

Ж У Р Н А Л Ъ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫЙ.

АПРѢЛЬ 1897, № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Оперативное лѣченіе фиброміомъ матки.

Проф. А. П. Губарева (въ Юрьевѣ).

(Директора Женской Клиники).

Какимъ методомъ слѣдуетъ оперировать фиброміомы матки и какой критерій желателенъ въ настоящее время для рѣшенія этого важнаго практическаго вопроса, — вотъ мысли, которыя возникаютъ невольно при чтеніи всякой новой работы по этому предмету и, не смотря на множество существенныхъ усовершенствованій, описываемыхъ почти въ каждомъ номерѣ специальныхъ періодическихъ изданій, всѣ эти вопросы обыкновенно не получаютъ опредѣленнаго отвѣта и остается обширное поле для разнаго рода сомнѣній, при попыткахъ ихъ разрѣшить.

Въ первое время, когда хирурги были поражены результатами операцій на брюшной полости и когда принципы современной хирургіи, еще только выработывались, рѣшеніе вопросовъ, относящихся къ подробностямъ болѣе элементарныхъ хирургическихъ операцій сопровождаемыхъ вскрытіемъ брюшины напр. оваріотоміи, помощью сопоставленія цифровыхъ данныхъ еще могло имѣть мѣсто и находить оправданіе. Поэтому могутъ имѣть значеніе таблицы родоначальниковъ этой операціи: *Sir Spencer Wells, Th. Keith, Schroeder, Lawson Tait*

и т. п., но въ настоящее время дѣло это упростилось, появились новые дѣятели и молодые врачи смѣло приступаютъ къ этимъ операціямъ и выполняютъ ихъ съ успѣхомъ, потому что наши знанія о веденіи различныхъ деталей этого дѣла значительно увеличились.

Въ настоящее время едва-ли разумно было бы судить о достоинствахъ операціи по случайно собраннымъ цифрамъ результатовъ различныхъ хирурговъ, работавшихъ по тому же самому методу и на основаніи ихъ суммы выводить цифру 0% выздоровленія послѣ операціи. Еще болѣе страннымъ представляется, когда хирургъ сдѣлавъ напр. 25 операцій и потерявъ одну большую говорить; что онъ имѣетъ 4% смертности; по ариметикѣ это дѣйствительно выходитъ 4% , но на самомъ дѣлѣ эта цифра не выражаетъ ничего инаго, кромѣ желанія автора распространить значеніе своего вывода, который относится только къ 25 случаямъ на большее число—на 100 случаевъ. Если бы въ послѣдующихъ 75 случаяхъ у этого хирурга не было ни одного случая смерти, то едва ли онъ имѣлъ бы право утверждать, что первая серія: 25 случаевъ, дала ему 4% смертности, а послѣдующая—ноль, потому что для этого было бы необходимо, чтобы смертный случай былъ именно подъ № 25-мъ т. е. условіе совершенно случайное. Если случай смерти пришелся бы напр. на № 10-й, то по ариметикѣ можно было бы считать, что первая серія въ 10 случаевъ дала ему 10% смертности, (а умеръ всего одинъ). Можно взять и такія цифры, что получаются дроби смертей т. е. дѣленіе того, что по самой природѣ своей дѣлимо быть не можетъ. Еще менѣе возможно на основаніи цифръ опредѣлить ту долю смертей, которую слѣдуетъ приписать самому оперативному методу, а не его выполненію. Словомъ статистика въ примѣненіи къ рѣшенію такихъ вопросовъ можетъ оказаться совершенно непримѣнимою. Въ рукахъ искусныхъ и худшій методъ можетъ дать лучшіе результаты (большее количество успѣховъ) и т. п.

Мнѣ бы казалось, что въ настоящее время было бы полезно обратиться къ нѣкоторымъ другимъ критеріямъ для сужденія о преимуществахъ того, или другаго оперативнаго метода и при томъ къ такимъ, гдѣ самая личность оператора не вліяла бы на результатъ этого сужденія.

Такіє критеріи можно отыскать въ анатомическихъ условіяхъ, которыми пользуются для выполненія метода и въ удобствахъ, которыя вытекають изъ этого метода при послѣдующемъ лѣченіи.

Если мы вернемся къ нашему частному вопросу т. е. къ удаленію фиброміомъ матки, то и здѣсь мы можемъ найти нѣсколько основныхъ положеній, которыя очень пригодны для нашей задачи.

Прежде всего нужно рѣшить вопросъ какому методу слѣдуетъ отдавать предпочтеніе: *per vaginam*, или *per laparotomiam* (или какъ теперь принято называть *per coeliotomiam*).

Несомнѣнно болѣе благоприятное теченіе послѣ-операционнаго періода находится на сторонѣ вагинальнаго метода; но и здѣсь рѣшеніе вопроса едва-ли разумно основывать на данныхъ статистики.

Въ самомъ дѣлѣ показанія къ выбору того или другаго изъ этихъ методовъ не исключаютъ многихъ случайностей при этомъ выборѣ. Многіе случаи съ одинаковымъ правомъ могутъ быть оперируемы любымъ изъ этихъ методовъ; но за то многіе случаи, которые можно оперировать *per laparotomiam*, вовсе нельзя слѣлать *per vaginam*. Для выясненія этого вопроса нѣкоторые авторы рѣшаются даже приступать сначала къ вагинальной операциіи и если ее не удастся окончить переходить къ *coeliotomia*. Такой образъ дѣйствія уже самъ по себѣ представляется весьма нераціональнымъ: помимо трудности провести вполне отчетливую асептику при переходѣ съ вагины на брюшную стѣнку такая измѣнчивость плана нарушаетъ правильность, цѣльность и единство оперативнаго приѣма, т. е. заставляетъ удалаться отъ элементарныхъ требованій классической оперативной хирургіи. А что мы дѣйствительно, благодаря благоприятнымъ результатамъ асептического лѣченія удалились отъ этихъ классическихъ приѣмовъ и даже потеряли къ нимъ интересъ, то это не подлежитъ сомнѣнію. Достаточно напр. сравнить детальную до элементарности разработку техники операциіи вылуценія плеча по способу барона *Larrey* съ любымъ изъ нашихъ современныхъ методовъ вылуценія матки, чтобы увидѣть какъ далеко мы теперь отстали въ техникахъ оперативныхъ приѣмовъ и въ примѣненіи анатомическихъ поз-

наній для выработки различныхъ деталей операцій. Мнѣ могутъ возразить: что наши теперешніе результаты много лучше результатовъ *Larrey* и *Astley Cooper* и что ихъ высокая техника теперь не нужна, потому что какъ ни разрѣжь при антисептикѣ все заживетъ. Но не надо забывать, что *Larrey* получалъ лучшіе въ то время результаты: послѣ вылуценія плеча изъ большаго числа оперированныхъ у него выздоравливало около 65% т. е. былъ такой результатъ, на который на полѣ сраженія и при современныхъ способахъ лѣченія ранъ едва-ли можно съ увѣренностью расчитывать.

Не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, что настанетъ время и я вѣрю что оно не далеко, когда хирурги разъ навсегда покончивши съ тѣмъ, что условія асептики безусловно необходимы не будутъ имѣть нужды заниматься усовершенствованіями въ этой области. Тогда они выработаютъ и воспитаютъ нисшій медицинскій персоналъ, который будетъ справляться съ этой стороной дѣла,—займется очисткой больнаго и окружающихъ его предметовъ подобно тому какъ теперь существуютъ специалисты для чистки платья, бѣлья и иныхъ домашнихъ предметовъ. Что для полнаго и отчетливаго проведенія асептики вовсе не требуется высшаго образованія на это примѣровъ можно найти много, а съ развитіемъ культуры и съ распространеніемъ образованія это будетъ достигаться гораздо чаще. Наконецъ практика выработаетъ простые и вѣрнѣе способы контролировать отчетливость проведенія асептики (бактеріологія и сейчасъ уже обладаетъ многими изъ нихъ). Тогда хирурги вернуться къ своимъ основнымъ задачамъ и снова займутся разработкой оперативной хирургіи. Тогда они воспользуются прежде всего опытностью поколѣній предшественниковъ и возстановятъ многіе приемы, которые нынѣ совсѣмъ забыты.

Практическое вліяніе должно оказать возстановленіе такихъ элементарныхъ правилъ, какъ необходимость перевязывать изолированные сосуды, а не завязывать все *en masse* и нервы и вены и лимфатическіе сосуды. Слишкомъ туго стягиваемая лигатура *en masse* естественно должна вести къ омертвѣнію и образовать эшару. Можно съ увѣренностью сказать, что если-бы всѣ сосуды передъ перевязкой изолировались, а къ

зашиванію приступали бы только по остановкѣ кровотоchenія, какъ этого требуетъ классическая оперативная хирургія до антисептическихъ временъ, то случаи пришиванія или завязыванья мочеточника не встрѣчались бы вовсе. Тогда не встрѣчались бы и рефлкторныя явленія тризма послѣ операцій, или учащеннаго при низкой температурѣ пульса симулирующаго внутреннее ущемленіе и вызываемаго сдавленіемъ лигатурами нервовъ яичника и. т. п.

Далѣе такіе приемы, какъ перевязыванье, или обкалыванье, центрального конца перерѣзанныхъ венъ въ особенности венъ таза, едва-ли можно считать безразличными. Если клапаны функционируютъ хорошо, то центральный конецъ вены кровоточить не можетъ и тогда нѣтъ надобности его перевязывать; если же въ венѣ нѣтъ клапановъ, или они несостоятельны, то послѣ перевязки кровь по условіямъ тяжести должна застаиваться около перевязаннаго мѣста и образуется тромбъ, который можетъ занять просвѣтъ вены до впаденія ея въ вену большаго калибра, а при благопріятныхъ условіяхъ этотъ тромбъ можетъ вполнѣ повести къ явленіямъ эмболии. Нашъ знаменитый соотечественникъ *Н. И. Пироговъ* давно отмѣтилъ неблагопріятное вліяніе перевязки венъ. «Я не понимаю,» пишетъ онъ ¹⁾ «какъ могутъ нѣкоторые хирурги отзываться объ лигатурѣ венъ, какъ объ операціи совершенно невинной;» а въ другомъ мѣстѣ: «Венозныя кровотоchenія мнѣ всегда удавалось остановить тампонадою. Только три, или четыре раза, въ началѣ моей практики, я перевязывалъ большія вены при операціяхъ, но съ плохими результатами.»

Въ особенности благопріятствовать застоямъ и тромбамъ въ венахъ должно обшиваніе и обкалываніе этихъ сосудовъ, потому что при проведеніи шва возможно проколоть вену, а при его завязываньи можно дать венозной стѣнкѣ новыя точки прикрѣпленія, вслѣдствіе этого просвѣтъ вены можетъ совершенно утратить способность спадаться и кровь должна въ ней застаиваться. Съ другой стороны сжавшіяся вены очень скоро заростають и просвѣтъ ихъ исчезаетъ: соприкасающіяся поверхности *intimae* сростаются слипчивымъ процес-

¹⁾ *Н. И. Пироговъ*. Начала военно-полевой хирургіи. Дрезденъ, 1865, ч. I pag. 322.

сомъ подобнымъ тому который бываетъ при слипаніи серозныхъ поверхностей. Вообще вопросъ объ остановкѣ венознаго кровотока послѣ операцій въ полости таза слѣдовало бы рѣшать на тѣхъ же основаніяхъ какъ и остановку всякаго другаго венознаго кровотока. Если, оперируя на конечности или на шеѣ, мы никогда не перевязываемъ (безъ особыхъ показаній напр. для избѣжанія вхожденія воздуха въ вены) центральный конецъ перерѣзанной вены, то нѣтъ никакого основанія поступать иначе при операціяхъ въ тазу. Надо надѣяться, что и здѣсь можно со временемъ будетъ достигнуть того же что и въ другихъ областяхъ т. е. можно будетъ примѣнить выводъ *Н. И. Пирогова* который говорилъ: «по счастью лигатуру венъ можно почти всегда избѣжать» ²⁾.

Не меньшее значеніе имѣетъ совершенно нехирургическій приемъ разрыванія сращеній между различными брюшными органами. Въ самомъ дѣлѣ, разрывая пальцами сращенія находящіяся въ брюшной полости, мы не имѣемъ никакого критерія, чтобы избѣжать пораненія кишокъ и другихъ органовъ. Здѣсь все зависитъ отъ удачи и у хирурговъ съ наиболее развитой тактильной чувствительностью и обладающихъ огромной опытностью всетаки бывають случаи, что кишка надорвется, или содержащая жидкость опухоль лопнетъ подъ пальцами. Словомъ есть такіе случаи, гдѣ при такихъ грубыхъ приемахъ, какъ разрываніе пальцами сращеній избѣжать осложненій нельзя. Оперативная хирургія учитъ насъ однако, что зная физическія свойства различныхъ тканей и пользуясь ихъ топографическими отношеніями возможно избѣжать многихъ случайныхъ пораненій.

Было бы въ высокой степени справедливо примѣнять эти и подобныя соображенія при рѣшеніи вопроса о выборѣ того или инаго метода, предложеннаго для оперированія міомъ; но какъ этого можно достигнуть будетъ сказано ниже.

Вернемся къ разсмотрѣнію особенностей влагалищнаго метода. Счастливый исходъ послѣ операціи черезъ влагалище зависитъ прежде всего отъ возможности кончить операцію т. е. удалить все то, что мы собирались удалить. Мы уже

²⁾ loco citato.

упоминали выше, что вопросъ этотъ не всегда можетъ быть рѣшенъ съ полною достовѣрностью. Для того, чтобы удалить опухоль чрезъ влагалище надо, чтобы она могла пройти черезъ этотъ путь т. е. чтобы она не была слишкомъ велика. Самые ярые защитники влагалищнаго метода всетаки ставятъ границы для размѣровъ матки, при которыхъ ее можно вылущить *per vaginam*. Обыкновенно принимаютъ, что если опухоль не заходитъ выше пупка, то можно ее удалить этимъ методомъ.

Такое опредѣленіе размѣровъ, конечно, не можетъ претендовать на точность, потому что дно матки можетъ стоять на одинаковой высотѣ (по отношенію къ пупку) при совершенно различныхъ размѣрахъ этого органа. Другіе привимаютъ что предѣломъ для размѣровъ опухоли при влагалищной операціи надо считать размѣръ опухоли въ головку доношеннаго плода³⁾. Если затрудненія и препятствія, зависящія отъ размѣровъ опухоли еще могутъ быть преодолены искусствомъ оператора, или его опытностью, то этого вовсе нельзя сказать объ затрудненіяхъ, зависящихъ отъ сращеній съ сосѣдними органами. Сращенія, нарушающія подвижность матки, конечно, могутъ быть опредѣлены до операціи и даже послужить противупоказаніемъ къ примѣненію влагалищнаго метода; но сращенія, подвижности не нарушающія напр. сращенія съ кишками могутъ до операціи быть вовсе не замѣчены. Не требуетъ доказательства, что справляться съ этого рода осложненіями, оперируя *per vaginam*, представляется въ высокой степени затруднительнымъ и есть много случаевъ, гдѣ хирурги должны были для устраненія подобныхъ осложненій, или для остановки кровотеченія заканчивать операціи чревосѣченіемъ.

Даже въ случаѣ подслизистой фибромы, когда вопросъ объ удаленіи *per vaginam* всей матки не возбуждается, условія операціи могутъ быть весьма разнообразны.

Если подслизистая фиброма доступна, или можетъ быть сдѣлана доступной помощью расширенія шейнаго канала, или

³⁾ *Funke*.—Zür totalen Uterus-extirpation per Laparotomiam etc. Z. f. G. und G. 1897, B. XXXVI, N. I, p. 151.

помощью расщепленія передней стѣнки матки (*per vaginam*), то едва ли можно думать объ операціи *per laparotomiam*. Но для того чтобы такая фиброма была доступна оперативному пособию (*per vaginam*) необходимо знать, что кромѣ подслизистой фибромы нѣтъ еще фибромъ интерстиціальныхъ, или что имѣющіяся на лицо интерстиціальныя фибромы тоже могутъ быть удалены черезъ влагалище. Если подслизистая фиброма отечна, а еще болѣе если она изъязвлена и распадается, то всякія манипуляціи съ нею въ полости матки сопровождаются огромною опасностью зараженія. Вполнѣ дезинфицировать даже влагалище при этомъ бываетъ чрезвычайно затруднительно, а полость матки иногда и совершенно невозможно.

Въ этихъ случаяхъ продолжительная операція, а тѣмъ болѣе невозможность окончить ее въ одинъ сеансъ и тотчасъ основательно дезинфицировать полость матки, равносильно потерѣ случая, ибо летальный исходъ при этомъ почти обезпеченъ. Еще вопросъ не слѣдуетъ ли вовсе отказаться оперировать такіе случаи *per vaginam*, а въ случаѣ объемистой фибромы не лучше ли прямо удалить всю матку *per coeliotomiam* и спасти больную отъ неминуемаго зараженія также, какъ спасаютъ иногда роженницу экстирпируя въ отчаянныхъ случаяхъ ея зараженную матку.

Влагалищная экстирпація фиброматозной матки конечно должна была всегда давать лучшіе результаты чѣмъ надъвлагалищная ампутація этого органа хотя бы уже только потому, что при ней невозможно сохранить шейку матки т. е., ту культю, которая служила еще не такъ давно главнымъ источникомъ всякихъ осложненій при фибромоміи помощью чревосѣченія. Другое важное преимущество влагалищной операціи состоитъ въ томъ, что при ней всегда рѣзутъ ткани окружающія матку на самой поверхности этого органа, а такъ какъ клетчатка, окружающая матку при этомъ находится въ сильной степени натяженія, потому что матку приходится при этомъ сильно стягивать внизъ, къ половой щели, то неудивительно, что ткани эти разрѣзаются по самому краю прикрѣпленія широкихъ связокъ и клетчатка, находящаяся въ основаніи этихъ связокъ, при этомъ очень мало разрывается. Отсюда

очень важное, на нашъ взглядъ, практическое слѣдствіе: лимфатическіе сосуды и пространства широкой связки не рвутся, а перерѣзываются по краю матки. Вены тоже перерѣзываются при самомъ выходѣ ихъ изъ маточной ткани, т. е. тамъ, гдѣ онѣ, конечно, тоньше чѣмъ въ самой широкой связкѣ. Отсюда тромбы послѣ перевязки венъ могутъ образоваться только въ сосудахъ меньшаго калибра. Кромѣ того въ рыхлости клѣтчатки заключается очень цѣнное въ оперативномъ отношеніи анатомическое условіе: пораненіе мочеточника при правильномъ производствѣ операціи не представляется возможнымъ, потому что этотъ протокъ не слѣдуетъ за вытягиваемой маткой. Рыхлая клѣтчатка сползаетъ съ него и онъ не попадаетъ въ поле операціи; на эту особенность клѣтчатки окружающей мочеточникъ я имѣлъ уже случай обращать вниманіе ⁴⁾. Для пораненія мочеточника при влагалищной операціи, необходимо: или, чтобы клѣтчатка эта была инфильтрирована, или чтобы анатомическія отношенія этого протока совершенно игнорировались.

Мы уже упомянули, что брюшина при влагалищной операціи ранится на меньшемъ протяженіи и что сосуды матки и клѣтчатка широкихъ связокъ перерѣзаются у самаго края матки; въ случаѣ одновременнаго удаленія придатковъ сосуды ихъ, *plexus ramuliformis*, перевязываются и перерѣзываются все таки ближе къ периферическому ихъ концу, чѣмъ при операціяхъ помощью чрезосѣченія. Всѣ эти условія не могутъ не отражаться на дальнѣйшемъ теченіи послѣ операціи потому что, благодаря имъ отсутствуютъ многіе неблагоприятные моменты. Что брюшина при этомъ менѣе охлаждается и испытываетъ менѣе механическихъ раздраженій,—это фактъ на которой обращалось неоднократно вниманіе и еще прошлой осенью Проф. *Fritsch* пытался придать очень большое значеніе вліянію продолжительнаго, во время операцій, соприкосновенія брюшины съ воздухомъ ⁵⁾.

⁴⁾ См. мою статью въ книгѣ Проф. *Снегирева*. Маточныя кровотечения, М. 1895, изд. 2.

⁵⁾ *Naturforscherversammlung in Frankfurt a/M. Centralblatt für Gynecologie*, № 40, p. 1011.

Наконецъ преимущества дренированія брюшной полости послѣ влагалищной экстирпации матки есть явленіе общеизвѣстное.

Всѣ эти перечисленные нами условія и другія, о которыхъ мы не упоминаемъ, потому что они извѣстны каждому и уже сдѣлались достояніемъ учебниковъ, могутъ объяснить намъ почему при исчисленіи $\%$ выздоровленій при влагалищномъ методѣ результаты должны получаться болѣе благопріятныя, чѣмъ при операціяхъ *per coeliotomiam*. Но съ другой стороны есть случаи, которые *per vaginam* оперировать нельзя; напр. вслѣдствіе большого размѣра опухоли, которую нельзя удалить даже *par morcellement*, или когда надо ожидать сращеній съ сосѣдними органами напр. съ кишками и т. п. Во всѣхъ этихъ случаяхъ рекомендуется дѣлать операцію черезъ брюшной разрѣзъ; такимъ образомъ всѣ болѣе трудные случаи идутъ подъ операцію чревосѣченія и разумѣется, вліяютъ неблагопріятно на конечный результатъ—на статистику выздоровленій. Между тѣмъ, при удаленіи матки помощью чревосѣченія сама операція находится анатомически въ гораздо болѣе благопріятныхъ условіяхъ, потому что всѣ ткани разрѣзаются подъ контролемъ зрѣнія и какъ увидимъ ниже еще и потому, что при ней можно пользоваться такими топографическими свойствами тканей, которыми при вагинальной операціи почти вовсе пользоваться нельзя.

Попытаемся разобратся въ методахъ, которые предложены для удаленія фиброматозной матки помощью чревосѣченія.

Мы не будемъ вовсе разсматривать методы оставляющіе часть шейки матки, или иную ножку, потому что всѣ они и сложнѣе и кропотливѣе, а главное требуютъ большого послѣдующаго ухода, чѣмъ полное изсѣченіе матки. Физиологическаго значенія такой кусочекъ органа (какой при этомъ оставляется), конечно, имѣть не можетъ и вообще трудно подъискать основаніе для того, чтобы его оставлять.

О замѣнѣ лигатуръ щипцами мы говорить тоже не будемъ, потому что мы уже около двухъ лѣтъ оставили примѣненіе этихъ инструментовъ, ибо видѣли въ послѣоперационномъ теченіи дурное ихъ дѣйствіе: раздавленные ткани давали нагноеніе, иногда даже омертвѣніе и зловонное отдѣленіе и т. п.;

наконецъ ничтожное количество времени, которое сохраняется, когда не приходится накладывать лигатуръ не искупаютъ ни недостатковъ этого совершенно не хирургическаго приема, ни расходовъ сопряженныхъ съ необходимостью каждый разъ шлифовать заново эти инструменты.

Большая часть предложенныхъ для удаленія фибромъ методовъ отличается одинъ отъ другого тою послѣдовательностью, въ которой перерѣзываются и перевязываются различные отдѣлы связокъ матки съ заключенными въ нихъ сосудами. Иногда накладываются на эти связки различнаго рода зажимы какъ до ихъ перерѣзки такъ и послѣ нея; въ большинствѣ случаевъ, впрочемъ, послѣднее почти также не нужно какъ употреблявшееся встарину наложеніе эластическаго жгута. Съ точки зрѣнія оперативной хирургіи всѣ эти методы, конечно, будутъ имѣть историческій интересъ и только подтверждаютъ то положеніе, что если перевязать всѣ сосуды и не поранить сосѣднихъ, важныхъ для жизни органовъ, то можно удалить всякую опухоль гдѣ бы она не находилась. Большая часть этихъ методовъ описана въ послѣднемъ изданіи учебника *Pozzi* ⁶⁾, къ которому мы и отсылаемъ интересующихся исторической стороною этого вопроса.

Мы займемся разсмотрѣніемъ не деталей характеризующихъ всѣ эти методы, а тѣхъ рациональныхъ физическихъ и анатомо-топографическихъ особенностей, которыя должны ложиться въ основаніе всякой критики этихъ методовъ.

Наибольшія практическія послѣдствія вытекаютъ при производствѣ этихъ операций изъ умѣнія пользоваться рыхлой клетчаткой. Самая простая форма операціи, основанная на свойствахъ этой ткани есть вылуценіе фибромъ по способу *Martin'a*: ткани, покрывающія фиброму разсѣкаютъ до такъ называемой капсулы и опухоль вылуцается тупымъ путемъ; по остановкѣ кровотечения все зашивается, а если нужно напр. если остается полость, то закладывается дренажъ. Эта операція мало чѣмъ отличается отъ другихъ хирургическихъ операцій этого рода на любомъ мѣстѣ человеческого тѣла.

⁶⁾ *T. Pozzi*.—*Traité de Gynécologie clinique et opératoire* III édition Paris 1897, pag. 321—372.

Для удаленія всей матки, какихъ бы она размѣровъ не была можно и должно воспользоваться той клѣтчаткой, которая ее окружаетъ и тогда можно значительно упростить эту операцію, а главное можно поступить съ сосудами, которые будутъ перерѣзаны также, какъ поступаютъ при всякихъ хирургическихъ операціяхъ т. е. перевязать ихъ отдѣльно.

Операція *Doyen* въ послѣдней ея модификаціи ⁷⁾ удовлетворяетъ большей части этихъ условій; но прежде чѣмъ описывать особенности метода Реймсаго хирурга мы сдѣлаемъ небольшое отступленіе и рассмотримъ нѣкоторыя анатомическія особенности, которыя необходимы для правильной оцѣнки этого метода и изъ которыхъ можно вообще вывести многія практическія въ оперативномъ отношеніи слѣдствія.

Чтобы воспользоваться знаніемъ анатомическихъ отношеній при вылуценіи какой либо опухоли или органа надо выяснитъ главнымъ образомъ два вопроса: 1) надо опредѣлить въ какомъ слоѣ должно производиться раздѣленіе тканей, а также какія физическія особенности этого слоя и 2) какія топографическія отношенія этого слоя къ сосѣднимъ органамъ и какъ эти отношенія будутъ измѣняться во время операціи, послѣднее необходимо, чтобы не поранить эти органы и контролировать кровотеченіе, предусматривая откуда его можно ожидать.

Слой котораго слѣдуетъ держаться при вылуценіи матки есть конечно рыхлая клѣтчатка, окружающая этотъ органъ. Основаній для этого нѣсколько: 1) это есть единственная ткань (изъ окружающихъ матку слоевъ), которая наименѣе измѣняется при увеличеніяхъ этого органа, зависящихъ отъ фибрознаго его перерожденія и вообще отъ всѣхъ новообразованій, которыя на эту ткань не распространяются. Иными словами этотъ слой можно всегда найти и распознать во время операціи. Даже (бывшія раньше) воспалительныя явленія, хотя и оставляютъ въ этой клѣтчаткѣ нѣкоторое уплотнѣніе, но окончательно измѣнить физическихъ свойствъ этой ткани не могутъ. (Только раковое перерожденіе и быть можетъ нѣкоторые виды саркомъ могутъ совершенно измѣнить эту ткань

⁷⁾ *E. Doyen.*—Hysteréctomie abdominale totale. Communication au Congrès International de Genève. Archives provinciales de Chirurgie, Octobre, 1896.

и сдѣлать отыскиваніе ея невозможнымъ, но это уже будутъ случаи, которые оперировать нельзя); 2) эта клѣтчатка позволяетъ отдѣлать удаляемый органъ преимущественно тупымъ путемъ и при томъ на столько быстро, что предупреждать возможное кровотеченіе, можетъ не понадобится; 3) этотъ оперативный путь исключаетъ возможность пораненія кишки и обладаетъ особенностями помогающими, какъ мы уже сказали выше, избѣгать пораненія мочеточника. Измѣненія которыя могутъ быть въ серозномъ покровѣ матки (вслѣдствіе плотныхъ сращеній и т. п.) могутъ сдѣлать этотъ слой мало, или даже совершенно непригоднымъ для пользованія имъ при вылученіи матки.

Разсмотримъ какъ относится слой клѣтчатки къ поверхности матки и какъ измѣняются эти отношенія при увеличеніяхъ этого органа.

Что съ боковъ матки находится рыхлая клѣтчатка, это извѣстно каждому; но что клѣтчатка эта заходитъ на переднюю и на заднюю поверхность этого органа это отрицается даже знаменитѣйшими анатомами и добросовѣстнѣйшими наблюдателями. Проф. *Sappey* прямо утверждаетъ, что на передней и задней поверхности матки брюшина приростаетъ къ мышечному слою такъ, что ее невозможно отпрепаровать не захвативши верхняго слоя мышечной ткани ⁸⁾). Тоже утверждаетъ и *Luschka* ⁹⁾). Того же мнѣнія придерживаются *Nagel* ¹⁰⁾ и *Tillaux* ¹¹⁾).

Можно было-бы прослѣдить описаніе этой подробности и у другихъ авторовъ, но полагаю, что и приведенныхъ цитатъ вполне достаточно, чтобы подтвердить мою мысль, тѣмъ болѣе, что мнѣ неизвѣстно ни одного сочиненія по анатоміи, гдѣ отношеніе брюшины къ передней и задней поверхности матки было-бы описано иначе.

⁸⁾ *Sappey*.—Traité d'anatomie descriptive Paris, 1879, t. XV, pag. 765.

⁹⁾ *Luschka*.—Die Anatomie des Menschen Tübingen 1864, II Band, 2 Abth. pag. 359.

¹⁰⁾ *Willh. Nagel*.—Die weibliche geschlechtsorgane. Handbuch der Anatomie des Menschen herausgegeben von *K. Bardeleben* Jera 1896, VII B. 2 Th. 1 Abth. pag. 85.

¹¹⁾ *Tillaux*.—Traité d'anatomie topographique Paris 1882, pag. 876.

Убѣдившись во время операций при экстирпации матки черезъ чревосѣченіе, что брюшина на передней и задней поверхности этого органа легко отдирается пальцемъ, когда матка бываетъ увеличена вслѣдствіе новообразованій или фиброматознаго ея перерожденія, я сталъ отмѣчать на препаратахъ удаленной такимъ образомъ матки то мѣсто, на которомъ брюшину отъ поверхности матки пальцемъ отдѣлить нельзя и величину того пространства, которое занимаетъ брюшина дѣйствительно приращенная къ мышечной ткани матки. Я изслѣдовалъ нѣсколько не беременных и не увеличенныхъ матокъ, а также матку только что родившей женщины. Оказалось, что на послѣродовой маткѣ это пространство больше по отношенію ко всей поверхности матки, чѣмъ на маткѣ небеременной; но пространство, гдѣ на послѣродовой маткѣ брюшину пальцемъ отодрать нельзя и гдѣ нѣтъ подбрюшинной клѣтчатки, оказалось все-таки меньше той части поверхности матки, гдѣ брюшина легко отдѣлялась отъ маточной ткани. Оказалось также, что въ случаѣ увеличенія матки вслѣдствіе опухолей или новообразованій, та часть поверхности этого органа, на которой брюшина плотно приращена къ маточной ткани очень мало отличается по своимъ размѣрамъ отъ размѣровъ, покрытой брюшиной поверхности небеременной матки. На маткѣ небеременной можно всегда пальцемъ отодрать брюшину, покрывающую этотъ органъ на $\frac{1}{2}$ сант. отъ бокового края матки. Тоже самое наблюдается и на днѣ Дугласовыхъ впадинъ, при чемъ на передней поверхности пространство, остающееся непокрытымъ брюшиной на вырѣзанной маткѣ, немного шире, чѣмъ у мѣста прикрѣпленія задняго свода.

На рис. 1 видно, что при увеличеніи матки, вслѣдствіе фибромы, пространство, занятое рыхлой клѣтчаткой значительно больше того, которое можно наблюдать на маткѣ не увеличенной.

На маткѣ послѣродовой поверхность той части брюшины, которую пальцами отъ нея отодрать нельзя, представляется нѣсколько большей, чѣмъ въ случаѣ увеличенія этого органа вслѣдствіе фиброміомы. Измѣреніе разстоянія, на которомъ можно отодрать пальцами брюшину отъ передней и отъ задней поверхности послѣродовой матки показываетъ, что отъ боковыхъ краевъ этого органа, разстояніе это равняется отъ 3 до $3\frac{1}{2}$ сант.,

а около дна Дугласовыхъ ямокъ отъ 3 до 4 сант. считая отъ мѣста прикрѣпленія сводовъ. Граница той части брюшины, которую отодрать пальцемъ нельзя, не представляется рѣзкою и прикрѣпленіе брюшины становится прочнѣе приближаясь къ средней линіи (что вполнѣ соотвѣтствуетъ эмбриологическому развитію матки изъ парнаго образованія). Здѣсь, какъ на передней, такъ и на задней поверхности матки имѣется по треугольному пространству, гдѣ брюшина приращена къ мышечной ткани матки. Основаніе этихъ треугольниковъ совпадаетъ съ дномъ матки (концы этого (общаго) основанія соотвѣтствуютъ мѣсту прикрѣпленія трубъ), а верхушка обращена внизъ въ Дугласову впадину. Высота этихъ треугольниковъ на вырѣзанной матки (по средней ея линіи) равняется около 10—11 сант.

Что беременная матка увеличиваясь раздвигаетъ листки широкихъ связокъ это фактъ, отмѣченный многими анатомами. Еще *Jarjavay* ¹²⁾ отмѣтилъ значеніе этого явленія, а *Richet* ¹³⁾ даже прямо считалъ, что главное назначеніе широкихъ связокъ состоитъ въ томъ, чтобы облегчать возможность увеличенія матки во время беременности. Но какое именно пространство занимаетъ на поверхности беременной матки брюшина, покрывавшая ее въ небеременномъ состояніи, это никѣмъ не отмѣчается. Тоже относится и къ увеличеніямъ матки вслѣдствіе новообразованій. Такъ *Veit* отмѣчаетъ, что матка при этомъ вростаеъ въ широкія связки, раздвигая ихъ листки ¹⁴⁾, но каково пространство брюшины приращенной къ маточной ткани объ этомъ указаній мнѣ найти не удалось, а между тѣмъ это вопросъ чрезвычайно важный по своимъ практическимъ слѣдствіямъ.

На рис. 2 отмѣчена граница той части поверхности матки, изображенной на рисункѣ первомъ, гдѣ мнѣ брюшину тупымъ путемъ отдѣлить не удалось.

¹²⁾ *Jarjavay*.—Traité d'anatomie chirurgicale. Paris, 1852, tome I, pag. 302.

¹³⁾ *A. Richet*.—Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. Paris, 1877, pag. 993.

¹⁴⁾ *Veit*.—Das weibliche Becken. Müller's Handbuch der Geburtshülfe Stuttgart, 1888, B. I, pag. 195.

Разсматривая этот рисунок можно убедиться, что пространство, на котором брюшина приращена къ этой увеличенной маткѣ, мало отличается, по размѣрамъ отъ того пространства, на которомъ эта плева прирастаетъ къ маткѣ неувеличенной.

Разсматривая подобные препараты можно убедиться, что явленіе это наблюдается какъ при фиброміомахъ интерстиціальныхъ, такъ и при подслизистыхъ. При фибромахъ подслизистыхъ уже теоретически разсуждая (на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ) можно ожидать, что отношенія брюшины и подбрюшинной клѣтчатки будетъ сходное съ тѣмъ что бываетъ при растяженіи полости матки и увеличеніи ея объема вслѣдствіе беременности. Намъ лично болѣе доказательнымъ въ пользу этого явленія кажется примѣръ фибромъ интерстиціальныхъ; поэтому мы считаемъ умѣстнымъ дать здѣсь рисунокъ (рис. 3), изъ разсмотрѣнія коего ясно, что препаратъ изображенный на рис. 1 и рис. 2 есть дѣйствительно фиброма интерстиціальная.

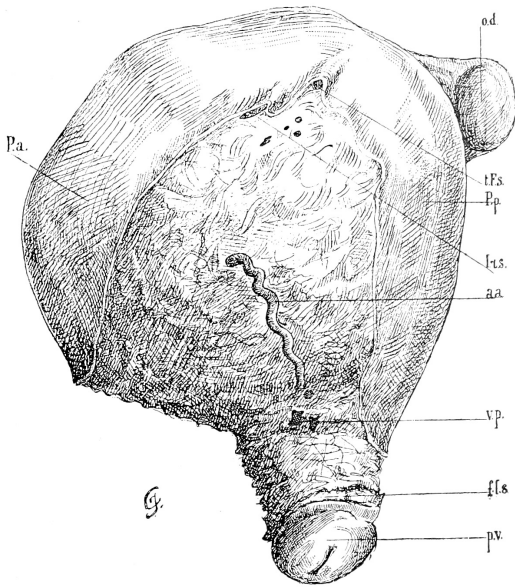
И такъ изъ всего только что изложеного слѣдуетъ, что большая часть поверхности увеличенной матки, независимо отъ причины этого увеличенія покрыта рыхлой клѣтчаткой—слѣдовательно большая часть поверхности этого органа можетъ быть вылучена въ этомъ слоѣ: анатомически это вѣрный и точный путь, которымъ, по вышеуказаннымъ причинамъ желательнo и слѣдуетъ воспользоваться.

Перейдемъ къ разсмотрѣнію втораго вопроса, съ которымъ мы обратились къ анатомическимъ условіямъ, въ которыхъ находится фиброматозная матка—къ отношенію кровеносныхъ сосудовъ и другихъ сосѣднихъ органовъ.

Можетъ ли при быстромъ вылученіи матки въ этомъ слоѣ (рыхлой клѣтчатки) быть кровотеченіе и какъ его контролировать.

Кровотеченіе можетъ быть только изъ перерѣзанныхъ артерій, потому что когда всѣ артеріи перерѣзаны, то въ вены кровь притекать не можетъ и онѣ кровоточить не могутъ. Практически это выражается тѣмъ, что было отмѣчено *Doyen*, т. е. что по мѣрѣ освобожденія опухоли и перерѣзанія венъ кровотеченіе изъ нихъ останавливается само собой. «Лучшее

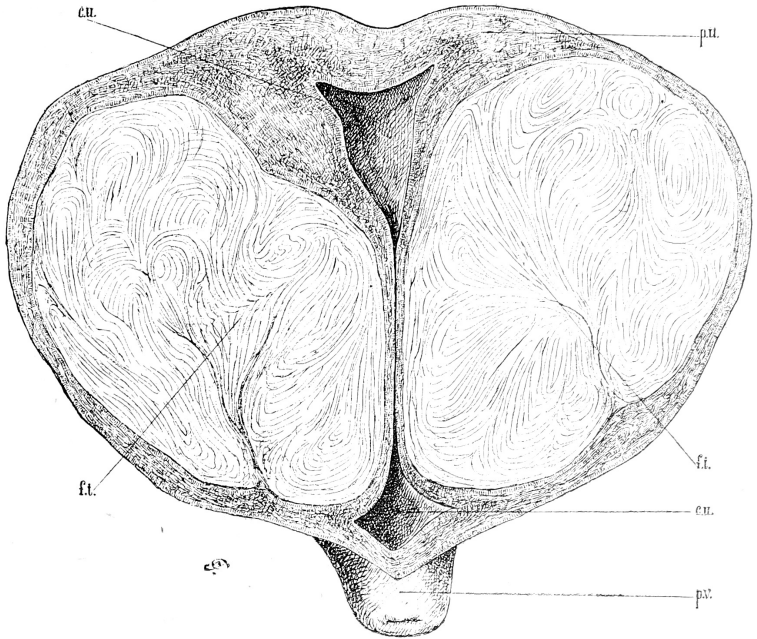
Рис. 1.



Объяснение рисунка. Препаратъ, вылущенной по способу *Dozen*, матки (безъ предварительной перевязки чего либо—*sans hémostase préalable*). Интерстициальная фиброміома; опухоль доходила до пупка (опер. 27/x 1896, прод. опер. 55 мин. Вынис. здоровой). *P. a.*—*paries anterior uteri*; *p. p.*—*paries posterior uteri*; *p. v.*—*portio vaginalis*; *f. l. s.*—*fornix vaginalis sinister*; *v. p.*—*venae persectae*; *l. r. s.*—*ligamentum rotundum sinistrum*; *t F. s.*—*tuba Fallopiana sinistra* (persecta); *a. a.*—*arcus arteriosus*—анастомозъ между *arteria uterina* и *art. ovarica*.

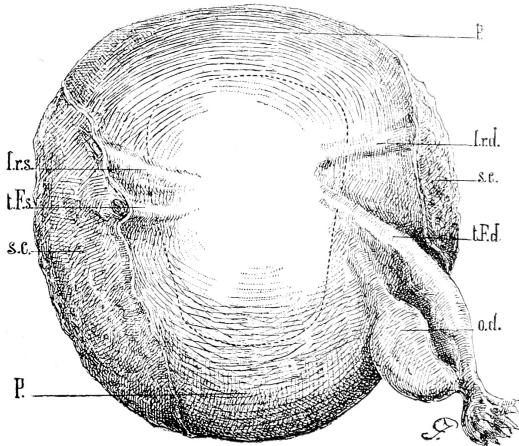


Рис. 2.



Объяснение рисунка. Тот же препарат что и на рис. 1, видимый сверху. Пунктирная линия обозначает границу приращенной къ маткѣ брюшины. S. c. клетчатка широкихъ связокъ; p. p.—peritoneum; l. r. s. и l. r. d.—Ligamenta rotunda; sinistrum et dextrum; t. F. s. и i. F. d.—tubae Fallopianae sinistra et dextra; o. d.—ovarium dextrum.

Рис. 3.



Объяснение рисунка. Продольный разрѣзъ препарата, изображеннаго на рис. 1 и рис. 2 — P. u — paries uteri; c. u.—cavum uteri; p. v.—portio vaginalis; f. i. f. i. s.—fibroma interstitiale.

«средство остановить венозное кровотоечение» какъ выразился *Dojen*, когда я посѣтилъ его клинику, «есть ихъ перерѣзывать» (при вылушеніи міомъ).

Если придерживатся самой поверхности матки, то артеріальная дуга (анастомозъ *arteriae uterinae cum arteria ovarica*) можетъ сохраниться цѣлою, а перерѣзаются только вѣтви идущія отъ нея къ маткѣ. Здѣсь собственно можетъ быть только четыре крупныя артеріи, если перерѣзать эту дугу (двѣ *art. uterinae* и двѣ *art. ovaricae*) и иногда еще двѣ *art. ligamenti rotundi*. Какъ увидимъ ниже всѣ эти артеріи легко захватить *Kocher*'овскими пинцетами и перевязать *in loco*. Не найти ихъ нельзя потому что видна бьющая изъ нихъ струя крови, если онѣ перерѣзаны. Кромѣ того по мѣрѣ отдѣленія прикрѣпленій широкой связки, эта связка съезживается и ее легко зажать между большимъ и указательнымъ пальцемъ и остановить всякое кровотоечение изъ этого источника.

Опасаться какихъ либо аномалій артерій при этомъ моментѣ операціи нѣтъ основаній, потому что главные артеріальные стволы въ этой области стличаются большимъ постоянствомъ.

Въ доступной мнѣ литературѣ, мнѣ не удалось найти ни одного случая отсутствія продольнаго анастомоза маточной и оваріальной артеріи. Эта дуга можетъ, конечно образоваться изъ сосудовъ, отходящихъ аномально, но самая дуга, характеризующая расположеніе артерій въ широкой связкѣ, повидимому аномаліямъ не подвержена. Болѣе мелкіе анастомозы напр. аномальное развитіе *arteriae ligamenti rotundi*, или везикальныхъ вѣтвей едва ли могутъ доставить достаточное количество крови, чтобы обусловить значительное венозное кровотоечение. Наконецъ ихъ тоже можно найти и перевязать, особенно если эти сосуды расширены. Все таки это случай рѣдкій; тоже относится и къ аномальному анастомозу, который можетъ развиваться изъ маленькой артеріальной вѣточки, входящей въ составъ сосудистой сѣти, окружающей поверхность мочеоточника. Постоянство, съ которымъ встрѣчается определенное расположеніе сосудовъ матки и отсутствіе основанія, чтобы ожидать серьезныхъ аномалій при увеличеніяхъ этого органа подтверждается примѣромъ беременной матки. Въ самомъ

дѣлѣ расположеніе сосудовъ матки во время беременности остается тоже самое, какъ и въ небеременномъ состояніи, только отдѣльныя вѣтки увеличиваются въ калибрѣ, а новыхъ сосудовъ болѣе крупной величины не появляется (въ толщѣ широкой связки).

Другое дѣло когда развиваются аномальные сосуды въ сращеніяхъ съ сосѣдными органами напр. съ сальникомъ, брыжжейками и т. п. здѣсь дѣйствительно могутъ быть наблюдаемы аномальные сосуды огромнаго калибра. На венахъ эти аномаліи выражаются гораздо рѣзче и приходится иногда наблюдать такіа аномальныя вены толщиной въ карандашъ и даже почти въ мизинецъ; Но мы уже сказали, что вены могутъ быть страшны только пока не перерѣзаны артеріи ихъ питающія. Конечно при такихъ сращеніяхъ необходимо предварительно перевязать ихъ: этого требуетъ безопасность, но и здѣсь вѣроятно возможно иногда воспользоваться общимъ принципомъ, что отдѣляя маточную опухоль въ слоѣ окружающей ее клѣтчатки и накладывая пинцеты на кровоточащія артеріи, а вены просто перерѣзая можно устранить всякія осложненія со стороны кровотечения; но это вопросъ, практическое значеніе котораго рѣшить будущее. Все таки большая часть сращеній, въ которыхъ бывають аномальные сосуды, наблюдается чаще около верхняго края широкихъ связокъ, вообще въ верхнемъ отдѣлѣ опухоли т. е. въ такомъ мѣстѣ, гдѣ поле операціи доступнѣе и гдѣ легче разобраться въ анатомическихъ отношеніяхъ къ сосѣднымъ органамъ.

Такимъ образомъ при отдѣленіи матки въ слоѣ окружающей ее клѣтчатки, существуютъ анатомическія условія, позволяющія не опасаться артеріальнаго кровотечения, потому что артерій немного и потому что извѣстно, гдѣ онѣ находятся. Логическія основанія не позволяютъ думать, чтобы вены могли дать кровотеченіе, если артеріи перерѣзаны и кровь въ вены не притекаетъ. Опасаться пораненія сосѣдныхъ органовъ тоже не имѣется основанія, потому что тѣ органы, которые помещаются въ брюшной полости отдѣлены отъ поля операціи слоемъ брюшины, покрывающимъ матку и широкія связки, а тѣ органы которые находятся въ клѣтчаткѣ этихъ связокъ — мочеточники, по особенностямъ ткани, которая ихъ окружаетъ

не могутъ быть поранены, если придерживать самой поверхности матки и только на ней и раздѣлять ткани. Тоже самое относится и къ пузырю.

Остаются небольшія вѣтки вагинальныхъ артерій, которыя ранятся при перерѣзываньи сводовъ и стѣнокъ влагалища. Кровотеченія они серьезнаго дать не могутъ, потому что при перерѣзываньи ихъ шейку матки приходится сильно оттагивать кверху и само растяженіе суживаетъ просвѣтъ перерѣзаемыхъ сосудовъ (подобно тому какъ это бываетъ при влагалищной экстирпаціи по способу *Doyen*). къ тому же ихъ легко захватить пинцетами *Kocher*'а, какъ тотчасъ по перерѣзкѣ, такъ и по удаленіи матки, — въ послѣднемъ случаѣ пинцетовъ можетъ понадобится даже меньшее число, потому что одна и таже артерія можетъ быть перерѣзана въ двухъ мѣстахъ.

Какъ типическій примѣръ приложенія всѣхъ этихъ принциповъ разсмотримъ операціи *Doyen*¹⁵⁾.

Возьмемъ простой случай вродѣ того, при которомъ вырѣзанъ препаратъ, изображенный на нашихъ рисункахъ. Матка совершенно подвижна, или сращенія ничтожныя и дойти до дна задняго Дугласова мѣшка легко.

Вся маточная опухоль вытягивается изъ брюшной черезъ брюшную рану и удерживается помощникомъ (1-й моментъ операціи). Другой помощникъ вводитъ во влагалище большой изогнутый корнцангъ и помѣщаетъ конецъ этого инструмента въ задній сводъ влагалища. Хирургъ нащупываетъ конецъ корнцанга указательнымъ пальцемъ лѣвой руки и тотчасъ разсѣкаетъ Куперовскими ножницами всѣ ткани на днѣ Дугласова пространства, — получается рана проникающая въ полость влагалища. Двумя ударами ножницъ рана эта расширяется въ обѣ стороны и влагалищная порція становится видной черезъ рану (2-й моментъ). Помощникъ удаляетъ корнцангъ изъ влагалища, хирургъ захватываетъ влагалищную часть хорошими щипцами *Museux* и вытягивая ее кверху быстро обсѣкаетъ ножницами слизистую боковыхъ и передняго сводовъ влагалища, доходя до рыхлой парацервикальной клѣтчатки (3-й моментъ). Шейка матки или сама отдирается отъ мочевого пузыря вслѣдствіе вытягиванія щипцами *Museux*, или пузырь

¹⁵⁾ loco citato.

отдѣляютъ отъ нея пальцемъ, обернутымъ марлей (4-й моментъ). Хирургъ проводитъ указательный палецъ подъ широкую связку, отдираетъ ее отъ боковой поверхности матки и перерѣзаетъ ножницами брюшину этихъ сводовъ у самой поверхности матки и на днѣ передняго Дугласова пространства (5-й моментъ). Теперь остается только перевязать артеріи in loco, тамъ, гдѣ онѣ перерѣзаны и зашить въ тазу рану брюшины, притянувъ во влагалище остатки широкихъ связокъ. Всякое послѣдовательное кровотеченіе въ брюшную полость этимъ исключается вовсе, всѣ перерѣзанные сосуды и ихъ лигатуры находятся во влагалищѣ и ихъ всегда можно осмотрѣть, а если бы понадобилось и обшить изъ влагалища.

Чрезвычайная простота этой операціи и быстрота, съ которой она можетъ быть произведена, потому что матка при этомъ вылуцается скорѣе чѣмъ можно успѣть прочесть только что сдѣланное описаніе, ставятъ эту операцію значительно выше другихъ оперативныхъ методовъ предложенныхъ для удаленія фиброматозной матки. Кромѣ того изъ описанія метода операціи видно, что она удовлетворяетъ всѣмъ соображеніямъ выставленнымъ вначалѣ этой статьи, а по своей послѣдовательности и по законности отдѣльныхъ моментовъ она напоминаетъ классическіе способы, выработанные оперативной хирургіей.

Со времени моего ознакомленія съ послѣдней модификаціей этого метода (т. е. съ октября прошлаго года) мнѣ пришлось сдѣлать только четыре операціи по этому способу и, конечно, дѣлать какіе либо выводы теперь преждевременно, но судить о преимуществахъ, примѣняемыхъ при этой операціи принциповъ, если они такъ очевидны, всетаки можно и общее впечатлѣніе такое, что это есть типъ, къ которому желательно сводить всѣ операціи изсѣченія фиброматозной матки.

Къ сожалѣнію этотъ методъ можно провести въ полности только тогда, когда матка настолько подвижна, или можетъ быть сдѣлана подвижной, что можно дойти до дна задняго Дугласова пространства; но это бываетъ не всегда. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дно Дугласовой ямки не доступно и матка не подвижна можно поступить двояко: или 1) отдѣлить тупымъ путемъ прикрѣпленіе одной изъ широкихъ связокъ, надрѣзавши предварительно брюшину вдоль краевъ матки (на перед-

ней и задней ея поверхности), какъ это дѣлается при операціи *Doyen* въ первоначальной ея модификаціи ¹⁶⁾, а затѣмъ, отдѣливши широкую связку проникнуть въ полость влагалища черезъ боковой сводъ и свести отношенія къ тому, что бываетъ при типической операціи (потому что матка сдѣлается подвижной); или 2) воспользоваться методомъ пр. *Снегирева* и проникнуть въ передній сводъ отдѣливши пузырь отъ передней поверхности матки по предварительномъ разсѣченіи dna передняго Дугласова пространства. Этотъ послѣдній путь много облегчаетъ отыскиваніе *art. uterinae*, которую можно при этомъ завязать еще до ея перерѣзки.

Наконецъ, можно поступить такъ, какъ это случилось сдѣлать мнѣ въ одномъ случаѣ. Можно надрѣзать брюшину, покрывающую заднюю поверхность матки около бокового края этого органа и, отдирая эту плеву отъ задней поверхности матки, спуститься по подбрюшинной клѣтчаткѣ до мѣста прикрѣпленія задняго свода и вскрывши его отдѣлать широкую связку отъ матки тупымъ путемъ снизу вверхъ, введеннымъ подъ основаніе связки указательнымъ пальцемъ.

Отдѣльные случаи должны требовать особыхъ модификацій; но примѣненіе основныхъ принциповъ остается тоже. Методъ проф. *Снегирева* позволяетъ вылуцать такія опухоли, при которыхъ инымъ образомъ едва-ли возможно окончить операцію; но отдѣленіе мочевого пузыря (отъ матки) сверху внизъ технически труднѣе, чѣмъ путь снизу вверхъ. Здѣсь ярко проявляется общее правило, что, приступая къ чревосѣченію, надо владѣть всѣми методами, чтобы воспользоваться ими для устраненія всякихъ осложненій, которыя могутъ встрѣтиться и которыхъ предусмотрѣть заранѣе нельзя. Существеннымъ для дальнѣйшаго теченія послѣ операціи является быстрое и тщательное зашивание брюшины, какъ это дѣлаетъ проф. *Снегиревъ*, у котораго изъ 83 случаевъ изсѣченія матки (по новому способу съ 1894 по 1896 г.) не было ни одной недоконченной операціи и онъ потерялъ только 4 больныхъ ¹⁷⁾.

¹⁶⁾ *E. Doyen*. Hysterectomie abdominale. Archives provinciales de Chirurgie Dec. 1892.

¹⁷⁾ *W. Snegireff*.—83 Fälle von Myomo-hysterectomie nach modificiertem Doyen'schen Verfahren in Monatschrift für Geb. und Gynäcol. Dec. 1896.

Характерная особенность методовъ *Doyen* и *Снешрева* состоитъ въ томъ, что анатомически избранъ правильный путь.

Другая особенность тоже капитальной важности,—это фактъ отмѣченный *Doyen*, что предварительная перевязка для предупрежденія кровотеченія можетъ не понадобится вовсе и что можно уже по вылученіи опухоли приступать къ гемостазу. Вполнѣ отчетливо провести этотъ принципъ (*sans hémastase préalable*) мнѣ пока пришлось только въ 9 случаяхъ (въ томъ числѣ и послѣдніе 4, о которыхъ я упоминалъ выше). Какого либо осложненія отъ кровотеченія я при этомъ не наблюдалъ и вообще потеря крови была ничтожная (эти больныя все выздоровѣли). Примѣненіе этого принципа значительно облегчаетъ ходъ операціи и исключаетъ всякую возможность обколотъ, перевязать или зацѣмить какой либо сосѣдній органъ, напр., мочеточникъ или пузырь.

О томъ, что вены при этомъ не перевязываются я уже сказалъ выше.

И такъ дальнѣйшія усовершенствованья въ оперативныхъ методахъ для изсѣченія фиброматозной матки должны принимать во вниманіе преимущества этихъ принциповъ, которые отмѣчены главнымъ образомъ *Doyen* и разработаны имъ и проф. *Снешревымъ*, а всякія детальныя подробности, напр., наложеніе пинцетовъ вмѣсто лигатуръ есть, конечно, дѣло второстепенное (и повидимому даже вовсе не желательное, потому что дѣла не упрощаетъ, а осложненія можетъ породить серьезныя); это такія подробности, которыя отдѣльнаго метода не создаютъ и существеннаго значенія имѣть не могутъ.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать пожеланіе, чтобы тѣ отношенія клѣтчатки къ поверхности матки, которыя описаны въ этой статьѣ были прослѣжены (тѣми кому есть на то случай) на большемъ числѣ и на болѣе разнообразныхъ случаяхъ новообразованій этого органа.