу. Возвращаясь къ нашему случаю, мы видимъ, что діагнозъ здѣсь совсѣмъ не труденъ; чрезвычайно малая величина наружнаго зѣва и бочковидно расширенный цервикальный каналъ вполне достаточны для постановки діагноза суженія. Но кромѣ того, мы объективно и субъективно констатируемъ

здѣсь довольно обильное и постоянное изліяніе темной, густой крови изъ наружнаго зѣва, при чемъ цервикальный каналъ превращенъ (главнымъ образомъ насчетъ растяженія задней стѣнки) въ довольно значительную флюктуирующую опухоль, непосредственная связь которой съ наружнымъ зѣвомъ не подлежитъ малѣйшему сомнѣнію: очевидно мы имѣемъ здѣсь дѣло не только съ задержаніемъ слизи въ цервикальномъ каналѣ, но и съ временнымъ переполненіемъ послѣдняго менструальной кровью, т. е. съ *haematometra cervicalis temporaria*.

Плотное тѣло, протынуваемое сквозь стѣнки кровяной опухоли, это нижній сегментъ тѣла матки, вдающійся въ видѣ клина въ бочковидно расширенный цервикальный каналъ; двѣ борозды по сторонамъ отъ стенозированнаго *orificiі externi* произошли вѣроятно отъ глубокихъ рубцовъ шейки матки. Увеличенная, наконецъ, немного матка, болѣзненность ея при надавливаніи и существующія бѣли указываютъ и на послѣдовательно развившійся здѣсь эндометритъ, такъ что въ совокупности полный діагнозъ даннаго случая въ связи съ этиологическимъ его моментомъ гласить: *stenosis orificiі externi post partum cum haematometra cervicali temporaria et endometritide consecutiva*. Но какъ ни просто этотъ діагнозъ, можно было тѣмъ не менѣе объяснить себѣ всѣ объективные и субъективные симптомы даннаго случая не стенозомъ наружнаго зѣва, а другимъ, хотя и болѣе рѣдкимъ явленіемъ, встрѣчающимся особенно послѣ тяжелыхъ родовъ, именно неполной *атрезіей vaginae post partum*. Можно было предполагать, что благодаря значительнымъ поврежденіямъ при родахъ произошло впослѣдствіи отчасти сращеніе передней и задней стѣнокъ влагалища между собой, отчасти сращеніе задней влагалищной стѣнки съ краемъ передней маточной губы, при чемъ вслѣдствіе неполнаго сращения вышеупомянутыхъ частей между собою осталось незначительное отверстіе; послѣднее ведетъ въ искусственно образованный, наполненный менструальной кровью мѣшокъ, стѣнки котораго сзади и съ боковъ составляютъ стѣнки влагалища и влагалищная часть матки; въ глубинѣ же, за маленькимъ отверстіемъ, можно было предполагать, находится настоящее *orif. extern. nteri*, быть можетъ нормальной величины. При каждой менструаціи, кровь изъ *orif. externum*

uteri не имѣть возможности, вслѣдствіе сращеній влагалища съ передней губой вся выдѣляться наружу, скопляется потому въ вышеописанномъ мѣшкѣ, растягиваетъ его и придаетъ ему видъ флюктуирующей опухоли; достигши извѣстнаго натяженія, кровь подъ усиленнымъ давленіемъ начинаетъ выдѣляться наружу изъ оставшагося маленькаго отверстія, сначала въ видѣ непрерывной, медленной струи, затѣмъ по каплямъ; наконецъ, когда содержимое мѣшка уже незначительно, когда давленіе въ немъ мало, кровоизліяніе на короткое время совсѣмъ пріостанавливается, что бы съ наступленіемъ новой менструаціи опять усиленно выдѣляться наружу. Плотное тѣло, прощупываемое сквозь стѣнки кровянаго мѣшка можно было принять за находящуюся въ глубинѣ заднюю маточную губу, а происхожденіе двухъ складокъ по бокамъ маленькаго отверстія можно было объяснить неполнымъ сращеніемъ стѣнокъ влагалища между собою и съ боками влагалищной части. Кстати замѣтимъ, что подобныя соображенія относительно *atresiae vaginae post partum* не чисто теоретическаго характера, а что зарощенія влагалища послѣ родовъ дѣйствительно наблюдаются, и то не такъ рѣдко, указываетъ *Fr. L. Neugebauer* ¹⁾, при чемъ на 1000 вообще собранныхъ имъ изъ литературы случаевъ зарощенія resp. стеноза влагалища 176 приходятся на таковыя пуэрперальнаго происхожденія. А разъ извѣстное явленіе теоретически возможно, въ практикѣ дѣйствительно встрѣчается, и имъ можно объяснить всѣ симптомы даннаго случая, то съ этимъ явленіемъ, конечно, всегда надо считаться при постановкѣ окончательнаго діагноза; этимъ и объясняется, отчего мы, діагностируя у нашей больной *stenosis orificiі externi*, имѣли одновременно въ виду и возможность существованія у нея *atresiae vaginae incopletae post partum*. Въ подобныхъ случаяхъ, для дифференціальной діагностики, намъ кажется чрезвычайно важнымъ зондированіе видимаго, хоть-бы минимальнаго отверстія: а) если мы имѣемъ дѣло съ атрезіей влагалища, то зондъ проникаетъ только не значительную глубину, межъ тѣмъ при суженіи наружнаго зѣва осторожнымъ и медленнымъ зондированіемъ

¹⁾ Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen verwachsungen und verengerungen der Scheide. 1895.

можно, наконецъ, добраться до fundus uteri; б) кромѣ того, при атрезіи влагалища можно зондомъ обойти всю влагалищную часть матки или по крайней мѣрѣ одну изъ маточныхъ губъ, чего конечно при суженіи зѣва мы сдѣлать не въ состояніи и в) наконецъ наружный видъ самого отверстія можетъ намъ дать кое-какія указанія въ этомъ отношеніи: если края отверстія представляются гладкими, въ окружности его никакихъ рубцовъ не видно, то это скорѣе говоритъ противъ стеноза.

II) Приступая къ разсмотрѣнію второго, не менѣе важнаго и весьма обширнаго пункта, именно этиологіи стенозовъ наружнаго зѣва, слѣдуетъ прежде всего разъяснить вопросъ относительно существованія врожденныхъ стенозовъ orif. externi uteri, такъ какъ мнѣнія въ этомъ направленіи нѣсколько разнообразны.

Такъ, нѣкоторые изслѣдователи, какъ *Veit* ²⁾ и *E. Martin* вполне отрицаютъ существованіе врожденныхъ стенозовъ orif. externi на томъ будто-бы основаніи, что при многочисленныхъ вскрытіяхъ новорожденныхъ дѣвочекъ имъ ни разу не удалось констатировать этой аномаліи. Но противъ крайняго взгляда этихъ авторовъ можно возразить слѣдующее: а) прежде всего казалось-бы уже теоретически, что если могутъ и дѣйствительно существуютъ самые разнообразныя врожденные дефекты въ различнѣйшихъ отдѣлахъ матки, то почему какъ разъ orificium externum того-же органа должно представлять въ этомъ отношеніи какое то необходимое исключеніе? б) вышеупомянутый аргументъ *Veit*'а и *Martin*'а кажется уже на томъ основаніи недоказательнымъ, что врожденный стенозъ наружнаго зѣва слѣдуетъ во всякомъ случаѣ причислить къ явленіямъ довольно рѣдкимъ, и если слѣдовательно они до сихъ поръ не обнаружили интересующаго насъ дефекта на секціонномъ столѣ, то это еще не доказываетъ, что врожденный порокъ этотъ не будетъ найденъ ими въ будущемъ и в) наконецъ, случаи cum atresia completa congenita orificii externi uteri несомнѣнно попадаютъ; а вѣдь эти послѣдніе можно разсматривать, какъ высшую степень стеноза orif. ext. и отчего не предполагать, что отъ этихъ высшихъ степеней стеноза до нормы

²⁾ Диагностика женскихъ болѣзней, 1892, стр. 106.

могутъ существовать всевозможныя переходныя формы. Кстати замѣтимъ, что картина врожденнаго стеноза *orif. externi*, согласно многочисленнымъ описаніямъ различныхъ авторовъ, чрезвычайно характерна: наружный зѣвъ представляется въ видѣ маленькаго, кругленькаго отверстія, которое въ большинствѣ случаевъ помѣщается въ центрѣ конически удлиненной и уплотненной *portionis vaginalis*, при чемъ обѣ маточныя губы выражены болѣе или менѣе одинаково (*collum conicum*); иногда *orif. externum* находится ближе къ задней губѣ, вслѣдствіе чего передняя маточная губа кажется значительно вытянутой, придавая всей влагалищной части видъ хобота (*os tapiroide*); прощупать зѣвъ пальцемъ часто не удастся (*contracted os Sims'a*), а при изслѣдованіи зеркалами онъ узнается только по сидящей въ немъ капелькѣ густой, стекловидной слизи.

Несравненно чаще врожденныхъ стенозовъ наблюдаются приобрѣтенные стенозы *orificiі externi uteri*, которые, съ практической стороны, удобно въ свою очередь подраздѣлить на: а) приобрѣтенные еще до періода половой зрѣлости, вслѣдствіе различнаго рода задержекъ въ развитіи всей матки и б) приобрѣтенные въ періодъ половой зрѣлости, при вполнѣ сформированной во всѣхъ другихъ отношеніяхъ маткѣ.

Что касается стенозовъ перваго рода, то, какъ при маткѣ взрослой женщины, съ характерными чертами ея для новорожденной дѣвочки (*uterus foetalis et infantilis*), такъ и при таковой, со свойственными ей особенностями принадлежащими къ періоду, предшествующему половой зрѣлости (*uterus pubescens*), наружный зѣвъ представляется минимальной величины, черезъ который проходитъ только тоненькій хирургическій зондъ, а шейка матки въ такихъ случаяхъ по величинѣ своей или превалируетъ тѣло, или одинаковой съ нимъ величины. Причины, препятствующія постепенному развитію матки и удерживающія ее на низкихъ степеняхъ развитія, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще очень мало разъяснены; знаемъ только то, что приводимые здѣсь въ качествѣ этиологическихъ моментовъ: рахитъ, хлорозъ, золотуха и туберкулезъ противорѣчатъ очевидно тому факту, что упомянутые виды недоразвитой матки попадаются и у женщинъ крѣпкихъ и хорошо сложенныхъ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ; скорѣе мѣстныя раздраженія съ послѣ-

дующими воспалительными процессами, быть можетъ въ связи съ вышеупомянутыми предрасполагающими моментами, играютъ здѣсь болѣе важную роль.

Что касается, наконецъ, причинъ, вызывающихъ стенозъ *orificiæ externæ uteri* въ зрѣлой, правильно развитой маткѣ, то ихъ существуетъ цѣлая масса: не говоря уже о просто механическомъ сдавленіи наружнаго зѣва сильно отеками маточными губами и всевозможнаго рода опухолями, мы знаемъ, что все, что способствуетъ развитію рубцовой ткани кругомъ наружнаго зѣва, можетъ вызвать его стенозъ. Къ такого рода факторамъ относятся по частотѣ своей, прежде всего: 1) травма влагалищной части матки во время родовъ и мѣстные воспалительные процессы съ переходомъ въ изъязвленіе и гангрену въ послѣродовомъ періодѣ; затѣмъ; 2) всякаго рода частыя, энергичныя и неумѣстныя прижиганія *portionis vaginalis* и канала маточной шейки *ferro candente*, *Raquetin'омъ*, электричествомъ, *zinco chlorato*, *kali caustico*, *argento nitrico*, *acid. nitrico*, *ac. chromico* и проч.; 3) различныя общія инфекціонныя заболѣванія, сопровождающіяся мѣстными воспаленіями и изъязвленіями шейки матки, какъ: корь, оспа, скарлатина, дифтеритъ, тифъ, сифилисъ и пр.; 4) хроническія раздраженія *portionis vaginalis*, вызывающія нарушеніе условій мѣстнаго питанія, какъ: всякаго рода половыя возбужденія до замужества (онанизмъ); гоноррея и половое безсиліе мужа въ періодѣ половой жизни женщины; 5) долго существующій *prolapsus uteri* со значительными эрозіями кругомъ зѣва и 6) нѣкоторыя операціи, какъ: *amputatio portionis vaginalis* и оперативныя приемы при лѣченіи *prolapsus uteri*.

Изъ всѣхъ этихъ причинныхъ моментовъ мы подробнѣе остановимся только на первомъ, ближе насъ интересующемъ по отношенію къ данному случаю и на послѣднемъ, какъ до сихъ поръ мало разъясненномъ факторѣ.

Извѣстно, что при каждаго родахъ, даже совсѣмъ нормально протекающихъ, особенно у первородящихъ, происходятъ незначительныя надрывы по бокамъ отъ *orificiæ externæ*, которые впослѣдствіи заживаютъ путемъ рубцеванія; но рубцы эти обыкновенно такъ незначительны, что они не только не могутъ вызвать мало-мальское суженіе наружнаго зѣва, но даже съ

теченіемъ времени еле прощупываются при ручномъ изслѣдованіи. Дѣло совсѣмъ другое при патологическихъ родахъ, и чтобы быть болѣе понятнымъ, мы для иллюстраціи возьмемъ нашу больную. Последняя родила первый разъ на 29 году жизни, слѣдовательно передъ нами пожилая первородящая съ неподатливыми, мало эластическими вообще мягкими родовыми частями; а что для насъ еще важнѣе это то, что portio vaginalis такихъ старыхъ первородящихъ, какъ указываетъ *Dührssen* ³⁾, на основаніи многочисленныхъ анатомическихъ изслѣдованій, лишена большинства содержащихся въ ней нормально эластическихъ волоконъ; кромѣ того тазъ у нашей больной представляется общесуженнымъ: Dist. sp. = 24; dist. cr = 28; conj. ext = 16,5; conj. diag = 9,75. Къ сожалѣнію мы изъ анамнеза больной ничего не знаемъ о величинѣ и положеніи младенца во время родовъ, но если даже допустимъ, что въ этомъ отношеніи вполне доношенный ребенокъ ничего особеннаго не представлялъ, то уже на основаніи вышеупомянутыхъ данныхъ мы въ правѣ утверждать, что нашей больной несомнѣнно предстояли тяжелые роды. Дѣйствительно, изъ анамнеза мы узнаемъ, что больная, послѣ весьма ранняго отхода околоплодныхъ водъ, рожала втеченіи пяти дней и разрѣшилась только благодаря предпринятой, довольно тяжелой акушерской операціи. Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ, благодаря пространственному несоотвѣтствію между тазомъ роженицы и головкой младенца, чрезвычайно большой продолжительности родовъ и неподатливой, мало эластичной port. vaginalis, послѣдняя чрезвычайно легко могла подвергнуться самопроизвольной травмѣ, результаты которой могутъ быть различны, смотря, конечно, по степени механическаго поврежденія. Подобнаго рода поврежденія влагалищная часть матки можетъ потерпѣть и при искусственно оконченныхъ родахъ, когда акушерская помощь неумѣло подается: накладываніе щипцовъ при высокостоящей еще головкѣ и недостаточно открытомъ зѣвѣ; захватываніе при накладываніи щипцовъ одной изъ маточныхъ губъ; соскальзываніе щипцовъ, resp. краниокласта при неосторожныхъ тракціяхъ уже не разъ наносили значи-

³⁾ Beitrag zur Anatomie, Physiologie u. Pathologie der Portio vaginalis uteri. Arch. für Gy. äkol., XLI. S. 259.

тельные поврежденія шейкѣ матки, иногда даже со смертельнымъ для матери исходомъ. Если вообразимъ себѣ, что не особенно тяжелыя поврежденія влагалищной части и заживаютъ въ послѣродовомъ періодѣ путемъ рубцеванія, то все таки благодаря значительному стягиванію рубцовой ткани, маточная шейка непремѣнно должна такъ или иначе измѣниться въ своей формѣ, а благодаря послѣднему обстоятельству наружный зѣвъ очень легко можетъ закрыться или вполне, или по крайней мѣрѣ отчасти.

Точно также, если поврежденія влагалищной части при родахъ хотя и незначительны, но несоблюдены антисептическія предосторожности при изслѣдованіи роженицы или при акушерскихъ манипуляціяхъ, то, въ особенности при долго-длящихся родахъ, гдѣ маточныя губы обыкновенно отечны, такія легкія повидимому поврежденія могутъ стать исходной точкой пуэрперальнаго дифтеритическаго воспаленія, съ исходомъ въ изъязвленіе и послѣдовательное рубцеваніе, стенозирующее наружный зѣвъ въ большей или меньшей степени. Возвращаясь опять къ нашей больной, то у нея, на основаніи вышесказаннаго, несомнѣнно имѣли мѣсто во время родовъ болѣе или менѣе значительныя поврежденія влагалищной части матки: произошли ли онѣ самостоятельно или во время подачи акушерской помощи, или быть можетъ оба эти фактора дѣйствовали здѣсь одновременно, это сказать, конечно, трудно. Въ виду того, что больная послѣ родовъ лежала въ постели цѣлыя двѣ недѣли, быть можетъ, что она и въ послѣродовомъ періодѣ продѣлала какое-то мѣстное пуэрперальное заболѣваніе, еще болѣе способствовавшее развитію стеноза. Но какъ бы то ни было, не подлежитъ малѣйшему сомнѣнію, что причина стеноза у нашей больной, какъ на основаніи положительныхъ данныхъ, такъ и *per exclusionem*, должна быть приписана единственно тяжелымъ родамъ, недавно ею перенесеннымъ.—Остается намъ еще разсмотрѣть механизмъ образованія *stenosis orific. ext. uteri post amputationem portionis vaginalis*. Въ тѣ времена, когда ампутировали влагалищную часть матки экразеромъ или гальванической петлей, стенозы наружнаго зѣва послѣ этой операціи представляли, вслѣдствіе образованія значительныхъ рубцовъ, обычное явленіе. Да и къ

сожалѣнію, въ настоящее время, оперируя ножомъ и накладывая швы, нерѣдко константируемъ послѣ операціи стенозъ наружнаго зѣва, и такимъ образомъ получается что-то въ родѣ *circulus vitiosus*: съ одной стороны мы часто предпринимаемъ *amputationem port. vag.* для излеченія стеноза *orif. ext.*, а съ другой стороны стенозъ этотъ нерѣдко является непосредственнымъ послѣдствіемъ вышеупомянутой операціи.

Стенозъ послѣ ампутаціи легко себѣ объяснить, если заживленіе идетъ не *per primam*, а *per secundam*: образуются тогда значительные рубцы кругомъ наружнаго зѣва, которыми послѣдній постепенно стягивается. Какимъ-же образомъ объяснить стенозъ *post amputationem*, когда заживленіе пошло правильно *per primam*? Для разъясненія этого во всякомъ случаѣ интереснаго явленія быть можетъ уместно сослаться опять таки на анатомическія изслѣдованія *Dührssena* ⁴⁾ относительно *portionis vaginalis uteri*. На основаніи макро-и микроскопическихъ изслѣдованій, авторъ въ общемъ приходитъ къ слѣдующему заключенію: сформированная *portio vaginalis* состоитъ изъ двухъ равныхъ отдѣловъ, центральнаго (ближе къ перв. кан.) бѣднаго и периферическаго, богатаго эластическими волокнами; послѣднія образуютъ двѣ сѣти, одну тонкую поверхностную, доходящую до слизистой оболочки цервик. канала, и вторую толстую глубокую, окружающую сосуды, причемъ обѣ эти сѣти соединяются какъ между собою, такъ и съ эластическими волокнами стѣнокъ влагалища. При ампутаціи влагалищной части, по мнѣнію автора, периферическій отдѣлъ *portionis vaginalis* отсѣкается отъ центральнаго, причемъ первый, какъ болѣе богатый эластическими волокнами, ретрагируется къ соответственной стѣнкѣ влагалища; поверхностный-же покровъ влагалищной стѣнки, тоже между прочимъ заключающій эластическія волокна, сильно утончается отъ давленія периферич. отдѣла *portionis vaginalis*, такъ что ретроцервикальная ткань и брюшина, непосредственно лежащая за этимъ тонкимъ покровомъ, весьма легко обнажаются; а результатомъ всего вышесказаннаго является то, что при накладываніи обычныхъ швовъ *post amputationem portionis vaginalis* образуется непосредственное почти сообщеніе между заматоч-

⁴⁾ См. стр. 29.

ной соединительной тканью и брюшиной съ одной стороны и слизистой оболочкой шейки и вагины съ другой. При малѣйшей погрѣшности противъ антисептики, въ образовавшихся при проколѣ тканей иглами ходахъ легко можетъ быть вызванъ воспалительный процессъ, ведущій къ развитію локализованнаго para-resp. периметрита.

Вотъ этимъ-то авторъ и объясняетъ, отъ чего ему совѣтъ нерѣдко приходилось post amput. port. vag. находить болѣзненные, рубцевые тяжи въ заднемъ сводѣ, рѣже въ переднемъ и въ параметріяхъ.

Такъ какъ вышеупомянутые рубцевые тяжи находятся въ прямой, тѣсной связи съ рубчиками, радіально исходящими post amputat. изъ области наружнаго зѣва, то намъ кажется рациональнымъ принять, что, при послѣдующемъ сильномъ стягиваніи этихъ тяжей, наружный зѣвъ долженъ постепенно суживаться и въ немъ развивается раньше или позже вполне выраженный стенозъ.

III) Какъ обычныя послѣдствія stenosis orificii exteni uteri обыкновенно приводятся: a) dysmenorrhoea; b) sterilitas и c) endometritis resp. metritis chronica.

a) Интензивность *дисменоррейныхъ* болѣй ставятъ въ зависимости отъ: 1) степени суженія orificii externi uteri; 2) отъ быстроты и количества скопившейся въ полости матки менструальной крови; 3) отъ количества и плотности скопившейся въ каналѣ шейки слизи и 4) отъ присоединяющихся впоследствии къ стенозу эндометрита и метрита.

b) *Sterilitas* объясняютъ: 1) ограниченнымъ количествомъ сперматозоидовъ, проникающихъ sub coitu въ полость матки; 2) гибелью сперматозоидовъ во влагалищѣ, гдѣ усиленная кислая реакція дѣйствуетъ на нихъ убійственно; 3) большимъ количествомъ слизи въ цервикальномъ каналѣ, мѣшающей проникновенію сперматозоидовъ изъ шейки въ тѣло матки, и 4) сопутствующіе стенозу эндометрита и метрита сильно препятствуютъ оплодотворенію яйца въ случаѣ, если сперматозоиду и удалось предварительно проникнуть въ полость матки.

c) *Endometritis et metritis* легко объяснить раздраженіемъ, которое претерпѣваютъ стѣнки матки, при частомъ переполненіи полости ея менструальной кровью.

Къ послѣдствіямъ сильно выраженного стеноза orificiі externi uteri, хотя и болѣе рѣдкимъ, мы можемъ еще присовокупить: d) слишкомъ продолжительную беременность: e) значительныя препятствія при открытіи стенозированнаго зѣва во время родовъ и f) что насъ особенно интересуетъ въ данномъ случаѣ, образованіе haematometr'ы.

d) Для иллюстраціи послѣдствія «переносенія» плода, приведемъ случай *Jardine's* ⁵⁾: 30-ти лѣтняя первородящая получила на 273-ый день беременности родовыя боли, которыя скоро прошли, что-бы опять появиться на 304-ый день беременности. Тогда, вслѣдствіе закрытія orificiі externi (причина неизвѣстна), пришлось расширить послѣдній кровавымъ способомъ, послѣ чего родился поразительно большой мертвый плодъ.

e) Случаевъ, гдѣ стенозированный зѣвъ представлялъ значительныя затрудненія при родахъ, описано много; изъ нихъ мы приведемъ одинъ, какъ болѣе всего интересный. *Jentzen* ⁶⁾ былъ призванъ къ 22 лѣтней первородящей, будто ребенокъ родился «въ сорочкѣ»; онъ нашелъ уже родившуюся головку, но покрытую чрезвычайно утонченной шейкой матки; причемъ на верхушкѣ tumor'a замѣтно было маленькое отверстіе, величиной въ булавочную головку (orif. ext. uteri), окруженное фибрознымъ кольцомъ. Отверстіе это было немедленно разсѣчено и мертвый уже ребенокъ извлеченъ щипцами. (Причина стеноза автору неизвѣстна).

Наконецъ, мы ближе остановимся на самомъ интересномъ для насъ послѣдствіи стеноза orif. ext. uteri, именно на haematometr'ѣ, такъ какъ послѣдняя составляла у нашей больной почти единственный выдающійся симптомъ суженія.

Подъ haematometr'ой, въ собственномъ смыслѣ слова, мы понимаемъ скопленіе менструальной крови въ самой маткѣ, вслѣдствіе закрытія ея, полнаго или частичнаго, начиная съ orificium externum uteri и дальше по направленію кверху. Механизмъ происхожденія haematometr'ы, хотя въ общемъ чрезвычайно простъ, но намъ кажется различенъ, смотря

⁵⁾ Brit. Med. Journ. Lond. 1896. Bd. I. p. 962.

⁶⁾ Arch. de tocol. Paris 1890. XVII. p. 268

потому имѣемъ-ли мы дѣло съ полной атрезіей наружнаго зѣва или только съ его стенозомъ.

Въ первомъ случаѣ, менструальная кровь, изливающаяся въ полость матки и не имѣющая совсѣмъ возможности выдѣляться наружу, скопляется сначала въ полости тѣла матки и, долго застаиваясь, значительно её расширяетъ. Съ теченіемъ времени той-же участи подвергается и каналъ шейки матки; постепенно граница между полостью тѣла матки и ея шейки сглаживается, и въ концѣ концовъ получается одна общая полость, наполненная менструальною кровью, подвергнушаяся, вслѣдствіе застоя, сгущенію и пигментной дегенераціи. Если такая haematometra долго существуетъ, то, благодаря повышенному внутриматочному давленію (быть можетъ развивается коллатеральный приливъ крови къ сосудамъ слизистой оболочки трубъ или скопившаяся въ маткѣ кровь прямо вгоняется въ просвѣтъ трубъ), получается обязательно такъ или иначе расширение фаллопиевыхъ трубъ кровью, съ одной или обѣихъ сторонъ, извѣстное подъ назв. haematosalpinx. Haematometra, образовавшаяся при полной атрезіи orificiі externi, вскрывается обыкновенно только оперативнымъ путемъ; бывають однако рѣдкіе случаи, гдѣ, вслѣдствіе сильнаго растягиванія маточныхъ стѣнокъ, послѣднія въ наиболѣе истонченномъ мѣстѣ самопроизвольно разрываются, и если излившаяся кровь попала въ брюшную полость, то случай обыкновенно кончается летально. Чрезвычайно демонстративный случай въ этомъ отношеніи списываетъ *Ruesch* ⁷⁾: больная менструировала правильно до 40 лѣтняго возраста; на 50-омъ году жизни въ нижней части живота у нея началъ появляться tumor, постепенно увеличивавшійся и вызывавшій сильныя боли; вдругъ tumor и боли исчезаютъ и на слѣдующій день больная умираетъ; при аутопсіи обнаружена *ruptura uteri propter haematometram*.

Случай самопроизвольнаго вскрытія haematometr'ы мы находимъ и у *Chiarleoni* ⁸⁾, гдѣ рубцовое суженіе шейки получилось отъ разрыва послѣдней во время родовъ.

⁷⁾ De l'atresie des voies genitales de la femme. obs. XV.

⁸⁾ Gazz. di osp. Milano 1888, IX. p. 139.

Наконецъ, въ литературѣ описаны случаи, гдѣ несмотря на полное закрытіе зѣва у менструирующей еще женщины, haematometra къ крайнему удивленію совсѣмъ не образовалась. Подобнаго рода случай описанъ *Buongiorno* ⁹⁾ гдѣ послѣ 23-хъ мѣсячной агрезіи шейки post partum въ полости матки менструальной крови не было и слѣда.

Авторъ объясняетъ замѣчательное это явленіе тѣмъ, что или кровь по трубамъ проникла изъ матки въ брюшную полость или кровь постепенно всасывалась слизистой оболочкой матки. Въ пользу послѣдняго мнѣнія дѣйствительно говорятъ анатомическія изслѣдованія слизистой оболочки матки при долго существовавшей haematometr'ѣ *Landan'a* и *Rheinstein'a*; ¹⁰⁾ послѣдніе приходятъ къ заключенію, что слизистая оболочка матки, особенно тѣла ея, очень долго сопротивляется механическому давленію скопившейся крови, сохраняя свою нормальную структуру и eo ipso всасывающую способность, но все таки подъ конецъ, если haematometra не устранена, слизистая оболочка матки подвергается атрофіи.

Съ послѣднимъ выводомъ не согласуется однако случай, описанный *Fritz'*омъ, ¹¹⁾ который на вырѣзанной post haematometram маткѣ доказалъ ея гипертрофію.

Механизмъ образованія haematometr'ы совсѣмъ иной при stenosis orif. externi uteri: здѣсь если существуетъ хотя незначительный остатокъ наружнаго зѣва, извѣстное количество менструальной крови, хотя бы минимальное, имѣетъ всегда возможность выдѣляться наружу, въ случаѣ если напоръ крови въ полости матки дѣлается уже черезчуръ сильнымъ, такимъ образомъ здѣсь можетъ быть рѣчь только о временной и повторной haematometr'ѣ. При этомъ плотныя мышечныя стѣнки тѣла матки весьма мало растягиваются подъ умѣреннымъ давленіемъ накопившейся въ его полости крови; тонкія же стѣнки цервикальнаго канала подъ напоромъ крови весьма легко растягиваются, полость шейки все болѣе и болѣе расширяется, кровь застываетъ въ ней все въ большемъ и большемъ количествѣ, такъ что шейка матки превращается въ

⁹⁾ Progresso Medico, 1892. № 28, 29 и 30.

¹⁰⁾ Arch. für Gynäk. Berlin 1892. Bd. XIII. p. 273—304.

¹¹⁾ Billroth u. Lücke. Handbuch d. Frauenkr. Bd. III. S. 588.

концѣ концовъ въ эластическую, съ тонкими стѣнками бочковидную опухоль, наполненную густой, темной кровью, между тѣмъ какъ тѣло матки представляется сравнительно мало измѣненной; haematosalpinx'a въ такихъ случаяхъ, конечно, не бываетъ. Такую форму haematometr'ы, по способу и мѣсту образованія ея въ маткѣ, можно назвать haematometra cervicalis temporaria и при ней, какъ это мы видѣли у нашей больной, никакихъ дисменоррейныхъ болей быть не можетъ, ибо нѣтъ рефлекторныхъ раздраженій со стороны мышцъ тѣла матки. Haematometr'u, по теченію своему, совсѣмъ сходную съ таковою въ нашемъ случаѣ, хотя образовавшуюся совсѣмъ по другой причинѣ, описываетъ *Bartels*, ¹²⁾ гдѣ кровь, скопившись sub menstruatione въ большомъ количествѣ въ маткѣ, вытекала изъ нея въ межменструальныхъ промежуткахъ самопроизвольно, чтобы при слѣдующихъ менструаціяхъ опять въ ней застаиваться.

Причины образованія haematometr'ы при стенозѣ наружнаго зѣва сводятся, конечно, къ таковымъ суженіямъ наружнаго зѣва у женщинъ еще менструирующихъ. Причины эти были подробно рассмотрѣны нами выше, такъ что теперь мы, для болѣе полной аналогіи съ нашимъ случаемъ ограничимся только приведеніемъ нѣкоторыхъ литературныхъ данныхъ относительно haematometr'ы e stenosi orif. externi uteri.

Такъ, *Elischer* ¹³⁾ описываетъ *три* подобныхъ случая haematometr'ы: одинъ—post amputationem portionis vaginalis и два—послѣ оперативныхъ приѣмовъ, предпринятыхъ для излеченія prolapsus uteri.

Wyder ¹⁴⁾ приводитъ случай haematometr'ы post amputationem uteri, гдѣ немного времени спустя послѣ операціи наступилъ стенозъ наружнаго зѣва съ образованіемъ послѣдующей haematometr'ы.

Rülf ¹⁵⁾ описываетъ интересный случай haematometr'ы при пролапсѣ матки, гдѣ суженіе наружнаго зѣва произошло еще до операціи, такъ сказать, самопроизвольно, вслѣдствіе

¹²⁾ Deutsche Klinik, Jahrg. 51. Bd. III. S. 528.

¹³⁾ Berliner klinisch. Wochenschrift. 24 Juli 1876.

¹⁴⁾ Annal. de gyn. et d'obst. 1890, XXXIII, p. 466.

¹⁵⁾ Inaugural—Dissertation: Ein Beitrag zur Aetiologie der Haematometra. Memel. 1892.

продолжительнаго соприкосновенія выпавшей влагалищной части съ наружнымъ воздухомъ, платьемъ больной и проч: поверхностный эпителий, по мнѣнію автора, въ такихъ случаяхъ легко стирается, образуются экскоріаціи въ области наружнаго зѣва, служащія впоследствии причиной стеноза послѣдняго. *Prell* ¹⁶⁾ описываетъ случай инкарцированной haematometr'ы у 43-хъ лѣтней женщины, вслѣдствіе упорной бленорреи, появившейся у нея сейчасъ послѣ замужества. Наконецъ, *Pozzi* ¹⁷⁾ описалъ недавно свѣжій случай haematometr'ы post amputationem port. vaginalis. Чтобы покончить съ haematometr'ой, мы еще обратимъ вниманіе на одно чрезвычайно интересное явленіе, именно на такъ называемую haematometra climacterica, т. е. на haematometra у старыхъ женщинъ, переставшихъ уже давно менструировать. У такихъ индивидуумовъ, вслѣдствіе язвеннаго, слипчиваго воспалительнаго процесса, легко можетъ образоваться стенозъ наружнаго маточнаго зѣва съ послѣдующимъ появленіемъ hydro= или ruometrae. Но откуда у нихъ, послѣ прекращенія мѣсячныхъ, берется матеріалъ для образованія haematometrae? А между тѣмъ въ литературѣ такіе случаи описаны; такъ *Egell* ¹⁸⁾ приводитъ слѣдующій случай: «болъная 66-ти лѣтъ, менструировала правильно отъ 15—52 года, причемъ послѣ прекращенія менструацій у нея никогда не было ни кровотеченій, ни вообще какихъ либо патологическихъ явленій со стороны полового аппарата; родила 2 раза, много лѣтъ тому назадъ. Вдругъ, двѣ недѣли тому назадъ, у больной началъ животъ замѣтно увеличиваться, появились боли въ крестцѣ, частое мочеиспусканіе и задержка стула; при операціи оказался stenosis orif. ext. uteri и значительной величины haematometra». Авторъ за источникъ кровоизліянія въ матку принимаетъ атероматозно перерожденныя вены самой матки и трубъ. Подобный случай сообщаетъ и *Warnek*, ¹⁹⁾ гдѣ haematometra образовалась у 53 лѣтней женщины, 7 лѣтъ послѣ прекращенія у нея мѣсячныхъ, хотя авторъ здѣсь склоненъ

¹⁶⁾ Monatschrift für Geburtskunde, Dec. 61.

¹⁷⁾ Gaz. méd. de Paris. 1895. № 28.

¹⁸⁾ Beitr. zur Geburts. und Gynäk. 1872.

¹⁹⁾ Annal. de gynécol. 1890. XXXIII. p. 43.

думать, что прекращение менструаций было у больной только кажущееся, при чемъ кровь скоплась въ маткѣ, благодаря ей стенозу. Остается намъ еще сказать нѣсколько словъ о терапіи *stenosis orificii externi uteri*, причемъ для леченія послѣдняго намъ кажутся умѣстными слѣдующіе приемы.

а) Если стенозъ не вызываетъ у больной никакихъ субъективныхъ симптомовъ, а есть только случайная находка врача при гинекологическомъ изслѣдованіи, то всякая мѣстная терапія излишня.

б) При наличности субъективныхъ симптомовъ и небольшомъ стенозѣ:—смотря по обстоятельствамъ, или продолжительное механическое расширение зѣва, или *discisio orificii externi*, съ обшиваніемъ краевъ раны по Hegar'у.

в) При стенозѣ *orif. ext+haematometra: discisio orificii externi et excochleatio cavi uteri*.

г) Наконецъ, при *stenos. orif. ext+hypertrophia portionis vaginalis: amputatio cuneiformis*, причемъ въ виду возможности появленія стеноза послѣ ампутаціи, при наложеніи обычныхъ швовъ, не лишнимъ будетъ рекомендовать способъ Dührssen'a: наложить нѣсколько глубокихъ швовъ въ толщѣ ткани маточныхъ губъ, а затѣмъ поверхностными швами соединить слизистую оболочку канала шейки съ таковою губъ.