

ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫЙ.

СЕНТЯБРЬ 1897, № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Оперативное лѣченіе раковоперерожденной матки.

Проф. А. П. Губарева (въ Москвѣ).

Je déclare donc d'une manière générale que l'opération (du cancer) doit être pratiquée toute les fois que les dernières racines de la maladie peuvent être extirpées sans occasionner une perte de substance peu considérable, et qu'en rien n'en démontre l'existence dans les autres organes“.

Velpeau Leçons orales P. 1841 t. II pag. 164.

Оперативное лѣченіе всякаго злокачественнаго новообразованія можетъ имѣть смыслъ только тогда, когда принята во вниманіе возможность рецидивовъ и сдѣлано все, что можетъ быть достигнуто искусствомъ для ихъ устраненія, или предупрежденія. Это есть принципъ, который современная хирургія настойчиво примѣняетъ при выработкѣ оперативныхъ методовъ для удаленія новообразованій безразлично въ какой бы области оно ни развилось. Наибольшей разработкѣ въ этомъ направленіи подверглась въ послѣднее время операція при ракѣ грудной железы. Въ настоящее время уже не можетъ быть рѣчи объ удаленіи, помимо новообразованія, только увеличенныхъ и инфильтрированныхъ или подозрительныхъ железъ, недостаточно даже удаленія и здоровыхъ железъ: въ томъ видѣ въ какомъ детали этой операціи разработаны

проф. Kocher'омъ *), Watson Cheyne **) и другими, удаление всей клѣтчатки подмышечной впадины и въ окружности *musculi pectoralis majoris*, есть условіе, необходимость коего едва-ли можетъ быть обсуждаема. Словомъ удаление тѣхъ тканей, въ которыхъ легче и чаще всего развиваются рецидивы есть правило, усвоенное современной хирургіей. Совершенно случайными и мало понятными поэтому представляются принципы, которыми руководится современная гинекологія при оперативномъ лѣченіи рака матки: во многихъ случаяхъ удаляются вовсе не тѣ ткани, которыя наиболѣе опасны въ смыслѣ рецидива, а именно тѣ, въ которыхъ рецидивы появляются только какъ рѣдкость, или исключеніе и которыя долѣе другихъ ему противустоятъ.

Въ самомъ дѣлѣ при наиболѣе частой формѣ раковаго заболѣванія матки, при ракѣ ея шейки, удаление всей матки есть правило, котораго придерживаются всѣ; удаляютъ при этомъ тѣло и дно т. е. ткани совершенно здоровыя и мало, или почти вовсе неблагопріятныя для распространенія новообразованія, а оставляютъ клѣтчатку и лимфатическіе пути широкихъ связокъ т. е. именно ту ткань, въ которой легче всего развивается и распространяется новообразование.

Удаленіе клѣтчатки основанія широкихъ связокъ при операціяхъ *per vaginam* есть дѣло чрезвычайной технической трудности и едвали вообще выполнимое даже при боковыхъ разрѣзахъ черезъ своды и стѣнки влагалища по способу *Schuchardt*'а, да и не видно, чтобы кто либо примѣнялъ этотъ методъ какъ непремѣнное условіе, сопровождающее всякую экстирпацию раковой матки черезъ влагалище. Обыкновенно, какъ правило, считается необходимымъ удалить всю матку даже если поражена ракомъ только ея шейка, а по удаленіи матки если нужно, то изсѣкаютъ еще и придатки т. е. трубы и яичники. Проходя во время влагалищной экстирпации матки черезъ основаніе широкихъ связокъ, всякій операторъ, по необходимости, старается держаться какъ можно ближе къ боковой поверхности удаляемаго органа, потомучто въ против-

*) Kocher.—Chirurgische Operationslehre Jena 1894, pag. 123.

**) Watson Cheyne.—Lettsoman lectures on the object and limits of operations for cancer Br. Med. Jour. 1896, Febr. 15.

номъ случаѣ, или лигатуры могутъ соскальзнуть, или можно завязать мочеточникъ, т. е. это приходится дѣлать вслѣдствіе необходимости избѣгать осложненій, зависящихъ отъ топографическихъ особенностей поля операціи; и конечно никто при этомъ всей клѣтчатки широкихъ связокъ не удаляетъ и не пытается удалить; самое большее, что еще удастся иногда въ этомъ моментѣ операціи, это вылученіе одной или нѣсколькихъ инфильтрированныхъ железъ. По удаленіи самой матки правда не трудно удалить и значительную часть широкихъ связокъ, но самую клѣтчатку основанія этихъ связокъ при этомъ отдѣлить отъ верхней поверхности *musculi levatoris ani*, или отъ внутренней поверхности *musculi obturatoris interni* дѣло чрезвычайно трудное, опасное и едва ли отчетливо выполнимое. Работать при этомъ приходится въ глубинѣ, поле операціи сдѣлать вполне доступнымъ очень трудно, а иногда и вовсе не возможно, да и самая ткань, клѣтчатка, стягивается и ускользаетъ отъ пинцета; наконецъ обходить при этомъ вены малаго таза чрезвычайно затруднительно. Намъ лично провести отчетливо этотъ моментъ операціи не удавалось ни разу.

Уже изъ этихъ замѣчаній ясно, что влагалищная экстирпация матки, при ракѣ ея, далеко не удовлетворяетъ условіямъ, которыя ставятся современной хирургіей для лѣченія злокачественныхъ новообразованій. Въ томъ видѣ, какъ въ настоящее время дѣлается эта операція, ея результаты должны мало чѣмъ отличаться отъ того, что достигается высокой ампутаціей шейки.

Единственный случай, когда влагалищная экстирпация раково-перерожденной матки является, повидимому, дѣйствительно вполне удовлетворяющей своей цѣли это первичный ракъ тѣла и дна этого органа, т. е. случай довольно рѣдкій.

Во всякомъ случаѣ, имѣющіяся въ настоящее время данныя о развитіи и теченіи рака матки могутъ намъ дать многія точки отправленія, дабы приблизиться къ разрѣшенію затронутыхъ нами вопросовъ.

Для этого намъ придется прежде всего рассмотреть пути, по которымъ распространяется раковое новообразованіе, имѣющее своей исходной точкой ткань матки, а также и способы, которыми возможно достигнуть дѣйствительнаго удаленія всего

того, что способствуетъ этому распространенію т. е. разрѣшеніемъ вопроса возможно ли свести оперативное лѣченіе рака матки къ тому, къ чему сведено лѣченіе рака грудной железы современной разработкой этой операціи и если возможно, то какъ этого можно достигнуть.

Извѣстно, что злокачественныя новообразованія: раки, саркомы разростаясь захватываютъ сосѣднія ткани и органы, но не всѣ ткани относятся къ этому процессу одинаково. Такъ ткани, обильныя рыхлой клѣтчаткой и сосудами болѣе благоприятны для распространенія новообразованія *per continuitatem*. Апоневрозы и сухожилія напротивъ оказываются болѣе стойкими, тоже относится и къ мышцамъ, и къ костямъ. Направленіе лимфы въ лимфатическихъ сосудахъ и пространствахъ, по которымъ новообразованія распространяются всего легче имѣетъ въ этомъ отношеніи существенное значеніе.

Что лимфатическіе пути поражаются очень рано, это фактъ давно извѣстный. Анатомы давно пользуются изученіемъ распространенія новообразованій по группамъ лимфатическихъ железъ, чтобы провѣрять расположеніе лимфатическихъ сосудовъ, найденное помощью другихъ методовъ изслѣдованія, и чтобы опредѣлить куда именно направляется та или другая группа лимфатическихъ сосудовъ и тѣмъ намѣтить путь для дальнѣйшихъ опытовъ съ инъекціями.

Благодаря изслѣдованіямъ *Sappey* и его ученика *Poirrier* наши свѣдѣнія о расположеніи лимфатическихъ сосудовъ матки и ея придатковъ обогатились многими цѣнными подробностями, которыя даютъ право на многіе интересные выводы и сообщенія по интересующимъ насъ вопросамъ. Въ прошломъ году *Russell* *) пытался воспользоваться ими при оцѣнкѣ оперативныхъ методовъ лѣченія рака матки, но всетаки до сихъ поръ гинекологи еще не воспользовались многими слѣдствіями, вытекающими изъ изслѣдованій лимфатической системы Парижской анатомической школы.

Такъ какъ раковое новообразованіе имѣетъ источникомъ отправленія: 1, слизистую оболочку полости матки (рѣдко);

*) W. W. Russell. The operative significance of metastases and post-operative recurrences in carcinoma of the uterus. The Am. Jour. of Obst. Dec. 1896 pag. 851.

2, шейного канала (чаще) и 3, границы шейного канала съ влагалищной частью (очень часто), то понятно, что вопросъ о лимфатическихъ путяхъ и сосудахъ—этихъ классическихъ, для развитія рака, областей долженъ представлять существенный интересъ при разсмотрѣннн затронутыхъ нами вопросовъ.

Исслѣдованія *Sappey* и *Poirrier* показали, что лимфатическіе сосуды слизистой влагалищной части и шейного канала (т. е. тѣхъ мѣстъ, гдѣ ракъ развивается всего чаще) вливаются въ железы, расположенныя въ толщѣ клѣтчатки основанія широкихъ связокъ на высотѣ боковыхъ сводовъ влагалища т. е. собственно по сосѣдству и немного ниже расположенія петли *arteriae uterinae*. Главный трактъ лимфатическихъ сосудовъ помѣщается здѣсь какъ разъ на тазовомъ днѣ и заложенъ въ клѣтчатку, находящейся на верхней поверхности тазовой фасціи (*fascia pelvea*), покрывающей верхнюю поверхность *musculi levatoris ani*. Сосуды эти направляются также какъ и кровеносные сосуды (*art. uterina* и ея вены) прямо кнаружи къ стѣнкѣ малаго таза и тамъ соединяются съ лимфатическими сосудами и железами, расположенными вдоль большихъ кровеносныхъ сосудовъ таза, но по преимуществу кпереди отъ дѣленія большихъ сосудовъ (*art. et ven. iliac. comm.*) и далѣе кверху съ лимфатическими железами, расположенными вдоль позвоночника (люмбарныя железы). Существовать ли связь между лимфатическими сосудами широкой связки съ железами паховой области черезъ лимфатическіе сосуды сопровождающіе *vasa obturatoria* какъ это думалъ *A. Guerin* и можетъ ли лимфатическій токъ занести какіе-либо болѣзнетворные продукты кпереди, къ задней поверхности *ossis pubis* (*adenophlegmon juxta — pubien. Guerin*)—вопросъ нерѣшенный, хотя теоретически вполне допустимый и понятный: если здѣсь возможны анастомозы кровеносныхъ сосудовъ, то почему-бы не анастомозировать и, сопровождающимъ кровеносные сосуды, лимфатическимъ сосудамъ.

Во всякомъ случаѣ характернымъ для расположенія лимфатическихъ путей влагалищной части и слизистой шейного канала, является группа лимфатическихъ сосудовъ въ самой глубинѣ основанія широкой связки и два препятствія: 1, группа железъ (одна, или нѣсколько, а иногда и ни одной) по со-

сѣдству съ сводами влагалища и 2, другая группа железъ на боковой стѣнкѣ таза. Эта особенность расположенія лимфатическихъ путей выражается клинически тѣмъ, что все что попадаетъ черезъ раны слизистой въ сказанныхъ областяхъ, задерживается въ толщѣ широкой связки и вызываетъ воспаленіе, инфильтрацію, нагноеніе и т. п. въ ея основаніи,— т. е. то что извѣстно подъ именемъ *parametritis*. Раковая инфильтрація тоже прежде всего поражаетъ именно эти пути и находя здѣсь благопріятныя условія для своего питанія легко и быстро разрастается. Кверху на мышечную ткань раковое новообразованіе распространяется весьма медленно потому что, какъ уже было упомянуто, сама мышечная ткань мало благопріятна для такого распространенія и потому, что въ ней нѣтъ лимфатическихъ путей, которые шли бы въ этомъ направленіи (кверху—по направленію къ тѣлу и дну). Отсюда слѣдствіе простое: новообразованіе выполняетъ основаніе широкихъ связокъ, разрастается по клѣтчаткѣ къ пузырю, къ прямой кишкѣ (органамъ богатымъ лимфатическими сосудами) и можетъ выполнять весь малый тазъ, можетъ подняться вверхъ по лимфатическимъ сосудамъ люмбарной области, проникнуть въ венозную систему и убить большую, произведя метастазы въ важныхъ для жизни органахъ, а на вскрытіи тѣло и дно матки могутъ оказаться совершенно здоровыми. Интереснымъ представляется и то обстоятельство, что метастазы въ придаткахъ матки: трубахъ, яичникахъ—являются не ранѣе, чѣмъ въ печени въ легкихъ. въ мозгу т. е. заносятся путемъ кровеносныхъ, а не лимфатическихъ сосудовъ и лимфатическіе сосуды, сопровождающіе *art. ovaricam*, а также и тѣ, которые расположены между листками *meso-salpinx* могутъ быть вовсе не заинтересованны также, какъ и находящіеся въ почечной области железы куда они изливаются.

Какъ относятся лимфатическіе пути и сосуды къ слизистой оболочкѣ тѣла и дна матки выше ея внутренняго отверстія, т. е. тамъ, гдѣ встрѣчается другая форма раковаго перерожденія матки—*cancer corporis et fundi uteri*,—это вопросъ который инъекціями еще окончательно не разрѣшенъ. Человѣческая матка представляетъ объектъ чрезвычайно неудобный для изслѣдованія этимъ путемъ. Все что добыто до сихъ

поръ инъекціями показываетъ, что здѣсь можно получить тончайшую сѣть лимфатическихъ сосудовъ, расположенную между железами слизистой матки. Сообщается ли эта сѣть съ лимфатическими сосудами дна, передней и боковой поверхности матки т. е. съ сосудами расположенными въ широкой связкѣ около верхняго ея края и изливающимися въ железы, находящіяся противъ *synchondrosis sacro—iliaca* и далѣе въ люмбарныя железы—доказать нельзя. У нѣкоторыхъ животныхъ напр. у овцы и у коровы лимфатическая сѣть слизистой матки представляется чрезвычайно обильной. *L. Tait* *) и главнымъ образомъ *Johnston* (изъ Kentukky) **) пытались объяснить менструальное кровотеченіе у женщины особенностью лимфатической системы слизистой оболочки матки, ея несостоятельностью и предположили что съ кровотеченіемъ удаляется у женщины то, что не можетъ быть удалено лимфатическими сосудами слизистой матки, которыхъ у женщинъ очень мало, и что съ успѣхомъ удаляется лимфатическою сѣтью овцы и коровы. Правда клиническія наблюденія показываютъ, что полость матки можетъ всасывать жидкости, напр. уменьшеніе количества околоплодной жидкости въ случаѣ смерти плода, поступленіе заразныхъ началъ при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ и т. п.; но появленіе мѣстныхъ ограниченныхъ процессовъ въ области лимфатическихъ железъ, въ которыя изливаются лимфатическіе сосуды тѣла и дна матки не извѣстно совершенно: мы не встрѣчаемъ ни воспаленій, ни нагноеній въ области люмбарныхъ железъ, какъ слѣдствіе зараженія, проникшаго изъ слизистой оболочки полости матки. Тоже самое относится и къ раковой инфильтраціи. Иногда поражаются железы въ толщѣ основанія широкой связки—слѣдовательно раковая инфильтрація идетъ въ этихъ случаяхъ по тѣмъ же путямъ, какъ при ракѣ шейки, а железы люмбарныя все-таки остаются нетронутыми и обыкновенно проходятъ долгое время прежде, чѣмъ новообразованіе до нихъ достигнетъ. Значительная часть маточной стѣнки успѣетъ уже разрушиться и только тогда, когда новообразованіе приблизится къ серозному пок-

*) *L. Tait. Diseases of women and abdominal surgery* Leichester 1889 pag 331.

**) *ibid.*

рову матки, быстро наступает поражение лумбарныхъ железъ (предполагая, конечно, что онѣ еще не заразились черезъ лимфатическіе сосуды основанія широкой связки и боковой поверхности таза).

Что лимфатическая система слизистой оболочки матки очень несовершенна и легко дѣлается несостоятельной, это видно изъ того, что при *endometritis septica post partum* главная масса заразнаго начала поступаетъ повидимому, прямо, въ кровь (въ вены), вызывая сразу общія явленія, чего не могло бы быть (въ такой рѣзкой формѣ) еслибы оно было профильтровано черезъ систему лимфатическую. Приходится думать, что лимфатическая система слизистой оболочки при этомъ закупоривается вслѣдствіе воспалительнаго состоянія окружающихъ тканей и заразные начала или вытекаютъ вмѣстѣ съ отдѣленіями наружу подобно менструальной крови, или оставаясь въ полости матки проталкиваются вслѣдствіе ея сокращеній въ зияющія отверстія венъ и, поступая прямо въ кровь, заражаютъ весь организмъ. Въ случаѣ раковаго заболѣванія слизистой матки могутъ имѣть мѣсто два случая: или, 1, какъ уже сказано выше, раковая инфильтрація распространяется по тѣмъ же лимфатическимъ путямъ, какъ при ракѣ шейки, но это можетъ быть только тогда, когда поражена слизистая около шейнаго канала и когда еще не разрушены лимфатическіе пути т. е. въ самомъ началѣ заболѣванія; или 2, если ракомъ поражается слизистая дна, а лимфатическіе сосуды уже разрушены канкрознымъ перерожденіемъ, то новообразование останется мѣстнымъ и будетъ захватывать и разрушать маточную ткань до тѣхъ поръ пока оно не подойдетъ къ лимфатическимъ сосудамъ серозной поверхности матки т. е. когда оно разрушитъ большую часть мышечной ткани этого органа. Въ этомъ случаѣ, какъ уже сказано раковая инфильтрація можетъ уже поразить лумбарныя железы, а основаніе широкихъ связокъ остается здоровымъ.

Эта форма, первичный ракъ тѣла и дна матки есть единственный случай, гдѣ влагалищная экстирпація матки можетъ имѣть право на названіе радикальной операціи, но для этого необходимо два условія: 1, чтобы широкія связки были совершенно здоровы (не было инфильтраціи) условіе, которое

можетъ быть выяснено двойнымъ изслѣдованіемъ и 2, чтобы железы люмбарныя и ихъ лимфатическіе пути были совершенно нетронуты, по счастью послѣднее условіе исчезаетъ обыкновенно послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго существованія заболѣванія и можетъ слѣдовательно быть исключено съ значительною вѣроятностью.

Въ случаяхъ сомнительныхъ, конечно, вопросъ этотъ можетъ быть выясненъ только путемъ пробнаго чревосѣченія. Если экстирпація матки будетъ сдѣлана при только что приведенныхъ условіяхъ и если кромѣ того будутъ удалены придатки матки, а вмѣстѣ съ ними слѣдовательно и лимфатическіе пути, идущіе отъ тѣла и дна матки, то это будетъ операція столь же радикальная, какъ операція рака грудной железы, въ современномъ намъ пониманіи этой операціи. Къ сожалѣнію случаи первичнаго рака тѣла и дна матки т. е. именно тѣ формы, при которыхъ влагалищная экстирпація является дѣйствительно радикальной операціей, рѣдки и большая часть влагалищныхъ экстирпацій раковой матки совершается при такой болѣзненной формѣ, коей теченіе исключаетъ, какъ уже было сказано, всякое предположеніе о радикальности такого лѣченія. Неудивительно поэтому что статистики *Hofmeier'a*, *Schroeder-Winter'a* не могли выяснить окончательно вопроса о рецидивахъ послѣ экстирпаціи и послѣ высокой ампутаціи маточной шейки: и та, и другая операція все таки имѣютъ за себя случаи, гдѣ больныя жили 12, 16 и даже 17 лѣтъ, какъ въ случаѣ *Byrne* (высокая ампутація гальванокаустической петлей *).

Мало того, наблюденія показываютъ, что удаленіе всей матки, когда поражена одна шейка, нерѣдко сопровождается чрезвычайно быстротечнымъ и злокачественнымъ теченіемъ. Фактъ этотъ давно и рельефно отмѣченъ Проф. *Снегиревымъ* **), а что новообразование имѣетъ склонность распространяться по бокамъ, инфильтрируя своды и не поднимаясь кверху выше внутренняго отверстія, было описано еще *Cruveilhier*. При удаленіи матки какъ бы устраняется какое то препятствіе,

*) *Byrne*.—A diggest 20 years experience in the treatment of uterine cancer. Amer. Journ. of obst 1889. t. xxij pag. 1052.

**) *В. Снегиревъ*.—Маточныя кровотеченія изд. 1-е Москва 1884.

удерживавшее распространение новообразования выше внутреннего отверстия.

Приведеннымъ выше расположениемъ лимфатическихъ путей не трудно объяснить это явление. Въ самомъ дѣлѣ послѣ перерѣзки широкихъ связокъ открываются сосуды верхняго отдѣла этихъ связокъ и даются условія для пораженія железъ расположенныхъ на *linea innominata* и, лежащихъ выше, люмбарныхъ железъ.

Выше уже было сказано, что при влагалищномъ удаленіи матки удаленіе всей клѣтчатки основанія широкой связки представляется въ высокой степени затруднительнымъ и едва ли даже когда нибудь выполнимымъ. Совершенно тоже можно сказать объ условіяхъ удаленія этой клѣтчатки при высокой ампутаціи, хотя здѣсь быть можетъ, пользуясь разрывомъ *Schuchardt'a*, и возможно что нибудь выработать. По условіямъ техническимъ и топографическимъ объ эти операціи: и влагалищная экстирпація, и высокая ампутація шейки имѣютъ много общаго и въ смыслѣ радикальности мало отличаются другъ отъ друга. Другими словами непонятно какимъ образомъ удаленіе тѣла и дна матки могло бы уменьшить шансы на рецидивъ при ракѣ шейки.

Если отнестись рачіонально къ этому вопросу, то слѣдуетъ прежде всего воспользоваться тѣмъ, что извѣстно о расположеніи лимфатическихъ путей и сосудовъ, а также и о направленіи, въ которомъ по нимъ протекаетъ лимфа и попытаться выработать такой методъ, при которомъ можно было бы дѣйствительно удалить всѣ тѣ ткани, которыя наиболѣе благоприятны для послѣдующаго развитія рецидива.

Здѣсь приходится коснуться принципиальнаго вопроса столь часто и столь горячо обсуждавшагося въ послѣднее время, вопроса о томъ, слѣдуетъ ли отдавать предпочтеніе влагалищному методу, или слѣдуетъ отдавать предпочтеніе чревосѣченію *).

Надѣлавшая въ свое время такъ много шума операція *Freund'a* даже съ тѣми разъясненіями, которыя сдѣланы недавно относительно метода Страсбургскаго профессора его асси-

*) См. мою статью въ этомъ журналѣ 1897 Т. IX. Оперативное лѣченіе фиброміомъ матки.

стендомъ д-ромъ *Funke* *) не удовлетворяла и не удовлетворяетъ тѣмъ условіямъ, которыя могли бы гарантировать отъ послѣдующаго рецидива, потому что она не даетъ возможности удалять клѣтчатку основанія широкихъ связокъ, а удаленіе ихъ верхушки отъ рецидива не обезпечиваетъ. Неудивительно поэтому что влагалищный методъ, какъ болѣе простой и болѣе удобный для послѣдующаго лѣченія получилъ всеобщее распространеніе и лишь въ исключительныхъ случаяхъ и немногіе хирурги рѣшаются оперировать *per laparotomiam* такія формы заболѣванія, которыя удалить черезъ влагалище уже нельзя, т. е. все таки преслѣдуютъ радикальность удаленія уже пораженныхъ тканей, а не тѣхъ, которыя служатъ почвой для рецидива.

Единственный случай, гдѣ можно рассчитывать на относительно прочный результатъ послѣ операции *per vaginam* при ракъ шейки матки это тогда, когда ракъ развивается изъ полости самаго шейнаго канала, такъ называемый *cancer canalis cervicalis*, справедливо выдѣляемый въ отдѣльную группу при клинической классификаціи. Условія, при которыхъ разростается, при этой формѣ, новообразование напоминаютъ до нѣкоторой степени то, что мы видѣли при ракъ тѣла и дна (полости матки): новообразование имѣетъ наклонность разростаться въ полости, давать грибовидную форму; но самую шейку оно поражаетъ медленно, потому что мышечная ткань противустоитъ нѣкоторое время распространенію новообразованія *per continuitatem*. Отсюда довольно позднее пораженіе лимфатическихъ путей и сосудовъ и сравнительно благопріятное предсказаніе. Въ этихъ случаяхъ, быть можетъ, наиболѣе умѣстной должна бы быть ампутація шейки, потому что новообразование имѣетъ мало наклонности проростать внизъ на слизистую стѣну влагалища, довольно поздно поражаетъ парацервикальную клѣтчатку, и вовсе не имѣетъ наклонности поражать тѣло и дно матки. Если удастся удалить всю пораженную ткань помощью ампутаціи то можетъ получиться случай, подобный случаю *Byrne*, гдѣ даже черезъ 17 лѣтъ не было рецидива.

*) *Funke*.—Zur totalen Uterus-extirpation per Laparotomiam Z. f. G. u. G. 1897 B. XXXVj N. I.

Другое дѣло если ракъ поражаетъ влагалищную часть и еще хуже если онъ имѣетъ склонность переходить на слизистую сводовъ и влагалища. Обильные лимфатическіе пути обезпечиваютъ скорое пораженіе парацервикальной клѣтчатки, а клиническія наблюденія показываютъ, что здѣсь рецидивы въ рубцѣ есть дѣло весьма обычное. Не помогаетъ и вырѣзываніе помощью термокаутера, потому что съ этимъ инструментомъ надо быть еще много осторожнѣе, чѣмъ съ ножомъ, работая въ клѣтчаткѣ, а удалить помощью его такое же количество тканей едвали возможно.

Вліяніе тепла, поджариваніе тканей правда закрываетъ лимфатическіе пути и предупреждаетъ непосредственное зараженіе лимфатическихъ сосудовъ, но подвергшаяся вліянію тепла клѣтчатка утрачиваетъ эластичность и тогда нѣтъ ничего легче, какъ прижечь мочеточникъ, или иной сосѣдній органъ.

Въ случаѣ рака влагалищной порціи, въ особенности если онъ рано поражаетъ своды, ни одна изъ влагалищныхъ операцій не даетъ возможности удалить всю клѣтчатку и всѣ тѣ ткани, которыя могутъ послужить субстратомъ для рецидива.

Остается подумать объ операціи абдоминальной, *per laparotomy*. Только эта операція можетъ при современномъ положеніи дѣла дать необходимый доступъ ко всѣмъ тканямъ, которые слѣдуетъ удалить. Только *laparotomia* можетъ рѣшить окончательно вопросъ о пораженіи люмбарныхъ железъ и тѣмъ исключить надобность въ радикальномъ оперативномъ вмѣшательствѣ. Только чревосѣченіе можетъ доказать съ несомнѣнностью, что лимфатическіе железы на боковой поверхности таза уже поражены и что слѣдовательно и идущіе къ нимъ лимфатическіе сосуды тоже поражены. Никакое комбинированное изслѣдованіе не можетъ дать этого указанія, потому что прощупать измѣненія въ лимфатическихъ сосудахъ невозможно вовсе и о нихъ можно судить только или по микроскопической картинѣ, или по логическимъ признакамъ, которые добыть иначе какъ помощью лапаротоміи иногда тоже нельзя вовсе. Въ самомъ дѣлѣ парацервикальныя железы могутъ не прощупываться вовсе, потому что онѣ отсутствуютъ, или вслѣдствіе аномаліи помѣщаются кнаружи на боковой

стѣнокъ таза вмѣстѣ съ второй группой лимфатическихъ железъ, или отъ иныхъ подобныхъ причинъ.

Правда непосредственный исходъ послѣ влагалищной операціи, пока лучше, чѣмъ послѣ абдоминальной, но операціей будущаго надо, конечно, считать операцію чревосѣченія, потому что она можетъ дѣйствительно дать то же, или почти то же, при операціи рака матки, что требуется современной хирургіей при оперированіи рака грудной железы, или другихъ областей.

Втеченіе двухъ послѣднихъ семестровъ я могъ убѣдиться на трехъ случаяхъ рака шейки матки, что послѣ предварительной перевязки *arteriae uterinae* по способу *Алмухова Снешрева*, не трудно (помощью чревосѣченія, при Тренделенбурговскомъ положеніи) отыскать мочеточникъ и отдѣлить осторожной препаровкой значительную часть той кѣтчатки, которая окружаетъ этотъ протокъ, а также и той, которая лежитъ въ основаніи широкой связки и кнаружи касается внутренней поверхности *musculi obturatoris interni*. Благоприятное теченіе этихъ случаевъ, (не отличавшихся ничѣмъ отъ теченія послѣ влагалищной экстирпаціи) конечно не даетъ намъ право дѣлать какія либо заключенія о преимуществахъ экстирпаціи раковой матки *per laparotomiam*: для этого и времени и наблюдений еще слишкомъ мало. Но пытаться примѣнять принципы, вытекающіе изъ топографическихъ особенностей, въ которыхъ приходится оперировать и наши свѣденія о законахъ и послѣдовательности распространенія новообразованія, есть, конечно, одна изъ первыхъ нашихъ обязанностей. Быть можетъ ближайшее изученіе патологии покажетъ, что нѣкоторыя формы рака совершенно невозможно оперировать радикально, а слѣдуетъ лѣчить только паліативно,—это конечно вопросъ, который рѣшить будущее; но что многія формы рака шейки нельзя оперировать радикально черезъ влагалище—это мы можемъ утверждать и теперь.