

IV.

Отчетъ по Гинекологическому Отдѣленію Петропавловской больницы за 1896 годъ.

В. А. Добберта.

Существующее уже много лѣтъ въ Петропавловской больницѣ гинекологическое отдѣленіе до 1896 года не носило, по современнымъ понятіямъ, самостоятельнаго характера, такъ какъ, по причинамъ, не подлежащимъ ближайшему разсмотрѣнію, въ немъ нельзя было оперировать. За немногими исключеніями всѣ больныя, нуждавшіяся въ оперативномъ пособіи, переводились на хирургическое отдѣленіе. Благодаря стараніямъ и заботамъ Главнаго Врача *А. Ѳ. Метилера* съ марта 1896 г. гинекологическое отдѣленіе располагаетъ операционною и инструментариемъ, оставляющимъ лишь мало желать и отвѣчающимъ всѣмъ требованіямъ анги- и асептики. Какое существенное значеніе имѣетъ для отдѣленія послѣднее обстоятельство, это очевидно. Конечно, имя такого оператора, какъ *К. П. Домбровскаго* ¹⁾, завѣдывавшаго хирургическимъ отдѣленіемъ, привлекало въ свое время не мало оперативныхъ случаевъ. Съ другой стороны однако многихъ больныхъ пугалъ переводъ въ незнакомое отдѣленіе и иная больная, которую можно было бы освободить отъ ея страданія при помощи операціи, покидала больницу безъ оперативнаго пособія. Въ настоящее время видъ выздоравливающихъ послѣ операціи облегчаетъ той или другой

¹⁾ Считаю для себя приятнымъ долгомъ и на этомъ мѣстѣ выразить д-ру *Домбровскому* свою глубочайшую благодарность за то истинно коллегіальное доброжелательное отношеніе, какое онъ проявилъ, руководя моими первыми шагами на поприщѣ оперативной гинекологіи.

большой рѣшеніе подвергнуться оперативному лѣченію. Я далеку отъ мысли преклоняться предъ оперативной полипрагмазіей, но все-же не могу не признать того факта, что, при настоящемъ положеніи нашихъ знаній, центръ тяжести слѣдуетъ перенести на оперативную часть гинекологіи.

Въ теченіи отчетнаго 1896 года въ отдѣленіи находилось на пользованіи 547 больныхъ.

Состояло къ 1 января 1895 г.	28	Выздоровѣло	503
Поступило въ 1896 году	519	Умерло	24 ²⁾
	<u>547</u>	Осталось къ 1 января 1897 г.	20
			<u>547</u>

По роду болѣзни больныя распредѣлялись слѣдующимъ образомъ.

I. Измѣненія положенія мочеполовыхъ органовъ.

Descensus et prolapsus vaginae	9
Descensus et prolapsus uteri	8
Retroversio-flexio uteri	7

II. Воспалительныя болѣзни.

а) Мочевого канала и пузыря.

Cystitis	2
--------------------	---

б) Наружныхъ половыхъ органовъ и рукава.

Bartholinitis	12
Colpitis	5

в) Матки.

Endometritis	40
Hypertrophia colli uteri	5
Metritis	15

г) Придатковъ матки.

Salpingitis	6
Salpingo-oophoritis	49
Sactosalpinx purulenta	19
Oophoritis	44
Abscesuss ovarii	1

д) Брюшины.

Perimetritis	42
Pelveoperitonitis chr. adhaesiva	9
Pelveoperitonitis exsudativa	7
» purulenta	4

ж) Тазовой клѣтчатки.

Parametritis	27
Para-Perimetritis	13

²⁾ Изъ нихъ 21 съ послѣдовыми заболѣваніями.

III. Новообразования.

а) Доброкачественныя.	
Papilloma urethrae	1
Cystis vaginae	1
Polypus colli uteri mucos.	4
Polypus uteri fibros.	2
Fibromyoma uteri	8
Kystoma ovarii	18
б) Злокачественныя.	
Carcinoma labii major. dextr.	1
Epithelioma vaginae prim.	1
Carcinoma uteri	13
Carcinoma ovarii	1
Cysto-carcinoma ovarii	2

IV. Болѣзни различнаго происхожденія.

Ruptura perinei	3
Haematocele retrouterina	3
Hernia lineae albae	1
Strictura recti et Fistula rectovaginalis	1
1) Беременность и ея осложненія.	
Graviditas normalis	10
Hyperemesis gravidarum	6
Eclampsia gravidarum	1
Graviditas tubaria	7
2) Выкидышь и преждевременные роды.	
Abortus incipiens	3
Abortus incompletus	57
3) Послѣродовое состояніе.	
Puerperium normale	9
4) Послѣродовыя заболѣванія.	
Ruptura perinei et Colpitis traumatica	2
Endometritis puerperalis	40
Parametritis puerperalis	8
Perimetritis puerperaplis	2
Peritonitis	2
Septico-Pyaemia.	1
Phlebitis	3
5) Прочія послѣродовыя заболѣванія.	
Atonia uteri p. partum	5
Eclampsia p. partum	5
Mania puerperalis	1
Mastitis	1

Въ приведенной таблицѣ больше всего бросается въ глаза значительное число пуэрперально заболѣвшихъ роженицъ.

Завоеванія бактериологіи, проложившія совершенно новые пути, вызвали, понятно, значительный переворотъ также и въ области акушерства. Если смѣлыя надежды, которыя мы возлагали на дезинфекціонныя средства, и не исполнились; если и при примѣненіи различныхъ физическихъ способовъ для уничтоженія заразныхъ началъ, всетаки встрѣчаются инфекціи, какъ во время, такъ и послѣ родовъ, то изслѣдванія лабораторнымъ путемъ, совмѣстно съ клиническими наблюденіями у постели больныхъ, доказали, что такіе неблагоприятные результаты случаются, не благодаря ненадежности находящихся въ нашемъ распоряженіи средствъ, а благодаря не безупречному примѣненію ихъ. Этотъ фактъ, который можетъ служить пробнымъ камнемъ дѣятельности каждаго, занимающагося акушерствомъ, вызвалъ къ сожалѣнію, соперничество, въ которомъ принимаютъ самое жаркое участіе знахарки и бабки, но также врачи и родовспомогательныя заведенія, вызвалъ борьбу, въ которой не всегда дѣйствуютъ открыто и честно. Стремленіе представить возможно низкій процентъ смертности и заболѣваемости служитъ довольно часто поводомъ къ отрицанію послѣродового заболѣванія, причемъ на его мѣсто ставятъ какое либо иное страданіе. Это не пустыя слова. Я бы могъ, еслибъ не боязнь слишкомъ далеко отклониться отъ своей задачи, привести цѣлый рядъ врачебныхъ свидѣтельствъ, съ которыми больныя были направлены въ больницу, и согласно которымъ, не смотря на безспорное присутствіе септического пораженія полового тракта, роженицы будто-бы продѣлывали нормальный послѣродовой періодъ, а заболѣвали инфлуенціей, тифомъ и другими острыми инфекціонными болѣзнями, какъ разъ въ первые дни послѣ родовъ. Съ какими печальными порядками мы встрѣчаемся еще въ самой столицѣ, ясно изъ того, что въ одной Петропавловской больницѣ, для которой въ моемъ распоряженіи точныя данныя, 7—10% всѣхъ, принятыхъ въ гинекологическое отдѣленіе, представляютъ собою заболѣвшихъ въ послѣродовомъ періодѣ. А сколькимъ изъ этихъ несчастныхъ не приходится совершенно пользоваться больничнымъ лѣченіемъ? Этому относительно большому матеріалу патологи-

чески протекающихъ случаевъ послѣродоваго періода я склоненъ приписать, что мнѣ пришлось уже три раза видѣть одну изъ самыхъ рѣдкихъ формъ послѣродоваго заболѣванія матки. Два случая описаны много уже раньше. ³⁾ Исторія болѣзни послѣдняго случая, бывшаго вначалѣ 1896 г. вкратцѣ слѣдующая.

26-лѣтняя крестьянка Н. В. постушила 11/III 96 въ акушерско - гинекологическое отдѣленіе Петропавловской больницы. По словамъ больной, она всегда была здорова и начала менструировать на пятнадцатомъ году. Регулы наступали въ 4 недѣльные промежутки и продолжались шесть дней. На 25 году больная первый разъ родила. Роды и послѣродовой періодъ протекли нормально. Въ октябрѣ 95 г. пациентка во второй разъ забеременѣла. Во время этой беременности больная чувствовала себя до 9 марта совершенно хорошо. Въ этотъ день безъ видимой причины появились потрясающій знобъ, головныя боли и лихорадка. Далѣе появились боли внизу живота. Такъ какъ въ послѣдующіе дни въ состояніи больной не послѣдовало улучшеніе она отправилась утромъ 11 марта въ больницу. При приѣмѣ больной въ 10 ч. 15' утра, шейка найдена слаженной, а зѣвъ пропускалъ 2¹/₂ пальца; 1¹/₂ часа спустя отошли воды и спустя 5 минутъ родился въ черепномъ положеніи мертвый ребенокъ, который по своему развитію соответствовалъ 7 мѣсяцу. 10 минутъ спустя послѣ родовъ ребенка вышелъ произвольно послѣдъ. Матка хорошо сократилась и имѣлось лишь умѣренное кровянистое отдѣленіе. Несмотря на это, больная производила далеко неудовлетворительное впечатлѣніе. Она была совершенно апатична, жаловалась на сильнѣйшія головныя боли, значительную усталость и слабость. t⁰ 39,0. При изслѣдованіи легкихъ, не замѣчалось никакихъ измѣненій перкуторнаго тона. Выслушиваніе обнаружило въ заднихъ нижнихъ отдѣлахъ немногочисленные, крупнопузырчатые хрипы. Больная часто кашляетъ, причѣмъ выдѣляется незначительное количество стекловидной слизи. Въ сердцѣ ничего ненормальнаго. Пульсъ умѣреннаго напряженія, 108 ударовъ въ минуту. Увеличеніе селезенки перку-

³⁾ Ueber partielle Necrose des Uterus und der Vagina St. Petersburg. Med. Wochenschrift. 1890.

торно не констатируется. Печень увеличена. Животъ слегка вздутъ, неболъзненъ, языкъ сухъ, слегка обложенъ. Моча безъ бѣлка. Вечеромъ t^0 38,0.

12/ш t^0 38,0, пульсъ 90— t^0 39,5, пульсъ 98. Лохіи кровянисты, довольно обильны. Матка не вялая, но относительно большихъ размѣровъ. Въ общемъ состояніи больной улучшенія не замѣчается.

13/ш t^0 37,9, пульсъ 88.— t^0 40,1, пульсъ 100. Головные боли, по словамъ больной, невыносимы. Животъ все еще вздутъ, при давленіи слегка чувствителенъ. Матка плотна, обемиста. Лохіи еще сильно окрашены кровью.

14/ш t^0 38,3, пульсъ 88.— t^0 39,9, пульсъ 100.

15/ш t^0 38,5, пульсъ 74.— t^0 39,7, пульсъ 104. Обильныя выдѣленія изъ матки, безъ запаха. Дно матки все еще стоитъ высоко. Матка при ощупываніи представляется плотной, но при надавливаніи—очень чувствительна. Состояніе легкихъ безъ измѣненій. Въ общемъ состояніи также нѣтъ улучшеній.

16/ш t^0 38,9, пульсъ 92.— t^0 39,3, пульсъ 102. Боли въ животѣ интензивнѣе и не ограничиваются лишь одной маткой. Лохіи все еще окрашены кровью.

17/ш t^0 38,1, пульсъ 96.— t^0 38,9, пульсъ 104. Выдѣленіе нѣсколько меньше и менѣе окрашено. Чувствительность живота увеличивается. Больная много кашляетъ, но въ легкихъ, кромѣ вышеописанныхъ измѣненій, ничего ненормального не констатируется. Общее состояніе больной существенно ухудшилось. Она совершенно апатична и производитъ впечатлѣніе пораженной тяжелою общою инфекціею.

18/ш t^0 38,4, пульсъ 100.— t^0 39,5, пульсъ 108. Лохіи—грязно-буро-темнаго цвѣта, безъ запаха. Очень сильная чувствительность живота. Тошнота.

19/ш t^0 38,8, пульсъ 116— t^0 39,4, пульсъ 112. Животъ вздутъ очень чувствителенъ. Тошнота. Дыханіе—ускоренное, поверхностное. Пульсъ слабого напряженія. При перкуссіи получается справа сзади и внизу неясновыраженное притупленіе тона. Въ этой части дыханіе слегка ослаблено съ рѣзкимъ выдохомъ. Многочисленные хрипы.

20/ш t^0 39,3, пульсъ 120.— t^0 39,7, пульсъ 132. Животъ вздутъ, очень болѣзненъ. Языкъ сухъ, обложенъ. Рвота желчно-

окрашенными массами. Выделение скудное грязно окрашенное, но без запаха. Пульсъ очень слабъ.

21/III t⁰ 39,6, пульсъ 120. t⁰ 40,1 пульсъ 136. Сонливость. Въ брюшной полости свободное скопление жидкости не констатируется. Значительная чувствительность всего живота, икота, рвота. Изъ половыхъ частей почти никакихъ выделений. Пульсъ нитевидный. Общій упадокъ силъ.

22/III t⁰ 39,5, пульсъ 130.—t⁰ 39,9, пульсъ 140. Больная in extremis. Дыханіе очень поверхностное. Пульсъ едва ощущимъ. Легкая синюха лица и конечностей.

Утромъ 23/III въ 2 ч. 40' последовалъ *exitus letalis*.

Приведенная исторія болѣзни показываетъ, что, на основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія въ первые дни, нельзя было заключить съ какимъ страданіемъ мы имѣли дѣло. Больная безусловно производила впечатлѣніе страдающей тяжелою общеою инфекціею, но какая инфекціонная болѣзнь была предъ нами и какой органъ послужилъ исходной точкой, это оставалось не рѣшеннымъ. Очевидно, можно было думать о послѣродовой инфекціи, но въ первое время совершенно отсутствовали всякія точки опоры для подобнаго предположенія. Лишь появленіе мѣстной болѣзненности матки и относительно долгое время продолжающіеся кровянистыя выделенія позволяли намъ предположить, что матка была очагомъ инфекціи. Я говорю «предположить», потому что даже послѣ того, какъ перитонитъ былъ уже внѣ сомнѣнія, выделенія обнаруживали столь незначительныя измѣненія, что діагнозъ серьезнаго заболѣванія эндометрія все еще представлялъ нѣчто искусственное.

Наша терапія носила поэтому совершенно экспектативный характеръ. Она состояла въ первые три дня изъ легкихъ отхаркивающихъ и эрготина 0,05 два раза въ день. При первыхъ признакахъ перитонита—опій внутрь и пузырь со льдомъ на животъ. Какое либо внутриматочное вмѣшательство не примѣнялось и лишь въ послѣдніе дни передъ смертью было назначено разъ въ день дезинфицирующее промываніе рукава.

Произведенное 12 часовъ послѣ смерти вскрытіе (д-ръ *Jalan de la Croix*) установило слѣдующіи патолого-анатомическій діагнозъ.

Endometritis puerperalis et placentaris. Necrosis uteri partialis. Peritonitis acuta sicca. Pneumonia catarrhalis acuta duplex inferior praecipue dextra. Atelectasis lobi sup. pulmon. dextri. Nephritis parenchymatosa non magna. Degeneratio parenchymatosa cordis et hepatis. Dilatatio ventriculi. Gastritis glandularis.

Опуская передачу полного протокола вскрытія, я ограничусь описаніемъ сохраненнаго въ спиртѣ препарата. Последній представляетъ надвлагалищно—ампутированное тѣло матки безъ придатковъ. Длина 8,5 сантим. Ширина на высотѣ трубъ 8 сант. Толщина 5 сант. На передней поверхности дна, не совѣтъ посерединѣ, а нѣсколько влѣво отъ срединной линіи находится круглый, около 4,5 сант., въ поперечникѣ, рѣзко ограниченный участокъ, который слегка возвышается надъ уровнемъ остальной поверхности. Зеленовато сѣрая окраска и болѣе мягкая консистенція позволяютъ легко отличить его отъ прочей ткани матки. Разрѣзомъ, идущимъ вдоль передней стѣнки матки, полость ея вскрыта. Толщина передней стѣнки матки 2,4 сант. Констатированное на поверхности ограниченное измѣненіе ткани проникаетъ черезъ всю толщю стѣнки матки. По отношенію къ мускулатурѣ матки, граница очень ясно выражена. Поверхность слизистой оболочки матки шереховатого бархатистаго характера; на задней стѣнкѣ матки, слѣва вверху, на вершинѣ и въ верхней части передней стѣнки замѣчаются болѣе рѣзкія неровности, указывающія, что въ этомъ мѣстѣ былъ прикрѣпленъ послѣдъ. Въ области измѣненнаго участка ткани, на поверхности слизистой оболочки замѣчается легкое углубленіе. Консистенція измѣненной ткани здѣсь очень мягка; на периферіи мѣстами замѣчается секвестрація измѣненной ткани. Поперечникъ, со стороны поверхности слизистой оболочки, меньше, при чемъ пораженный участокъ и здѣсь сохраняетъ почти круглую форму. Весь измѣненный кусокъ ткани соотвѣтствуетъ по своему виду усѣченному конусу, основаніе котораго обращено къ брюшинной поверхности матки. На разрѣзѣ видны зіяющіе просвѣты большихъ сосудовъ.

Мы имѣемъ несомнѣнно въ нашемъ случаѣ дѣло съ процессомъ который съ патолого-анатомической стороны опредѣляется какъ *Necrosis uteri partialis* или *metritis dissecans*.

Уже въ 1871 г. *К. Ф. Славянскій* установилъ, что въ послѣродовомъ періодѣ могутъ отторгаться куски омертвѣвшей ткани матки. Но лишь *Сыромятниковъ* впервые въ 1879 году призналъ этотъ процессъ, какъ самостоятельную форму болѣзни и назвалъ его *Metritis dissecans*. За работой *Сыромятникова* послѣдовали сообщенія аналогичныхъ случаевъ изъ Америки *Garrigues'омъ*, у насъ *Исполатовской*, *Грамматикати*, *Воробьевымъ*, *Шренкомъ* и др. Изъ Германіи *Höchstenbach'омъ*, (*Kehrer*) *Gebhard'омъ* и *Ruge*.

Слѣдующая таблица содержитъ въ хронологическомъ порядкѣ имена авторовъ и опубликованные ими случаи.

Какъ изъ нижеслѣдующей таблицы видно, число до сихъ поръ извѣстныхъ случаевъ *metritis dissecans* очень незначительно. Если и допустить, что не всѣ наблюдаемые случаи опубликованы, то всежь приведенныя числа доказываютъ, что *metritis dissecans* принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Занимающій насъ болѣзненный процессъ до сихъ поръ наблюдался исключительно въ послѣродовомъ періодѣ.

Послѣ того какъ, въ теченіи продолжительнаго времени, повышенія температуры, измѣненныя выдѣленія etc. давали указаніе на заболѣваніе эндометрія, дѣло доходитъ въ среднемъ въ теченіе третьей недѣли, до отторженія кусковъ ткани. Послѣ удаленія омертвѣвшаго участка ткани, всѣ угрожающія явленія исчезаютъ или тотчасъ-же, или короткое время спустя и больныя вскорѣ поправляются. Только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ поражена и брюшина, теченіе не всегда бываетъ такое благопріятное, тогда по большей части септической перитонитъ влечетъ за собою быстрый *exitus letalis*.

Величина и форма отторгнутыхъ участковъ показываетъ большія колебанія. Такъ какъ секвестрація этихъ кусковъ большею частью, происходитъ внутри стѣнки матки въ области прикрѣпленія послѣда, то преобладаютъ продольные размѣры, а размѣры въ ширину и толщину отступаютъ на задній планъ. Относительно рѣдко поражается мускулатура матки во всей своей толщинѣ одновременно съ покрывающимъ ее брюшиннымъ покровомъ, или процессъ захватываетъ матку *in toto*. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло по большей части съ

АВТОРЫ И ИСТОЧНИКИ.	Primitiva.	Mitipara.	Преждеврем.	Срочные.	Однолюдые.	Двойни.	Нормальные.	Патологическіе.	Оперативныя	пособія.	Отхожд. куска	на ? день в. род.	Вздорываю.	Умерло.	Число случаевъ.
	<i>Славянской. Мед. отч. С.-Петербур. род. Завед., 1870—71</i>	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1
<i>Сароматниковъ. Arch. f. Gyn., Bd. 18. Врачъ, 1880</i>	1	—	1	—	1	1	1	—	—	—	—	14	1	—	2
<i>Garrigues New York, Med. Journ. 1882. Bd. 36. Arch. of Med. 1883</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Истоматовская. Врачъ, 1884</i>	1	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	28	1	—	1
<i>Грамматиками. Рус. Медицина 1885</i>	1	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	12	—	1	1
<i>Höchstebach (Kehrer). Arch. f. Gyn. Bd. 37</i>	1	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	27	—	1	1
<i>Dobbert. St. Petersb. Med. Wochens. 1890</i>	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	28	1	—	2
	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	16	1	—	—

круглыми какъ бы выбитыми каленнымъ желѣзомъ кусками; въ послѣднемъ случаѣ—съ мѣшкособразными, представляющими какъ бы полный слѣпокъ матки, образованиями. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ наблюдалось полное отдѣленіе кусковъ ткани, такъ что послѣдніе или произвольно отторгались изъ матки, или-же, послѣ того какъ ихъ присутствіе въ полости матки было установлено, были удалены помощью инструментовъ. Только въ двухъ случаяхъ, въ случаѣ *Грамматикати* и нашемъ, дѣло не дошло до полного секвестрированія ткани, имѣлась еще болѣе или менѣе тѣсная связь между патологически измѣненной тканью и остальной стѣнкой матки.

Возникновеніе этого патологическаго процесса сильнѣйшимъ образомъ занимало изслѣдователей. Прежде однако, чѣмъ я перейду къ этой весьма интересной сторонѣ вопроса, я позволю бы себѣ сдѣлать нѣсколько замѣчаній относительно самой номенклатуры этого заболѣванія.

Какъ уже упомянуто, *Сыромятниковъ* первый обозначилъ этотъ процессъ, какъ *metritis dissecans*. *Garrigues*, который опубликовалъ свой первый случай подъ именемъ *metritis exfoliativa*, описалъ въ послѣдствіи свой случай какъ «*Dissecting Metritis*». Остальные авторы также приняли эту номенклатуру *Сыромятникова*. Только *Грамматикати*, который на основаніи своихъ изслѣдованій нашелъ этотъ процессъ однозначнымъ съ некрозомъ ткани, отвергаетъ это названіе и предлагаетъ замѣнить его обозначеніемъ *Necrosis uteri partialis*.

Не слѣдуетъ забывать, что всѣ авторы, кромѣ *Грамматикати*, сообщаютъ о полномъ отторженіи болѣе или менѣе измѣненныхъ участкахъ ткани. Въ случаѣ-же *Грамматикати* патологически измѣненная ткань оказалась еще въ связи съ окружающею тканью. Если во всѣхъ этихъ случаяхъ, по всей вѣроятности, въ основѣ лежатъ одни и тѣ же патологическіе процессы, вслѣдствіе которыхъ наступаетъ омертвѣніе, то все-жъ, при полномъ отторженіи омертвѣвшаго участка ткани, на сцену выступаетъ реакція со стороны не лишенной своихъ функций ткани по отношенію къ омертвѣвшему участку. Эта реакція заслуживаетъ какого либо отпуска въ номенклатурѣ болѣзни. Поэтому для случаевъ омертвѣвшаго участка ткани, я считалъ бы обозначеніе *Metritis dissecans* вполне подходя-

щимъ. Случаи, въ которыхъ не дошло еще до отторженія, которые другими словами слѣдуетъ разсматривать какъ предшествующую степень послѣдняго, могутъ, конечно, быть обозначены какъ *Necrosis partialis*.

Что касается этиологіи этого болѣзненнаго процесса, то объясненіе происхожденія его можно было-бы искать въ тяжеломъ теченіи родовъ или въ примѣненіи оперативнаго вмѣшательства. Приведенная таблица показываетъ однако, что *Metritis dissecans* не стоитъ ни въ какой связи съ патологіей родовъ. Она наблюдалась почти одинаково часто какъ послѣ патологическихъ, такъ и послѣ нормальныхъ родовъ. Въ трехъ случаяхъ дѣло шло даже о преждевременныхъ родахъ. Факторы чисто механическаго свойства, которые могутъ встрѣтиться во время родовъ, врядъ ли могутъ вызвать интересующее насъ страданіе во время послѣродоваго періода. Въ противномъ случаѣ намъ пришлось бы гораздо чаще наблюдать такіе процессы, нежели это бываетъ на дѣлѣ.

Мы должны искать поэтому причину въ патологическихъ процессахъ въ теченіе послѣродоваго періода. Но и здѣсь должны явиться на сцену какія либо исключительныя обстоятельства, благодаря которымъ послѣродовая инфекция выразится въ этой рѣдкой формѣ.

Отъ изслѣдованія отторженныхъ омертвѣвшихъ частей ткани,—не говоря уже о трудности и неточности, съ которою связано микроскопически-бактеріологическое изслѣдованіе такихъ кусковъ—едва-ли можно ожидать отвѣта относительно процессовъ, разыгрывающихся въ маткѣ. Наоборотъ случаи, подобные случаю *Грамматикати*, въ которыхъ подвергшійся омертвѣнію участокъ ткани оказался *in situ*, позволяютъ намъ установить происходящія въ организмѣ измѣненія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и причину страданія, предполагая, разумѣется, что найденныя данныя правильно истолкованы.

Я поэтому не буду вдаваться въ разсмотрѣніе данныхъ къ тому же немногочисленныхъ микроскопическихъ изслѣдованій другихъ авторовъ. Упомяну лишь, что, кромѣ различныхъ измѣненій мышечныхъ волоконъ, почти постоянно находили тромбозированные или выполненные распадомъ сосуды, а также многочисленныя колоніи коковъ. Результаты микроскопически-

бактеріологическихъ изслѣдованій *Грамматикати* вкратцѣ слѣдующіе:

Названный авторъ нашелъ въ области омертвѣвшаго участка ткани жировое перерожденіе мышечной ткани, которая пронизана многочисленными неправильно-очерченными просвѣтами. Эти просвѣты выполнены мелко-зернистыми массами. Мелко-клеточной инфильтраціи въ окружности не замѣчается. На срѣзахъ, которые относились къ тѣмъ участкамъ, гдѣ омертвѣвшая ткань отдѣлена отъ окружающихъ элементовъ неправильною демаркаціонною линіей, можно было уже микроскопически отличить два различныхъ тканевыхъ слоя. Одинъ — болѣе плотный, менѣе прозрачный, соответствующій менѣе измѣненной ткани матки, а другой — болѣе рыхлый, — прозрачный, содержащій многочисленныя просвѣты. Мѣстами существовало уже отдѣленіе обоихъ слоевъ другъ отъ друга. Подъ микроскопомъ можно было, на границѣ обоихъ тканевыхъ слоевъ, въ менѣе пораженныхъ участкахъ, замѣтить полосу, образованную многочисленными мелко-клеточными элементами. Мелко-клеточная инфильтрація переходитъ мѣстами непосредственно, мѣстами постепенно въ мышечную ткань; послѣдняя показываетъ знакомыя уже измѣненія при послѣродовыхъ процессахъ. На срѣзахъ, окрашенныхъ по *Gramm'y*, констатировано, что омертвѣвшій участокъ пронизанъ многочисленными шаровидными бактеріями. Послѣднія пронизываютъ въ большомъ количествѣ тромбы на внутренней поверхности матки въ области прикрѣпленія послѣда и распространяются по кровеноснымъ и лимфатическимъ сосудамъ, набиваясь большими кучами въ просвѣтъ сосудовъ. Бактеріи располагаются то попарно въ формѣ диплококковъ, то образуютъ цѣпи изъ 4 — 6 звеньевъ. Между тѣмъ, какъ въ омертвѣвшемъ участкѣ кокки встрѣчаются повсюду, ихъ нельзя отыскать въ окружающей нормальной ткани. Данныя *Грамматикати* въ общихъ чертахъ вполне совпадаютъ съ найденными нами. На срѣзахъ изъ моихъ препаратовъ, которые были окрашены квасцовымъ гѣматоксилиномъ, можно уже было при макроскопическомъ изслѣдованіи различить участокъ ткани, который очень плохо поддавался окраскѣ и представлялся почти бѣлымъ, — и другой участокъ, хорошо окрашенный въ синій оттѣнокъ. Оба различно-окра-

шенные участка ткани разграничивались извилисто-идущей полосой, толщиной въ нѣсколько мм., и окрашенной въ темно-синій цвѣтъ. Подъ микроскопомъ обнаружилось, что плохо-окрашиваемая ткань состояла изъ значительно-измѣненныхъ мышечныхъ элементовъ. Измѣненіе ткани было не во всѣхъ отдѣлахъ въ одинаковой мѣрѣ выражено. Вблизи брюшинной поверхности оно значительно меньше; здѣсь встрѣчаются еще мышечныя волокна съ ясно-замѣтнымъ ядромъ, или волокна слабо-окрашенныя, въ которыхъ замѣчаются темнѣе окрашенныя тѣльца, — остатки мышечныхъ ядръ. Чѣмъ далѣе удаляются отъ поверхности, тѣмъ распадъ выступаетъ ярче. Наконецъ вблизи поверхности слизистой оболочки распадъ достигаетъ такихъ размѣровъ, что точная дифференцировка отдѣльныхъ элементовъ дѣлается невозможною и получается впечатлѣніе, какъ-бы гомогенной мелко-зернистой массы. Различіе въ стадіяхъ распада проявляется не только въ направленіи отъ слизистой оболочки къ брюшинной поверхности, но въ такой-же мѣрѣ можетъ быть прослѣжено въ направленіи перпендикулярныхъ къ первому, а именно отъ центра къ периферіи омертвѣвшаго участка ткани. Въ общемъ господствуетъ волокончатое распредѣленіе тканевыхъ элементовъ. Въ весьма неправильномъ распредѣленіи встрѣчаются далѣе въ плохо-окрашенномъ участкѣ ткани овальныя, продолговатыя, дихотомически-развѣтвляющіеся образования, которыя энергичнѣе воспринимаютъ красящее вещество, нежели окружающая ихъ ткань. Наиболѣе рѣзко ограничены и сильно окрашены эти образования въ периферическихъ отдѣлахъ куска. По направленію къ центру, они все болѣе и болѣе блѣднѣютъ и менѣе ясно отличаются отъ окружающей ткани. Въ концѣ концовъ они совершенно пропадаютъ, а взамѣнъ ихъ появляются неправильно-ограниченныя пустоты въ ткани, въ которыхъ тамъ и сямъ замѣчаются распадныя массы. Зіяющіе просвѣты сосудовъ наблюдаются лишь въ видѣ исключеній. По преимуществу круглая или овальная форма названныхъ сильнѣе окрашенныхъ образованийъ и развѣтвляемость ихъ съ самаго начала дѣлали вѣроятнымъ, что предъ нами продольные или поперечные разрѣзы сосудовъ (см. рис.). При болѣе точномъ изслѣдованіи дѣйствительно и оказалось, что это

были просвѣты сосудовъ, заполненные мелко-зернистой массой. Циркулярно расположенныхъ мышечныхъ или соединительно-тканныхъ элементовъ, которые давали-бы указанія на сосудистую стѣнку, почти никогда нельзя было констатировать. Послѣ долгихъ поисковъ удавалось лишь на самой границѣ нѣкоторыхъ изъ этихъ образований найти эндотелии, а въ содержимомъ кромѣ мелко-зернистой массы распознать и кровяныя тѣльца. И такъ мы имѣемъ дѣло съ тонко-стѣнными, ограниченными лишь одной эндотелиальной каймой кровеносными сосудами.

Отъ остальной ткани матки омертвѣвшій участокъ отдѣленъ болѣе или менѣе широкой полосой мелкоклеточно-инфильтрированной ткани, проходящей черезъ всю толщю стѣнки матки. Полоса эта очень энергично воспринимаетъ красящее вещество и переходитъ постепенно въ нормальную или мало измѣненную ткань матки. Самая ткань матки очень богата сосудами большаго калибра и капиллярами, просвѣты которыхъ зіяютъ и лишь изрѣдка содержатъ большое количество кровяныхъ тѣлецъ.

Для бактериологическаго изслѣдованія были взяты срѣзы съ нѣкоторыхъ тотчасъ послѣ вскрытія положенныхъ въ абсолютный алкоголь кусковъ и по *Gramm*'у окрашенныхъ. При изслѣдованіи такихъ срѣзовъ оказалось, что бактеріи находятся лишь въ омертвѣвшемъ участкѣ ткани въ большомъ количествѣ. Въ томъ же отдѣлѣ ткани, который образуетъ демаркаціонную линію, и въ остальной части мускулатуры бактеріи не встрѣчаются. И для этого изслѣдованія оказались болѣе пригодными тѣ участки ткани, которые были расположены близъ демаркаціонной линіи или брюшинной поверхности. Здѣсь микроорганизмы были распределены не равномерно въ ткани, а ихъ присутствіе находилось въ прямой связи съ сосудами. Каждый изъ вышеописанныхъ выполненныхъ мелко-зернистыми массами просвѣтовъ сосудовъ содержалъ громадное количество стрептококковъ въ чистой культурѣ. Тщетно искалъ я здѣсь въ окрестности сосудовъ цѣпочекъ кокковъ. Чѣмъ дальше удаляются отъ периферіи, тѣмъ менѣе присутствіе колоніи кокковъ зависитъ отъ сосудовъ. Изъ рѣзко ограниченныхъ скопленій кокковъ проникаютъ въ окружающую ткань сперва единичные, а затѣмъ многочисленныя цѣпочки стрептококковъ. Въ концѣ

концовъ ткань во всѣхъ направлєніяхъ прорастаетъ послѣдними.

Какимъ же образомъ происходитъ это омертвѣніе и какую роль играютъ при этомъ микроорганизмы?

P. Dittrich, которому мы обязаны наиболѣе точными изслѣдованіями «о состояніи мускулатуры послѣродовой матки при патологическихъ условіяхъ» (*Zeitschrift f. Heilkunde* Bd. X) нашель, что при послѣродовыхъ инфекціонныхъ процессахъ постоянно гибнетъ то большая то меньшая часть мускулатуры матки. Согласно недопускающимъ никакого упрека препаратамъ *Dittrich*'а при распадѣ мускулатуры играетъ гораздо большую роль чѣмъ жировое перерожденіе—гіалиновое перерожденіе отдѣльныхъ мышечныхъ волоконъ и совершенно своеобразный некротическій распадъ мускулатуры матки. «Распредѣленіе этихъ массъ распада въ ткани матки было довольно правильное, именно, въ томъ отношеніи, что они, хотя наблюдались во всѣхъ слояхъ мускулатуры матки, встрѣчались однако наиболѣе обильно въ среднихъ слояхъ стѣнки матки. И даже здѣсь ихъ распредѣленіе было въ извѣстномъ отношеніи равномерное, такъ какъ эти продукты распада мышечныхъ волоконъ были расположены исключительно въ непосредственной близости большихъ сосудовъ, прежде всего артерій, причемъ послѣднія обыкновенно обнаруживали распадъ своей мышечной оболочки». *Dittrich* того мнѣнія, что омертвѣніе мышечныхъ волоконъ обусловлено токсическими веществами микрококковъ, которые встрѣчались въ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ.

И въ нашемъ случаѣ, повидимому, приходится далеко не маловажную роль приписать бактеріямъ или продуктамъ ихъ обмѣна.

Менѣе сильный распадъ перифиріи омертвѣвшаго участка указываетъ, что не весь участокъ сразу поражается, а что некрозъ, исходя изъ одного пункта постепенно распространился далѣе. Отношеніе сосудовъ также говоритъ за это предположеніе. О проростаніи ткани бактеріями и обусловленномъ этимъ омертвѣніи, какъ это полагаетъ *Грамматикати*, едва ли можетъ идти рѣчь. Вѣдь распадъ мышечныхъ волоконъ можно было констатировать и въ тѣхъ отдѣлахъ, гдѣ бактеріи

не были еще разсыяны въ ткани, а ограничивались лишь просвѣтомъ сосудовъ. Далѣе нигдѣ нельзя замѣтить реакціи ткани относительно кокковъ, распространяющихся изъ сосудовъ въ окружающую ткань. Это обстоятельство можетъ быть объяснено лишь тѣмъ, что ткань не обладаетъ уже болѣе способностью реагировать, другими словами находится уже въ распадѣ.

Опираясь на свои изслѣдованія, я полагаю, что можно дать слѣдующее объясненіе происхожденію подобныхъ частичныхъ омертвѣній мускулатуры матки.

Одна изъ пазухъ на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, въ которыхъ нормально всегда образуются тромбы, заражается стрептококками. Тромбозъ идетъ далѣе, переходитъ на малые вливающиеся въ пазуху сосуды. Продукты обмѣна быстро развивающихся благодаря благоприятной питательной средѣ кокковъ влекутъ за собою общую интоксикацію организма и мѣстный некрозъ мускулатуры въ окружности тромба. Частью благодаря омертвѣнію, частью путемъ наслоенія тромбозъ сосудовъ распространяется далѣе и ведетъ за собою некрозъ мускулатуры и проростаніе тканей кокками. Распространенію процесса ставится преграда если участокъ ткани, вслѣдствіе болѣе благоприятныхъ условій кровообращенія и обусловленнаго этимъ лучшаго питанія ткани, оказываетъ большее сопротивленіе наступающему неприятелю, или же если вирулентность бактерій стала меньше. Реакція здоровой ткани по отношенію къ омертвѣвшей выражается въ мелкоклѣточной инфильтраціи, которая образуетъ какъ бы оборонительный валъ противъ врага; при помощи ея же происходитъ постепенное отдѣленіе и окончательное отвлрженіе омертвѣвшаго участка ткани. Отъ болѣе или менѣе энергичной секвестраціи или большей или меньшей вирулентности кокковъ будетъ зависѣть, представитъ ли отторгнутый участокъ ткани уже полнѣйшій распадъ, или же въ немъ можно будетъ найти опредѣлимые тканевые элементы. Случаи мѣстной стрептококковой инфекціи, вродѣ случая *Грамматикати* и вышеописаннаго, въ которыхъ смерть послѣдовала еще до полнаго отторженія омертвѣвшаго участка ткани, носятъ, по моему мнѣнію исключительный характеръ.

Списокъ произведенныхъ гинекологическихъ операцій.

Abrasio mucosae uteri	74
Amputatio port. vaginalis	3
Coeliotomia abdominalis	13
Coeliotomia vaginalis posterior	3
Colporrhaphia anterior	7
Colporrhaphia posterior	4
Colpotomia posterior	8
Excochleatio	6
Exstirpatio	10
Hysterectomia vaginalis	5
Incisiones	11
Perineoplastica	7
Vaginistrictura (<i>Freund</i>)	2

153

Несоответственно велико число произведенныхъ выскабливаній матки. Поводомъ къ этому незначительному оперативному вмѣшательству въ меншинствѣ послужили случаи эндометрита. Подавляющее большинство падаетъ на неполный выкидышъ. Изъ 57 больныхъ поступившихъ съ неполнымъ выкидышемъ, 44 были подвергнуты выскабливанію. Я уже ранѣе (Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1894 г.) высказался за активное лѣченіе неполныхъ выкидышей, и полученные въ теченіе послѣднихъ лѣтъ результаты говорятъ въ пользу этого метода лѣченія.

Изъ 44 случаевъ, гдѣ были выскоблены неполные выкидыши, 6 явились въ больницу съ повышенной температурой. Послѣ выскабливанія наблюдалась:

въ 36 случаяхъ	нормальная температура.
» 3 »	температура до 38°.
» 5 »	повышенія температуры за 38°.

Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ 2 больныя лихорадили нѣсколько дней подрядъ, но объясненіе этой лихорадки нашлось въ одномъ случаѣ, въ *Angina follicularis*, а въ другомъ—въ остромъ желудочно-кишечномъ катаррѣ.

Изъ случаевъ, помѣченныхъ подъ рубрикой разрывовъ, (*incisiones*) одинъ, въ которомъ имѣлось *нагноеніе лоннаго сращения*, заслуживаетъ краткаго упоминанія.

20-лѣтняя М. Т. (Скорб. Л. № 5916) родила 12 декабря 1895 г., во второй разъ, при содѣйствіи простой бабки, на

дому. Встала на пятый день послѣродового періода, но вскорѣ затѣмъ слегла опять вслѣдствіе сильныхъ болей въ крестцѣ, внизу живота и въ пахахъ. При приѣмѣ въ больницѣ 24/xi ясно выраженного послѣродового эндометрита нельзя было констатировать. Матка была въ хорошемъ обратномъ развитіи зѣвъ закрытъ, влагалищные своды свободны. Незначительное выдѣленіе слегка кровянистаго характера, безъ запаха. Больная жаловалась на очень сильныя боли въ костяхъ таза; боли отдавались въ бедра и всего сильнѣе чувствовались въ обѣихъ паховыхъ областяхъ. Вначалѣ при незначительной, а впослѣдствіи при болѣе сильной лихорадкѣ постепенно развился въ области лоннаго сращенія гнойникъ, достигшій значительныхъ размѣровъ, благодаря отказу больной отъ оперативнаго вмѣшательства. Верхняя граница гнойника находилась приблизительно посерединѣ, между пупкомъ и лоннымъ сращеніемъ; правая большая губа представляла опухоль, величиною съ кулакъ, и передній влагалищный сводъ значительно выпячивался. 3/ii гнойникъ былъ широко вскрытъ двумя разрѣзами, изъ которыхъ одинъ шелъ вдоль правой большой губы, а другой по бѣлой линіи, выше лоннаго сращенія. Выдѣлилось значительное количество вонючаго гноя, причемъ оказалось, что лонное сращеніе разрушено нагноеніемъ и представляетъ расхожденіе на 3—4 сант. костныхъ концовъ, лишенныхъ на значительномъ протяженіи надкостницы. При обильномъ отдѣленіи гноя и временныхъ лихорадочныхъ приступахъ, въ дальнѣйшемъ теченіи выдѣлялись незначительныя костныя секвестры, а затѣмъ рана постепенно стала закрываться. На мѣстѣ хряща образовалась плотная соединительнотканная спайка тазовыхъ костей, благодаря которой больная могла совершенно свободно дѣйствовать нижними конечностями. 24/iv больная выписалась изъ больницы излѣченной.

Успѣхи въ области оперативной гинекологіи вызвали за послѣдніе годы къ жизни цѣлый рядъ новыхъ операцій и въ достаточной мѣрѣ доказали, что при помощи анти-или асептического способа, можно безнаказанно подвергать женскій организмъ самымъ серьезнымъ оперативнымъ вмѣшательствамъ. Въ настоящій моментъ возникаетъ въ томъ отношеніи извѣст-

ная реакція, что со всѣхъ сторонъ указываютъ на необходимость болѣе точной установки показаній къ уже имѣющимся разнообразнымъ оперативнымъ вмѣшательствамъ, причемъ изобрѣтеніе новыхъ операций отодвигаютъ на второй планъ.

Болѣе всего нуждаются въ точной установкѣ показаній разнообразныя оперативныя вмѣшательства при пораженіяхъ придатковъ матки и брюшнаго покрова таза.

Само собою разумѣется, что не нашей задачей можетъ быть полный критическій разборъ различныхъ относящихся сюда оперативныхъ способовъ. Я скорѣе желалъ бы обратить вниманіе товарищей лишь на нѣкоторыя оперативныя методы, относительно которыхъ у меня имѣется личный опытъ, и при этомъ ближе разсмотрѣть тѣ моменты, которые руководили мною при оперативномъ вмѣшательствѣ.

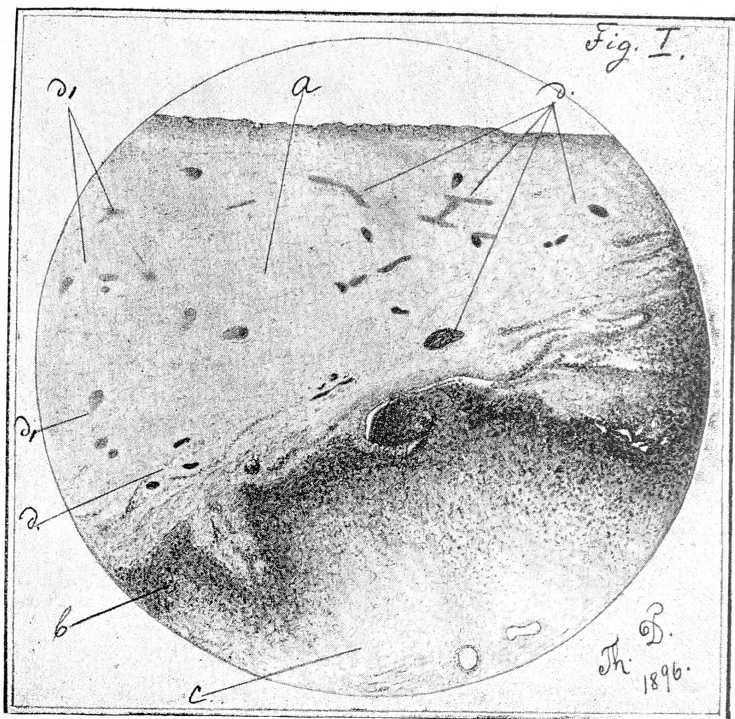
Рѣшающее значеніе всегда имѣеть для меня принципъ дѣйствовать строго индивидуализируя и по возможности консервативно; индивидуализирую я и по отношенію къ соціальному положенію больныхъ. Именно при воспалительныхъ пораженіяхъ женскихъ половыхъ органовъ является существенно важнымъ проводить грань между женщинами достаточныхъ классовъ и тѣми, которыя вынуждены снискивать себѣ пропитаніе тяжелымъ физическимъ трудомъ. Между тѣмъ какъ женщинамъ первой категоріи можно довольно часто доставить болѣе или менѣе сносное существованіе, при помощи медикаментозныхъ и паліативныхъ мѣръ, пребыванія въ курортахъ и т. д., у лицъ второй категоріи оперативное пособіе необходимо, чтобы вообще сдѣлать возможнымъ для нихъ зачастую далеко незавидное существованіе. Въ виду этихъ основаній, я не могу раздѣлять точки зрѣнія нѣкоторыхъ гинекологовъ, рассматривающихъ воспалительныя заболѣванія придатковъ, какъ *noni tangere* въ оперативномъ смыслѣ. Къ сожалѣнію только относительно незначительная часть этихъ страдалицъ можетъ надѣяться на полное излѣченіе или на значительное улучшеніе. Это обстоятельство не лишаетъ однако права гражданства дальнѣйшей работы въ этомъ направленіи, тѣмъ болѣе, что усовершенствованіе техники и соотвѣтственный выборъ оперативныхъ способовъ могутъ увеличить число успѣшныхъ случаевъ въ довольно значительной мѣрѣ.

Изъ влагалищныхъ оперативныхъ методовъ я упомяну прежде всего.

I. *Colpotomia posterior.*

Я примѣняю ее съ 1892 г., какъ при гнойникахъ таза и яичниковъ, такъ и при нагноеніяхъ трубъ, по предварительномъ установленіи гнойнаго содержимаго посредствомъ пробной пункціи.

Пробная пункція, которая въ прежніе года получила можетъ быть слишкомъ широкое распространеніе, постепенно совершенно потеряла кредитъ. А. Landau (Ueber Tubensäcke. Arch. f. Gyn., Bd. XL, 1891) сколько мнѣ извѣстно, первый вновь ввелъ методическое примѣненіе этого способа. При пельвеоперитонитахъ, которые совершенно выполняютъ Дугласово пространство и далеко выпячиваютъ задній влагалищный сводъ, пункція, конечно, является излишней. Здѣсь можно помощью прямого ощупыванія получить ощущеніе зыбленія и соотвѣственно этому вскрыть гнойникъ. При вышележащихъ гнойникахъ ощупываніе не всегда даетъ достаточныя указанія на присутствіе гноя. Въ такихъ случаяхъ пункція служитъ не только діагностическимъ вспомогательнымъ средствомъ, но при извѣстныхъ условіяхъ имѣетъ значеніе для самаго разрѣза. Последній я произвожу впрочемъ не вполне по указанному Landau способу, а при помощи зеркала. Для прокола я пользуюсь обыкновеннымъ шприцемъ, емкостью въ 3—4 грамма, съ хорошо замыкающимъ поршнемъ и съ неособенно тонкой иглой, длинною въ 10 сант. Проколъ производится безъ зеркала по введенному во влагалище пальцу, при чемъ рука ассистента, давленіемъ на брюшные покровы, слегка подвигаетъ опухоль. Если при проколѣ получается гной, то разрѣзъ слѣдуетъ немедленно. Или-же на другой день, послѣ вторичнаго прокола, въ старательно дезинфицированное влагалище вводится зеркало и въ немъ по иглѣ въ гнойникъ вкалывается острый скальпель. Когда гнойникъ вскрытъ, въ отверстіе вводится корнцангъ и разведеніемъ его концовъ тупо расширяется отверстіе, настолько, чтобы палецъ могъ свободно войти въ полость гнойника. Затѣмъ вводятъ полоску іодоформенной марли, которая нѣсколько дней спустя замѣняется резиновымъ дренажемъ. Если дѣло идетъ о тазовомъ гнойникѣ, то отверстіе, величиною съ



Объяснение рисунка I.

(Zeiss. Obj. A. Oc. 2).

- a) Перерожденная мышечная ткань.
- b) Пояс инфильтрованной ткани.
- c) Ясно обозначенная, мало измененная мышечная ткань.
- d) Просветы сосудов наполненных стрептококками.
- д) Просветы менее ясно ограниченных сосудов съ распространением микроорганизмовъ въ мышечной ткани.

палецъ, вполне достаточно, въ виду того, что гнойная полость удивительно быстро уменьшается. При наличности нѣсколькихъ гнойниковъ, я ограничиваюсь вскрытіемъ болѣе значительнаго гнойнаго фюкуса. По прошествіи нѣсколькихъ дней остальные скопленія гноя по большей части значительно опускаются и тогда гораздо легче могутъ быть вскрыты пальцемъ или корнцангомъ. Промываніе вскрытой полости въ первые дни я бы не совѣтовала, лишь въ послѣдствіи можно вызвать промываніемъ медикаментозными растворами болѣе энергичное раздраженіе, и какъ результатъ, образованіе лучшихъ грануляцій. При мѣшеччатыхъ трубахъ и оваріальныхъ гнойникахъ такое маленькое отверстіе недостаточно для полнаго заживленія. Здѣсь я увеличиваю разрѣзъ до ширины двухъ пальцевъ и тампонирую всю полость возможно долго и полно.

При проколѣ, который я какъ сказано, произвожу при всякомъ подозрѣніи на скопленіе жидкости въ тазу, будь послѣднее гнойнаго, серознаго или кровянистаго характера, я ни разу не получала дурныхъ послѣдствій. Нерѣдко первый проколъ остается безъ результатовъ, въ случаѣ, если жидкость была очень густа, а игла шприца слишкомъ тонка. По большей части, однако, при послѣдующихъ проколахъ удается получить положительные результаты. Разумѣется проколъ нужно производить съ требуемыми предосторожностями и только въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, такъ какъ иначе легко поранить маточныя артеріи или пузырь. Эффектъ разрѣза обыкновенно бросается въ глаза. Больныя чувствуютъ себя обыкновенно гораздо лучше, боли почти совершенно исчезаютъ и лихорадка падаетъ или немедленно, или въ послѣдующіе два, три дня. Если больныя продолжаютъ лихорадить, то слѣдуетъ искать другой гнойный фюкусъ.

Конечные результаты вполне удовлетворительны. Едва-ли можно сомнѣваться, что тазовые гнойники, послѣ вскрытія и дренажа въ соответствующемъ мѣстѣ, не дающаго скопляться отдѣляемому, хорошо заживаютъ, тѣмъ болѣе, что аналогичныя явленія въ хирургіи представляютъ совершенно обыденные факты. Мѣшеччатые трубы и нагноившіяся оваріальныя кисты можно также излѣчить тѣмъ-же путемъ. Въ послѣднихъ случаяхъ, конечно, проходитъ много времени, пока разрастаю-

щіяся со веѣхъ сторонъ хорошія грануляціи выполняютъ постепенно полость. Въ этихъ случаяхъ главное вниманіе должно быть обращено на отверстіе разрѣза, которое обладаетъ большою склонностью къ уменьшенію. Во избѣжаніе рецидивовъ, приходится нерѣдко расширять повторно отверстіе. Кромѣ благоприятныхъ результатовъ, о которыхъ сообщаютъ *Landau*, *Rodriguez* ⁴⁾, *Bonnardière* ⁵⁾ и др., видно изъ отчета гинекологическаго отдѣленія Обуховской больницы, что и здѣсь въ Петербургѣ д-ръ *Vasmenz* ⁶⁾ дѣйствуетъ подобнымъ же образомъ при тазовыхъ гнойникахъ и также очень доволенъ полученными результатами.

Условіемъ для *colpotomia posterior* является прилеганіе опухоли, хотя-бы незначительною своею частью, къ заднему влагалищному своду, или доступность ея со стороны послѣдняго.

Въ теченіе 1896 г. *colpotomia posterior* была произведена 8 разъ. 1 разъ при *haematocele retrouterina*, 1 разъ при нагноившейся оваріальной кистѣ, 3 раза при *pelveoperitonitis purulenta*, 1 разъ при *sactosalpinx sinistra purulenta* и 2 раза при гнойникахъ яичниковъ.

Больныя все были выписаны излѣченными.

II. *Coeliotomia vaginalis*. Эту операцію впервые произвелъ въ 1857 г. *W. Atlee*, по увѣренію *Goodell*'я, чтобы удалить яичники (ср. *Туняковъ*. Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. Врачъ, 1892, № 38). Этимъ же путемъ для удаленія оваріальныхъ кистъ воспользовались *Thomas*, *Gilmore*, *Davis*, *Battey* и др.

Собранныя *Mignon*'омъ (Thèse de Paris 1878) 113 кольпотомій съ 73 излѣченіями произведены по большей части въ то время, когда оперативная техника была еще мало развита и объ антисептикѣ не могло быть рѣчи. Съ введеніемъ антисептики лапаротомія начала свое побѣдное шествіе и нѣкоторое время занимала такое первенствующее положеніе, что конкуренція съ нею какихъ либо другихъ оперативныхъ методовъ была совершенно исключена. Послѣ того, какъ перво-

⁴⁾ Arch. de Tocol. et de Gynécol. 1895.

⁵⁾ Annal. de Gyn. et d'Obstétr. 1896.

⁶⁾ Протоколы зас. Ак.-Гин. Общ. въ Спб. Журн. Акуш. и Женск. бол., 1896, Декабрь.

начальный энтузіазмъ уступилъ мѣсто болѣе хладнокровному обсужденію вопроса, въ новѣйшее время стали снова обращать вниманіе на влагалищные методы.

Богатый опытъ и усовершенствованная, благодаря многимъ вагинофіксаціямъ, техника, вѣроятно, много способствовали тому, что *Dührssen* (1894) предложилъ свое влагалищное чрезвѣщеніе. Своимъ предложеніемъ онъ первый въ Германіи открылъ походъ противъ лапаротоміи при заболѣваніяхъ придатковъ матки невоспалительнаго характера. Руководимый подобною же цѣлью—по возможности избѣгать невыгодныхъ сторонъ цѣліотоміи, не отказываясь совершенно отъ выгодныхъ—*Лвовъ* напечаталъ въ 1892 г. работу (удаленіе кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. Врачъ, 1892 № 11), въ которой онъ, опираясь на 9 случаевъ, рекомендуетъ вскрытіе задняго влагалищнаго свода для удаленія не только оваріальныхъ кистъ и мѣшеччатыхъ трубъ, но и воспалительно-измѣненныхъ придатковъ. Въ 1896 г. *Mackenrodt* (*Volkmann's Samml. klin. Vorträge Neue Folge* № 156) предложилъ тотъ же самый методъ съ нѣкоторыми модификаціями, не упоминая при этомъ о *Лвовъ*, и назвалъ эту операцію *Coeliotomia vaginalis posterior*. Въ новѣйшее время *Boisleux* (*Volkmann's Klin. Vorträge, Neue Folge, № 167*) высказывается за разрѣзъ въ сагитальномъ направленіи въ заднемъ влагалищномъ сводѣ. Такую операцію онъ уже произвелъ въ 1892 г. и описалъ подъ именемъ «*interligamentaire Elytrotomie*».

Мы располагаемъ слѣдовательно нѣсколькими способами, которые имѣютъ въ виду значительно сѣзуть показанія къ *Coeliotomia abdominalis*. Чтобы это однако въ дѣйствительности съ успѣхомъ имѣло мѣсто, должны быть прежде всего точно установлены показанія каждой изъ конкурирующихъ влагалищныхъ операцій, чего далеко еще нѣтъ. Тѣ же самыя показанія, которыя *Dührssen* устанавливаетъ для передней *Coeliotomia vaginalis*, *Mackenrodt* и др. авторы ставятъ для задней.

Исторія медицины учитъ, что иная хирургическая или гинекологическая операція, въ рукахъ того или другого оператора, давала блестящіе результаты и все-жъ не становилась

общимъ достояніемъ врачей. Причиной здѣсь было то, что лишь изумительная индивидуальная техника могла одна только побѣдить тѣ трудности, которыя создавались вслѣдствіе недостаточнаго пониманія анатомическихъ соотношеній.

Если принять въ расчетъ положеніе подлежащихъ удаленію органовъ, то для большинства случаевъ задній влагалищный разрѣзъ представляется анатомически правильнымъ. И въ техническомъ отношеніи при вскрытіи брюшиннаго пространства чрезъ задній влагалищный сводъ, оператору представляются меньшія затрудненія нежели при переднемъ влагалищномъ разрѣзѣ. Безъ всякой, часто не совсѣмъ легкой предварительной операціи, — какъ это необходимо при *Coeliotomia vaginalis anterior*, — брюшная полость тотчасъ-же вскрывается чрезъ задній влагалищный разрѣзъ и изслѣдующему пальцу дѣлаются доступными задняя поверхность матки, яичники и трубы. Если, при введеніи двухъ пальцевъ въ полость брюшины, примѣнить комбинированное изслѣдованіе, какъ его рекомендуетъ *Mackenrodt*, то просто изумляешься той ясности, съ которой прощупываются отдѣльные органы и констатируется измѣненіе въ нихъ. Въ цѣляхъ лучшаго ориентированія, существенно важно прежде всего найти дно матки, и затѣмъ уже, идя далѣе, оцунать придатки. Перевязка подлежащихъ удаленію частей происходитъ аналогичнымъ способомъ, какъ при переднемъ влагалищномъ разрѣзѣ, по низведеніи органовъ во влагалище подъ контролемъ глаза.

Не всѣ случаи, не говоря уже о величинѣ опухоли, пригодны для *Coeliotomia vaginalis posterior*. Если матка отѣснена лежащими предъ ней опухолями къ задней стѣнкѣ таза, если Дугласово пространство облитерировано благодаря старымъ периметрическимъ перетяжкамъ, если наконецъ приходится удалять опухоли изъ передней стѣнки матки, то во всѣхъ этихъ случаяхъ задній влагалищный разрѣзъ не представляетъ уже анатомически болѣе правильный и технически болѣе легкій путь и *Coeliotomia anterior* вступаетъ въ свои права.

Всѣмъ влагалищнымъ целіотоміямъ свойственъ тотъ общей недостатокъ, что большая часть манипуляцій уклоняется отъ контроля глаза. Если *Львовъ* видитъ въ довольно многочислен-

ныхъ срощеніяхъ показанія къ задней целіотоміи, то по моему, слѣдуетъ предостеречь отъ такого энтузіазма. Мы знаемъ, какія тѣсныя срощенія встрѣчаются въ особенности у нагноившихся мѣшетчатыхъ трубъ съ кишечникомъ и какъ частотѣнка кишечной петли извѣдена и воспалительно инфильтрирована. Нельзя не видѣть извѣстнаго легкомыслія въ желаніи отдѣлять такія срощенія безъ контроля глаза.

Случаи со значительнымъ образованіемъ срощеній въ особенности съ кишечникомъ и малосмѣщаемыя опухоли принадлежатъ области чревосѣченія. Конечно, можно произвести задній или передній влагалищный разрѣзъ, какъ пробную целіотомію. Если условія окажутся въ дѣйствительности столь сложными, какъ можно было предполагать, то приступаютъ, немедленно къ брюшной целіотоміи. Такъ какъ въ такихъ случаяхъ иногда можетъ потребоваться тампонада брюшной полости, то существующее уже отверстіе въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, черезъ которое выводятся тампоны, представляется скорѣе желательнымъ, чѣмъ неудобнымъ.

Въ 1896 г. *Coeliotomia vaginalis posterior* была произведена 3 раза. 1 разъ при лѣвосторонней пароваріальной кистѣ, 1 разъ при *Sactosalpinx purulenta sin.* и *Pyovarium dextr.*, 1 разъ при *Salpingo-oophoritis sin. chr.*

I случай. По приѣмной книгѣ № 5740 Н. С., 26 лѣтъ отъ роду; страдаетъ уже 11 мѣсяцевъ болями въ лѣвой половинѣ живота. *Nullipara*. Регулы нормальны, боли при ихъ появленіи. Матка мала, антефлексирована. Слѣва рѣзко ограниченная опухоль, величиною съ апельсинъ. Консистенція ея плотно-эластическая. Правые придатки нормальны. Операция 7/xi. Легкое вскрытіе задняго Дугласова пространства, обшиваніе краевъ раны нѣсколькими швами. Отдѣленіе довольно многочисленныхъ шнурообразныхъ срощеній, которыя фиксировали опухоль. Вытягиваніе опухоли пулевыми щипцами, причѣмъ стѣнка опухоли разорвалась и во влагалище вытекла прозрачная желтоватая жидкость. Яичникъ кистовидно перерожденъ, фимбріи трубы спаяны съ пароваріальной кистой. Удаленіе яичника, кисты и брюшнаго отдѣла трубы послѣ предварительной перевязки. Тампонада Дугласова пространства.

Нормальное теченіе. Высшая температура на четвертый день послѣ операціи $37,5^{\circ}$. Скудное отдѣленіе серозно-крово-нистой жидкости въ первые дни. Швы сняты на 10-й день. Постепенное заживленіе раны въ заднемъ влагалищномъ сводѣ *per granulationem*. 18/x больная выписалась излѣченной.

II случай. По приѣмной книгѣ № 7443. 23 лѣтняя замужняя крестьянка М. В. Въ теченіе $1\frac{1}{2}$ лѣтъ неправильные регулы. Сильнѣйшія боли внизу живота, въ особенности на лѣвой сторонѣ. Заболѣваніе слѣдуетъ отнести къ послѣднимъ родамъ. Матка едва увеличена, подвижна, въ Anteflexio. Слѣва и сзади отъ матки увеличенная труба, которая, будучи спаяна съ яичникомъ, образуетъ опухоль величиною съ куриное яйцо. Справа ощупывается увеличенный яичникъ. Подвижность опухоли незначительна. Операціи 25/xi. Дугласово пространство вскрыто поперечнымъ разрѣзомъ, длиною около 8 сант. Спи-ваніе брюшины со слизистой оболочкой влагалища. Введенными двумя пальцами отдѣлены умѣренно-фиксированные, шнуровидными сращеніями, лѣвые придатки. Низведеніе послѣднихъ во влагалище. Перевязка lig. infundibulo—pelvisi и трубы близъ угла матки. Удаленіе мѣшеччатой трубы вмѣстѣ съ яичникомъ. Правая труба слегка утолщена. Правый яичникъ кистовидно перерожденъ и содержитъ нагноившуюся ретенціонную кисту съ волжскій орѣхъ. Удаленіе правыхъ придатковъ послѣ перевязки ихъ. Тампонада Дугласова пространства. Теченіе послѣ операціи безъ какихъ либо нарушеній. На 7-й день послѣ операціи вечернее повышеніе температуры до $38,0^{\circ}$. Послѣ клизмы паденіе температуры до $36,6^{\circ}$. Рана въ заднемъ влагалищномъ сводѣ покрывается вскорѣ хорошими грануляціями, и только удаленіе лигатуръ, которыя изъ опасенія послѣдовательнаго кровотеченія изъ культъ, не были коротко обрѣзаны, представляло нѣкоторое затрудненіе, въ виду того, что культы послѣ поднятія матки сильно сократились. 28/xii больная съ зажившей раной была выписана.

III случай. По приѣмной книгѣ № 7720. Хорошо сложенная 25 лѣтняя крестьянка съ правильными регулами. Трое родовъ нормально протекавшихъ. Въ теченіе 3 недѣль боли въ лѣвой половинѣ живота и въ крестцѣ. Послѣ послѣд

нихъ родовъ сильныя бѣли. Матка вялая, въ легкой Retroversio, слегка склонена направо. Слѣва болѣзненная малоподвижная опухоль, величиною съ куриное яйцо. Такъ какъ продолжительное противовоспалительное лѣчение осталось безъ результата, то 23/xii была произведена *Coeliotomia vaginalis posterior*. Плоскостныя сращения лѣвыхъ придатковъ съ широкой связкой и брюшнымъ покровомъ задней тазовой стѣнки. Освобожденіе утолщенной трубы и увеличеннаго, содержащаго небольшія гнойныя гнѣзда, яичника. Удаленіе яичника послѣ предварительной перевязки. Тампонада Дугласова пространства.

Безлихорадочное теченіе, постепенное заживленіе раны per granulationem. Отъ своихъ болей пациентка путемъ операцій не была совершенно освобождена. Даже послѣ того, какъ рана уже зажила, существовали еще боли при ходьбѣ, хотя въ значительно меньшей степени, чѣмъ до операціи. При повторномъ изслѣдованіи нельзя было найти объективной причины этихъ временно появляющихся болей. 8/ii 1897 г. больная выписалась, поправившеюся.

(Продолженіе слѣдуетъ).