

## V.

### Къ вопросу объ удаленіи придатковъ матки чрезъ влагалище \*).

В. И. Шелоумова.

(Изъ Гинекологической клиники проф. Дм. О. Отта при Императорскомъ Клиническомъ Институтѣ и Гинекологического отдѣленія Императорскаго Повивальнаго Института).

(Окончаніе).

Съ 27-го сентября 1895 года въ Гинекологическомъ Отдѣленіи Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института и въ Клиникѣ Императорскаго Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны проф. Оттомъ colpo-coeliotomia была сдѣлана 20 разъ, изъ которыхъ 8 находились въ первомъ учрежденіи и 12 во второмъ.

Я описываютъ эти случаи съ должностю подробностью и дѣлаю значительное сокращеніе только въ описаніи послѣоперационнаго теченія, гдѣ я счелъ нужнымъ отмѣтить лишь главные моменты—время снятія швовъ, осложненія при заживленіи и температурные повышенія.

Послѣдніе 8 случаевъ, гдѣ операція была сдѣлана послѣ 1-го января 1897 года, мнѣ разрѣшено было подробно наблюдать, а также не исключалась и моя ассистенція во время операціи, какъ слушателя курсовъ проф. Отта въ названныхъ учрежденіяхъ. Всѣ истории болѣзней расположены въ ниже

\*.) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.» за Сентябрь 1897 г. стр. 944 и за Октябрь стр. 1171.

следующей таблицѣ, въ хронологическомъ порядке, какъ онъ значатся въ приемномъ журналь.

И такъ, въ теченіе 2 послѣднихъ лѣтъ въ клинікѣ профес. Отта и гинекологическомъ отдѣленіи Императорскаго Повивального Института удаленіе придатковъ чрезъ влагалище было произведено въ 20 случаяхъ—въ 2-хъ изъ нихъ—чрезъ разрѣзъ передняго свода, а въ остальныхъ 18—per colpotomiam posteriorem. Изъ 20 женщинъ, перенесшихъ эту операцию, 14 были рожавшія, 5 нерожавшія и 1 имѣла выкидыши на 3-мъ мѣсяцѣ; одна изъ нерожавшихъ была кромѣ того дѣвица и узкость дѣвственаго влагалища у послѣдней при наличии другихъ осложненій составляла нѣкоторое препятствіе для производства операциіи. Главное же затрудненіе здѣсь состояло въ томъ, что матка была увеличена, фиброзно-перерождена и спаяна сращеніями съ сальникомъ, кишками и стѣнками кисты. Окончить операцию удалось только послѣ экстирпации матки, которая удалась также не безъ труда,—этимъ былъ созданъ болѣшій доступъ къ пораженнымъ частямъ и легче было спра-виться съ плотными распространенными сращеніями (№ 1); тѣмъ не менѣе пришлось ограничиться частичной резекціей мѣшка, остатокъ его вшить во влагалищную рану и полость тампонировать.

Правостороннее удаленіе придатковъ было произведено въ 11 случаяхъ съ вышеупомянутымъ (№№ 1, 2, 4, 5, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19); лѣвостороннее—8 разъ (№№ 3, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 20) и въ одномъ случаѣ придатки удалены съ обѣихъ сторонъ (№ 6).

Кромѣ упомянутаго (№ 1) въ остальныхъ 10 случаяхъ правосторонняго заболѣванія придатковъ наблюдались слѣдующія осложненія, которыя потребовали дополнительныхъ манипуляцій. Именно, въ одномъ случаѣ (№ 18) былъ найденъ hydrosalpinx другой стороны, гдѣ труба была удалена, а яичникъ возможно было оставить, при этомъ потребовалось предварительное отдѣленіе придатковъ отъ окружавшихъ ихъ периметритическихъ сращеній, которыя также наблюдались въ (№№ 2, 4, 5, 10, 11, 12, 19); болѣе значительными сравни-тельно съ другими представлялись сращенія въ № 10 и 12, а въ особенности въ № 19, гдѣ вылущеніе мѣшка оказалось

## Изъ Императорскаго Повиваль

№ по приемному журналу. № по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступки.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытныя при изслѣдованіи больной.
99 1	Лукерья Ш-а, 45 л., православ- наго вѣроиспов.; имя: Петерб. (изъ Аксурской обла- сти).  Незамужняя.	З/П 1896 г.	<p>Незамужня; появление кровей на 15-мъ году черезъ 28—27 дней, по 4—5 дней, среднія, безъ боли. Больная около 2-хъ лѣтъ жалуется на боли въ животѣ, поясница и опухоль въ животѣ.</p> <p>Около 2-хъ лѣтъ назадъ впервые замѣтила у себя внизу живота надъ лобкомъ опухоль, величиною въ кулакъ; съ этого времени больная стала страдать болями внизу живота, въ пояснице. Опухоль значительно выросла за два года. Разъ была задержка кровей въ теченіи мѣсяца (<math>1\frac{1}{2}</math> года назадъ). Пришедшія послѣ этого крови протекли правильно. Отъ болей ни разу не лежала въ постели.</p>	<p>Больная средняго роста и сложенія. Подкожно-жирный слой развитъ слабо. Легкіе и сердце здоровы. Моча ненормальныхъ примѣсей не содержитъ. Въ полости живота находится опухоль, величина въ 7-ми мысличную беременную матку. Опухоль яйцевидной формы, имѣетъ гладкую поверхность и небольшой выступъ сверху и сзади опухоли. Опухоль выходитъ изъ малаго таза, подвижна по всѣмъ направленіямъ и почти безболезненна. При внутреннемъ изслѣдованіи нижній сегментъ едва достигается пальцемъ. Верхній отдѣль шейки идетъ вѣво и назадъ и какъ бы переходитъ въ опухоль. Тѣло матки отдѣльно отъ опухоли не прощупывается. Зондъ проникаетъ на глубину только 9—8 см.</p>

# на Г о Клиническаго Института.

Название болезни.	Способъ операциі и осложненія.	Послѣоперационное тече- ніе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystotomavaovariideextri.	<p>13/п. Подъ хлороформн. наркозомъ послѣ тщательной дезинфекції сдѣланъ проколь по средней линіи живота и получена жидкость шеколадного цвѣта. Приступлено къ удалению опухоли чрезъ разрѣзъ вл. въ переднемъ сводѣ. При отсепаровкѣ пузыря оказалось, что въ толщѣ передней стѣнки матки находится два фиброзныхъ узла величиною въ лѣсной орѣхъ каждый. Въ виду такой находки, а главное въ виду высокаго положенія опухоли и тѣсноты влагалища, рѣшено было экстирпировать матку и создать такимъ образомъ хороший доступъ къ кистовидному образованію. При производствѣ экстирпации оказалось, что матка совершенно спаяна съ опухолью и прилежащими петлями кишекъ; заднее Д. пространство совершенно облитерировано. Экстирпация съ трудомъ окончена. При попыткѣ удалить мѣшокъ кисты, оказалось, что онъ сращенъ плотными, плоскостными сращеніями съ петлями кишекъ и петля кишекъ сращены между собою. Въ виду такихъ сращеній и невозможности удалить мѣшокъ, полость послѣдняго затампонирована. Лѣзвіе приданѣ оказалось здоровыми. Операторъ вынесъ убѣжденіе, что поранена петля тонкой кишкі, попавшей въ щипцы при выведеніи опухоли.</p>	<p>Пораненной оказалась петля тонкой кишкі; фистула. <math>t^o</math> была повышена до 5 марта; наивысшая <math>t^o</math> была 39,1°. Лѣченіе состояло въ промываніи и тампонациіи полости. Осталась небольшая фистула.</p>	2/в 96 г.	<p>9/ix 96 г. подъ № 487 поступила снова. 25/х. Послѣ освѣжения тканей вокругъ свищевого отверстія наложены погружные швы, рядъ глубокихъ подъ все ложе и поверхностные. 3/xi. Сняты швы. Prima intentio. 11/xi. Была совершенно здорова.</p>

<u>№ № по прием- ному журналу.</u> <u>№ № по порядку.</u>	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступ- ления.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
130 2	Александра Б—ская, 20 л., Православная изъ Риги. Замужняя.	9/III 1896 г.	Крови на 16-мъ году чрезъ 28 дней по 3—4 дни, сильно, съ болью, до замужества и послѣ него. Жалуется на боли внизу живота справа, боль въ пояснице, обиль- ные крови, запоры. За- порами стала страдать около 3-хъ лѣтъ, кото- рые разились, по види- мому, безъ всякой при- чины. Раньше обращалась къ врачу на Кав- казѣ 1 годъ назадъ за совѣтомъ; онъ опредѣ- лилъ въ маломъ тазу опухоль и установилъ такимъ образомъ оче- видную причину запо- ровъ. Въ теченіе послѣд- нихъ 3-хъ мѣсяцевъ по- явились боли внизу жи- вота справа и въ пояс- нице.	Больная среднаго ро- ста, слабаго сложенія; подкожный жиръ плохо развитъ. Легкіе и сердце здоровы. Въ полости жи- вота при наружномъ изслѣдованіи ничего па- тологическаго не обна- руживается. При изслѣ- дованіи чрезъ влагалище оказывается, что правый сводъ растянутъ шаро- образной, эластической опухолью, зыбающеюся, величиною немнога бол- ше кулака. Матка смы- щена немнogo вѣво и впередъ, нормальной кон- фигураціи и величины. Опухоль немнога пок- вижна, но не выходитъ изъ полости малаго таза. Тѣсно соединена съ пра- вымъ ребромъ матки.
146 3	Генріета Н—ръ, 27 л., Иудейскаго вѣроисповѣд. Пе- тербургъ (мѣсто рожд. Бобруйскъ). Замужняя.		Появленіе кровей на 15-мъ году чрезъ 28— 30 дней, по 5 дней, безъ боли; послѣ замужества чрезъ 3—4—6 недѣль по 5—6 дней. Родила одинъ разъ благополучно. Боль- на около 4-хъ лѣтъ; жалуется на боли въ жи- вотѣ. Вскорѣ послѣ заму- жества послѣ быстрой ѣзды въ экипажѣ у боль- ной появились острѣя боли внизу живота, при- глашеній врачъ нашелъ опухоль и констатиро- валъ беременность. Опу- холь величиною въ греч- кій орѣхъ. Беременность сопровождалась болями. Роды и послѣродовой періодъ протекли пра- вильно. Затѣмъ больна начала страдать болями внизу живота, въ пояс- нице и затрудненiemъ при мочеиспусканії.	Больная ниже сред- няго роста; питаніе ум- ренное. Въ полости жи- вота, надъ лономъ про- щупывается опухоль слегка эластическая, ве- личиною въ голову ново- рожденного ребенка; опу- холь вся лежитъ въ боль- шомъ тазу, подвижна, не- многа болезненна. Матка не увеличена, въ нор- мальной anteflexio-versio, подвижна и безболѣз- нна. Правый яичникъ ле- житъ на нормальномъ мѣстѣ; почти неизмѣненъ.

Название болезни.	Способъ операциі и осложненія.	Послѣоперационное тече- ніе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma dermoidalis ovarii sinistri.	15/III. Подъ хлороф. наркозъ, посль тщательной дезинфиції половыхъ органовъ и сосѣднихъ съ ними частей, сдѣланъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ; опухоль фиксирована чрезъ рану. Мѣшокъ захваченъ пулевыми щипцами, отѣленъ отъ сращений и выведенъ чрезъ рану. Ножка ея, состоящая изъ lig. infundibulo-pelvic., lig. ovarii, трубы и mesosalpinx'a, перевязана въ два пучка и кромѣ того наложена общая лигатура. Лѣвый яичникъ оказался здоровымъ. Сводъ зашитъ наглухо узловатыми швами.  9/IV. Чрезъ разрѣзъ задняго свода вскрыта брюшная полость; опухоль фиксирована руками помощника, вставилась въ разрѣзъ и была проколота; мѣшокъ извлеченъ; на lig. infundibulo-pelvic. наложены двѣ лигатуры (перевязана въ два пучка) и наложена одна лигатура en masse. Сводъ зашитъ наглухо. Въ кистѣ кромѣ жировой эмульсіи оказались волосы и кость, напоминающая черепную съ 5-ю зубами.	25/III. Швы сняты съ задняго свода; въ правомъ углѣ швы глубоко врѣзались и образовалось поверхностное мортифицированіе тканей. Теченіе безлихорадочное.  17/IV. Сняты швы. Prima intentione. Теченіе безлихорадочное.	5/IV 96 г.	Задоровъ.  25/IV 96 г.

№ по приемному журналу. № по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи. больной.
537 4	Изабелла Р—къ, 27 л., Католич. вѣроисповѣд. изъ Витебской губ. Вдова 4 года.	27/xi 1896 г.	<p>Появленіе кровей на 15-мъ году чрезъ 4 нед. по 3—4 дня, сильно, съ болью. Больна въ теченіи 2-хъ лѣтъ; жалуется на боли внизу живота, въ пояснице, на боль подъ ложечкой. Родила срочно одинъ разъ, благополучно. Встала на второй день послѣ родовъ; была слаба двѣ недѣли спустя послѣ родовъ, простудилась: спустя 4 недѣли послѣ родовъ танцовала, послѣ чего появились боли внизу живота, въ правомъ паху, где образовалась плотная, болѣзnenная опухоль; появилось кровоотдѣленіе; больная пролежала 4 дня въ постели. Послѣ этого болѣзnenное ощущеніе уменьшилось, а потомъ стало появляться по временнымъ, особенно при ходьбѣ.</p>	<p>Костная и мышечная система умѣренно развиты, подкожно жировой клѣтчатки мало. При выслушиваніи легкихъ замѣчается ослабленіе дыханія, хриповъ нѣтъ; тоны сердца слабоваты и не совсѣмъ чисты. При ощупываніи живота ничего ненормального не опредѣляется. Въ лѣвомъ сводѣ небольшое разлитое напряженіе; лѣвый яичникъ почти нормальной величины, но подвижность его ограничена. Въ правомъ сводѣ и сзади прощупывается увеличенный правый яичникъ; онъ достигаетъ величины куринаго яйца; яичникъ подвиженъ и при движеніяхъ болѣзненъ. Матка не увеличена, нормальной плотности.</p>
551 5	Василиса Дв—а, жена мѣщанина, 48 л., Старообряд- ка изъ Саратова.	18/xii 1896 г.	<p>Родила 4 раза, выкинула 3 раза; послѣдніе роды 8 л. назадъ. При послѣдней беременности страдала сильными отеками ногъ и половыхъ частей; во время послѣродового периода теряла кровь въ теченіи 6-ти недѣль; кормила. Крови на 13-мъ году чрезъ 28 дней по 6—7 дней, сильно. Больна около 1½ лѣтъ. Жалуется на</p>	<p>Больная средняго роста и тѣлосложенія. Подкожно-жирный слой разvить достаточнo. Со стороны легкихъ и сердца замѣтныхъ уклоненій отъ нормы не замѣчается, хотя, по заявлению больной, въ мокротѣ изрѣдка показывалась кровь.</p> <p>Въ нижней части живота слѣда прощупывается разлитое, плохо контурируемое напряже-</p>

Название болезни.	Способъ операциі и осложненія.	Послѣоперационное тече- ніе.	День выписки.	ПРИМЪЧАНІЕ.
Cystoma ovarii dextri intraligam.	<p>Назначенъ массажъ; ванны; спринцовкіе.</p> <p>14/хп. Опухоль яичника стала совсѣмъ подвижной.</p> <p>17/хп. Подъ хлороф. произведено выскабливаніе слиз. оболочки матки и смазываніе полости ея. Затѣмъ поперечнымъ разрѣзомъ вскрыть задній сводъ; въ Дугл. пространствѣ оказалось много перитонитическихъ тяжей, тяжи и перемычки покрывали почти всю заднюю поверхность матки и распространялись въ обѣ стороны на область верхніхъ отдаѣвъ широкихъ связокъ, особенно лѣвой. Кистовидное образованіе оказалось принадлежащимъ правой широкой связкѣ и выходитъ, повидимому, изъ рагог. varium'a. Правый яичникъ оказался мало измѣненнымъ (несколько небольшихъ ретенціонныхъ кистъ). По наложеніи двойной лигатуры киста удалена. Маленькая кистовидная образованія пр. яичника пункцированы и яичники оставлены. Всѣ периметр. сращенія и тяжи нарушены тупымъ способомъ. Лѣвый яичникъ оказался здоровымъ и, послѣ нарушенія сращеній, подвиженъ. Сводъ зашить обыкнов. узловатыми швами.</p> <p>14/1 97. Предварительное выскабливаніе слиз. оболочки матки; слиз. об. въ значительной степени гиперплазии; вприснута Tr. jodi. Затѣмъ, послойнымъ разрѣзомъ вскрыть задній сводъ. Сегментъ кисты, видимый простымъ глазомъ, при обнаженіи ложками захваченъ щипцами и вскрыть скальпелемъ. При постепенномъ опорожненіи стѣнка кисты медленно потягивались наружу и при потягиваніи было замѣчено, что</p>	<p>24/хп. Сняты швы съ заднаго свода. У лѣваго угла раны есть реактивный инфильтратъ и края раны плохо срослись. На остальномъ протяженіи prima intentio.</p> <p>22/г 97. Правый яичникъ немного увеличенъ. Матка въ ретроверсіи и немного притянута влѣво; подвижность ея ограничена.</p> <p>Теченіе безлихародочное.</p>	23/г 97 г.	<p>1 и 2/г. Наблюдалась повышенія <math>t^0</math> и одновременно сухой плейрітъ. Продолжительное пребываніе въ клинкѣ послѣ операциіи обусловливалось случайной заболѣваніемъ — плейрітъ, парэстезія въ правой ногѣ. Движеніе вполнѣ возстановилось къ выпискѣ ея.</p>
		<p>25/г. Сняты швы, фиксировавшіе стѣнки кисты въ заднемъ сводѣ.</p> <p>1/п. Ранка въ сводѣ еще не закрылась; зондъ проникаетъ въ кисту на 1 cm.</p> <p>Троекратное повышение <math>t^0</math>.</p> <p>15/п утромъ и вечеромъ до 38°.</p> <p>16 вечеромъ до 37,9°.</p>	3/п	<p>30/г. Удалены 3 геморроид. шишки.</p> <p>2/п. Повышение <math>t^0</math> не въ связи съ операцией.</p>

№ по прием- ному журналу. № по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
560	6 Екатерина З—о, жена почетного миров. суд., 60 л., Правосл. изъ Смо- ленской губ.	11/1 1897 г.	<p>меноррагіи, бѣли и гряз- ныхъ выдѣлѣнія. Общая слабость, головокруженіе, запоры. Со времени послѣднихъ родовъ стала страдать меноррагіями,  которыя значительно ослабили ее. Кромѣ того больная давно страдаетъ запорами и катарраль- ными явленіями желудо- чно-кишечнаго канала. Больная 4 разаѣздила на Кавказъ лѣчиться минеральными водами. Кровопотери теперь пе- решли въ постоянныя и больная въ теченіе мѣ- сяца была чистой не болѣе недѣли.</p> <p>Не беремѣла, первое появлѣніе регуляръ на 15-мъ году, чрезъ 27— 28 дн. по 6—7 дн., силь- но, безъ боли. 10 л. clima- steris. Больна около 3—4 л. Жалуется на кашель, запоры, отсут- ствіе аппетита, слабость и опухоль въ животѣ. Около 4-хъ лѣтъ назадъ больная перенесла ин- флюэнцу, осложнившуюся воспаленіемъ легкихъ и катарромъ средняго уха. Лѣчилаась въ Москвѣ и тамъ же опредѣлена была опухоль въ животѣ; про- боденіе обѣихъ барабан- ныхъ перепонокъ. Запоры стала страдать въ теченіе послѣдняго года. Опухоль значительно вы- росла за послѣднее время.</p>	<p>ниe съ выступомъ, напо- минающимъ увеличенную раза въ 2 матку. Матка лежитъ очень высоко, шейка у верхнаго края лонгаго соединенія и вся матка оттеснена възвѣ и впередъ. Тѣло матки увеличенено раза въ 2 про- тивъ нормы, на немъ не прощупывается никакихъ выступовъ. Лѣвый сводъ узокъ, скать; правый растянутъ; въ такомъ же отношеніи находятся передний и задний своды. Въ правомъ сводѣ про- щупывается разлитое на- пряженіе и плотность безъ рѣзкихъ контуровъ и сзади опредѣляется участокъ съ небольшимъ глубокимъ выѣленіемъ. Полость матки=12 см.</p> <p>Больная выше сред- няго роста; костная си- стема и мышцы развиты слабо; подкожно-жирный слой бѣденъ; кашляетъ; при кашлевыхъ толчкахъ не держитъ мочи. Въ верхушкѣ праваго лег- каго, подъ ключицей притупленіе перкутор- наго звука, удлиненіе выдыханія съ бронхиаль- нымъ выдыханіемъ; суб- крепитирующіе хрипы въ ограниченномъ кол- ичествѣ. Сердце не увели- чено, толчокъ сердца не прощупывается; пер- вый тонъ раздвоенъ.</p> <p>Въ полости живота прощупывается мягкая эластическая опухоль, величиною въ 7-мѣсячн. беременную матку. Опу- холь мало подвижна, без- болезненна. Нижній сег- ментъ прощупывается въ</p>

Название болезни.	Способъ операци и осложненія.	Послѣоперационное тече-ніе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii dextri et sinistri.	<p>Cystoma ovarii dextri intraligam.</p> <p>14/1 97 г. Послойный разрезъ заднаго свода. Сегментъ кисты вскрыть труакаромъ и захвачены щипцами Нельтона. Мышокъ удалось извлечь вполнѣ наружу. Широкая ножка была перевязана въ два пучка и наложена массовая лигатура; киста удалена.</p> <p>Лѣвый яичникъ оказался также кистовидно измѣненнымъ до величины небольшого куринаго яйца (удаленъ).</p> <p>Задній сводъ зашить.</p>	<p>23/1. Сняты швы, prima intentio до 26/1 лихорадила.</p> <p>(7 разъ повышение <math>t^{\circ}</math>), высшая <math>t^{\circ} 38,4^{\circ}</math>.</p>	3/II 97 г.	

№№ по приемному журналу.	№№ по придану.	Имя, званіе, возрастъ и мѣсто жительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровьяъ больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытныя при изслѣдованіи больной.
586	7	Марія С — а, 27 лѣтъ. Замужняя.	11/п 1897 г.	<p>Появление регуля на 13-мъ году чрезъ 3 недѣли по 8—9 дн., слабо, безъ боли, родила 2 раза срочно, послѣдніе роды въ 91 г.</p> <p>Больна 6-ть лѣтъ со времени послѣдніхъ родовъ, жалуется на боли внизу живота и поясница.</p> <p>Послѣдніе роды были длительны (4 сутокъ).</p>	<p>заднemъ сводъ и представляется слабо эластичнымъ, зыблляющимъ. Матка смыщена къ передней стѣнкѣ. Сегментъ опухоли, лежащей въ тазу, не удалось приподнять даже и на наклонной плоскости.</p>
592	8	Вѣра В — а, 28 лѣтъ. Замужняя.	19/п 1897 г.	<p>Появление регуля на 15-мъ году чрезъ 30 дн. по 5—6 дней, въ среднемъ количествѣ; послѣ замужества чрезъ 35 дн. 5—6 дней въ среднемъ количествѣ, съ болью иногда. Родила 3 р. срочно. Во время послѣдней беременности боль внизу живота справа. Послѣ 2-хъ и 3-хъ родовъ лихорадила, особенно послѣ 3-хъ.</p> <p>Больна 4 года; боль въ правой половинѣ живота. Правая нога вѣмѣтъ.</p>	<p>Внутренніе органы здоровы. Матка нормальна, киста величиною въ дѣтскую голову, ложится то назадъ, то впередъ отъ матки; легко перемѣщается въ заднй сводъ. Нужно предполагать длинную ножку. Прав. придатки здоровы.</p>

Название болезни.	Способъ операциі и осложненія.	Послѣоперационное тече- ніе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cysta ovarii Sinistri. Cystoma glandularis prolifer.	<p>14/1. Подъ хлороф. abrasio; разрѣзъ заднаго свода; разрывеніе ложныхъ перепонокъ, окружающихъ кисту, ручными приемами. Извлечение кисты въ разрѣзъ заднаго свода; проколъ и наложеніе двойной лигатуры на ножку кисты, которая состояла изъ трубы и яичниковово-маточной связки. Изслѣдованіе правыхъ придатковъ и извлечение ихъ въ разрѣзъ свода. Правый яичникъ содержитъ не сколько кисть, которая вскрыта ножомъ и опорожнены отъ ихъ содержимаго. Молодой возрастъ пациентки заставляетъ оставить и этотъ также пострадавшій яичникъ. Брюшной конецъ правой трубы сращенъ съ яичникомъ периметр. перемычками; отдѣленъ отъ яичника и резецированъ. Разрѣзъ зашивтъ.</p> <p>25/п. Хлороформ. abrosis. Разрѣзъ заднаго свода на 1 см. отъ шейки. Въ разрѣзъ прежде всего показывается инкапсулированный, перитонитический экссудатъ, затѣмъ уже стѣнка кисты, которая захватывается пулевыми щипцами и прокалывается; въ разрѣзъ показывается вторая съ которой поступаютъ также. Вся киста извлекается въ разрѣзъ и ножка перевязывается двойной лигатурой. Осмотръ правыхъ придатковъ, котор. оказываются здоровыми. Разрѣзъ зашивается.</p>	<p>24/1. Швы сняты, prima int. 8/п. Матка лежитъ нормально. Здорова. Теченіе безлихорадочное.</p> <p>5/п. Швы влагалищные сняты. 7/п. Совершенно здорова. Теченіе безлихорадочное.</p>	<p>8/п 97 г.</p> <p>17/п</p>	

# Изъ Императорскаго Клиническаго Инсти

№ по прес- мому журналу.	№ по поряdkу.	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
1228	9	Софія М—о,	27/ix	Появленіе регулъ на 15 году, чрезъ 1 мѣс. по 5—6 дн., умѣренно, болѣзnenны. Вышла замужъ на 27 году; родила одинъ разъ 9 мѣсяцъ, тому назадъ. Въ дѣвицахъ регулъ болѣзnenны, послѣ родовъ они сдѣлались нормальными. На 4-мъ мѣсяцѣ беременности замѣчена киста яичника, которая постепенно, по немногу, увеличивается. На 2—3 мѣсяцѣ имѣла заболѣваніе почекъ, какъ бы почечная колика. Теперь лишь неизначительны боли въ области правой почки, меньше слѣва и въ поясницѣ. Года 4 имѣла бѣли, иногда зеленоватыя. Боли внизу живота.	Болѣзnenность по всему животу; въ сердцѣ и легкихъ; нѣтъ противопоказаний къ хлороформированію. Матка въ anteversio, слѣва прощупывается опухоль, довольно твердая, ст. гладкой поверхностью, справа также прощупывается увеличенный яичникъ.
1470		29 лѣтъ. Замужняя.	1895 г.		
1309	10	Надежда Фр—о,	10/ii	Регулы появились на 12-мъ году, чрезъ 3—4 недѣли, по 4 дня. Родила два раза срочно, нормально.	Въ настоящее время изслѣдованіе подтверждаетъ сказанное. Со стороны легкихъ никакихъ уклоненій.
1551		37 лѣтъ. Замужняя.	1896 г.		
				Въ сентябрѣ прошлаго года сдѣлалась ломота въ правой ногѣ; это обстоятельство заставило обратиться къ врачу. При гинекологическомъ изслѣдованіи была констатирована киста праваго яичника величиною почти въ кулакъ.	

# тута Великой Княгини Елены Павловны.

Название болезни.	Способъ операции и осложненія.	Послѣоперационное тече- ніе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii dextri.	30/IX--95. Подъ хлороф. наркозомъ киста удалена чрезъ задній сводъ; разрѣзъ около 4 ctm., 3 лигатуры на ножку; швы на задній сводъ.	8/Х. Швы удалены съ заднаго свода. Prima intentio.  Теченіе безлихорадочное.	15/Х 95 г.	
	12/II. Подъ эфирнымъ наркозомъ удалена киста чрезъ разрѣзъ заднаго свода. Киста оказалась паровариальной; были значительныя сращенія, а потому сводъ не былъ зашитъ; потеря крови незначительна.	29/II. При осмотрѣ здорова, грануляцій въ мѣстѣ разрѣза.  Теченіе безлихорадочное.	2/III	

№ по прием- ному журналу. № по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытныя при изслѣдованіи. больной.
1315 1557	11 Марія Г—а, кр., прислуга, 33 л. Замужняя.	12/II 96 г.	<p>Появленіе регуль на 16-мъ году чрезъ 3 недѣли по 3 дня всегда. Въ октябрѣ и ноябрѣ кровей не было, въ декабрѣ шли 6-ть дней и повторялись чрезъ недѣлю.</p>	<p>Больная—истощенный нервный субъектъ; анемична; средняго роста. Со стороны легкихъ противопоказаний къ хлороформированию нетъ. Тоны сердца глуховаты; границы нормальны. При гинекологическомъ изслѣдованіи внизу живота опредѣляется опухоль, доходящая до пупка по средней линии тѣла; нижний сегментъ ея прощупывается со стороны влагалища. Стѣнка ея спаяна съ боками матки очень тѣсно. Сзади нея прощупывается кругловатое, эластическое тѣло, какъ бы яичникъ.</p>
1314 1556	12 Пелагея Кр—а, кр., кухарка, 37 л. Замужняя.	10/II 96 г.	<p>Появленіе регуль на 18-мъ году, чрезъ 3 недѣли по 3 дня. Годъ замужества 26 л. Родила 1 разъ. Течениe родовъ правильное. Разрывъ промежности.</p>	<p>При изслѣдованіи органовъ дыхания и кровообращенія противопоказаній къ хлороформированію не найдено.</p>
			<p>Мѣсяца два тому назадъ отъ поднятія тяжести заболѣла животъ и съ той поры онъ сталъ увеличиваться. Жалуется на боль внизу живота.</p>	<p>Въ полости живота констатируется опухоль, верхняя граница которой достигаетъ пупка, опухоль эластическая, съ жидкостью. Матка опредѣляется слегка увеличенной справа отъ опухоли, въ retroversio. Впереди нея находится опухоль съ большою яблочко. Другая опухоль, какъ выше сказано, доходящая до пупка, находится сзади этой небольшой и слѣва отъ матки. Опухоль эластична, съ жидкимъ содерѣжимымъ. Яичниковъ не найдено, почему и было предположено кистовидное перерожденіе обоихъ яичниковъ. Промежность разорвана вся, а также небольшая часть кишki.</p>

Название болезни.	Способъ операциі и осложненія.	Послѣопераціонное тече- ние.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma intraligam dextra.	<p>17/п. Подъ эфирнымъ наркозомъ разрѣзъ заднаго свода влагалища и вскрытие Дугласа; наложено три кровоостанавливающихъ шва. Затѣмъ шириной правада сдѣланъ уколъ опухоли; оттуда показалась жидкость, какъ гной, въ количествѣ нѣсколькихъ стакановъ. Затѣмъ произведенъ разрѣзъ стѣнки кисты, чрезъ который удалено нѣсколько комковъ волось и большое количество бѣлой мозговидной массы. Послѣ этого порядочная часть кисты показалась снаружи, въ разрѣзѣ; дальнѣйшее выдѣленіе затруднено сращеніями съ брюшиной на большомъ протяженіи отчасти же и съ кишечникомъ.</p> <p>PS. Сводъ не зашить, полость тампонирована іодоф. марлей.</p>	<p>24/п. Удалены тампоны изъ полости Дугласа.</p> <p>1/п. Въ полость раны вложена каучуковая трубочка. Полость промывается борной водой.</p> <p>15/п. Состояніе хорошее. Матка опредѣляется среди рубцовыхъ образованій, имѣющихся на мѣстѣ Дугласа.</p> <p>Больная крѣпнетъ.</p> <p>Теченіе безлихорадочное, за исключениемъ одного раза—19/п до 38°.</p>	19/п	
Cystoma ovarii dextri Ruptura periner.	<p>12/п. Подъ хлороформомъ было произведено исследованіе, причемъ было констатировано присутствіе лѣваго яичника, небольшая киста оказалась лишь отдѣльнымъ образованіемъ большой. Разрѣзъ заднаго свода; сдѣлана пункція первой вставившейся опухоли, потомъ вставилась другая камера (свѣтлая жидкость въ обѣихъ); затѣмъ обѣ кисты вышли наружу. Сращенія съ сальникомъ небольшія, отдѣлены ручнымъ путемъ частью же послѣ наложенія лигатуръ ножницами. Рана зашита.</p>	<p>20/п. Удалены всѣ швы съ раны prima intentio.</p> <p>21/п. Здорова остается для зашиванія промежности.</p> <p>4/п. Защита промежности.</p> <p>16/п. Тѣ поднималась до 38°, причемъ нельзя было найти поводовъ. До этого и послѣ оставалась нормальной.</p>	19/п	
			126	

<u>№</u> по прием- ному журналу.	<u>№</u> по порядку.	Имя, званіє, возрастъ и мѣ- стоожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытая при изслѣдованіи больной.
1342	13	Глафира Щ—а, 38 лѣтъ. Незамужняя.	19/III 96 г.	Регулы на 12-мъ году чрезъ 3—4 недѣли по 6—7 дней. З послѣдніе года стали путаться. Число родовъ 4. Послѣдніе роды 3 года назадъ. Послѣ родовъ болѣла 3 недѣли.	При наружномъ изслѣ- дованіи живота и паль- пациі, надъ лобкомъ почти по средней линіи опредѣляется опухоль, эластическая, величиною въ дѣтскую голову. Мат- ка въ antenflexio, почти по средней линіи, а опу- холь исходитъ изъ лѣ- выхъ придатковъ. Изслѣ- дование зондомъ 8½ ctm. PS. 21 menstr. и опе- рація отложена.
1584				Больна 3 года съ ро- довъ. Болѣла внизу живота и поясницѣ; менструа стали путаться особенно послѣдніе два года; они стали затягиваться до 10—14 дней и появля- лись чрезъ 10—14 дней; большую частью кровь жидкая, рѣдко сгустками. Года два тому назадъ впервые замѣтила въ животѣ опухоль, которая замѣтно увеличивается; мочеиспускание учащено; бѣли. Въ дѣствѣ былъ параллель правой поло- вины тѣла.	Разорвана промеж- ность. Сзади и справа отъ матки неподвижная бо- льезненная, эластическая опухоль, величиною съ апельсинъ.
1375	14	Варвара К—а,	5/IX 96 г.	Первое появленіе ре- гуль на 15-мъ году чрезъ 3 недѣли по 6 дней, съ болями. Выки- дыши 1 разъ (на 3 мѣ- сяца). Первые роды на 23 году. Боль въ лѣвой сторонѣ живота въ тече- ніе послѣдніхъ 6-ти месяцевъ. Бѣли незна- чительныя. Въ послѣдній месяцъ мочеиспускание болѣзненно и учащено.	Со стороны внутрен- нихъ органовъ уклоне- ній отъ нормы не замѣ- чается.
1617		мѣщанка 33 л.			
1437	15	Александра И—а, 29 л. Замужная.	3/XII 96 г.	Регулы на 15-мъ году чрезъ 4 нед. по 7 дней. За послѣдніе же два года чрезъ 3—1½ мѣ- сяца по 2 и больше не- дѣли. Годъ замужества 19 лѣтъ. Число родовъ 5-ть. Выкидыши 1 (2 м.). Первые роды на 20-мъ году, послѣдніе роды 2 года тому назадъ благо- лучно.	При осмотрѣ наруж- ныхъ частей легкая за- стойная синева. При внутреннемъ изслѣдова- ніи матка значительно увеличена. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается слегка зыбающаѧся опу- холь, не вполнѣ конту- рированная сверху, ве- личиною съ крымское яблоко.
1678					

Название болезни.	Способъ операциі и осложненія.	Послѣоперационное тече-ніе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii sinistri Ruptura perinei.	6/IV. Подъ эфиromъ киста экстирирована чрезъ разрѣзъ заднаго свода; предварительно киста низведена въ полость малаго таза; стѣнка вскрыта; жидкость прозрачна. По сандаціи стѣнокъ, киста выведена во влагалище и удалена, (удаленъ также и лѣвый яичникъ, оказавшійся кистовидно-перерожденнымъ). Промежность зашита.	19/IV. Удалены всѣ швы со стороны промежности и влагалища; ргима int. 15/IV. Позволено поворачиваться. 20/IV. Пробуетъ ходить. 27/IV. Правый сводъ свободенъ. Матка въ reclinatio. Теченіе безлихорадочное.	27/IV	
Cystoma ovarii sinistri Cystoma ovarii sinistri incipiens.	9/IХ. Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена экстирпация кистовидно перерожденного яичника и трубы чрезъ задній сводъ влагалища. Правые придатки матки нормальны.	17/IХ. Сняты всѣ швы съ влагалищ. свода. По мѣстамъ на швахъ незначительное нагноеніе. Теченіе безлихорадочное.	1/X 96 г.	
Cystoma ovarii sinistri incipiens.	7/XII. Подъ наркозомъ пр. Оттѣ опредѣлилъ лѣвую трубу на значительномъ протяженіи; небольшого тѣла, которое прощупывалось во время разбора съ курсомъ, не оказалось. Пр. Оттѣ высказался съ большою вѣроятностью за кисту лѣваго яичника. И дѣйствительно, послѣ вскрытия Дугл. пространства опухоль была извлечена и оказалась ие-	15/XII. Удалены всѣ швы. Prima intentio. Теченіе безлихорадочное.	27/XII	

№ по приемному журналу. № по порядку.	Имя, званіє, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
1440 16	Анна К — ъ, 38 лѣтъ. Замужняя.	12/XII 96 г.	<p>Приэтомъ боль въ поясницѣ и внизу живота и частые позывы на мочеиспускание.</p> <p>Послѣдніе правильные регулы 18-го іюля; до 1-го ноября не было ничего и больная считала себя беременной. 1-го ноября показались крови и продолжались весь ноябрь съ промежутками дня въ 2.</p>	<p>Въ правомъ сводѣ опредѣляются придатки. Диагнозъ колеблется между graviditas tubaria sinist. или кистовидной опухолью лѣвыхъ придатковъ.</p> <p>Тоны сердца глуховаты, благодаря малокровію (по заключенію терапевтовъ).</p>
1690			<p>Появленіе регуль на 15-мъ году чрезъ 3 недѣли, по 3—4 дня. Годъ замужества 28 л. Число родовъ 2, кормила. Послѣдніе роды 8 лѣтъ тому назадъ, правильно.</p> <p>Съ осени настоящаго года стала болѣть спина, тяжесть внизу живота и боли, особенно при ходьбѣ. Регулы около года измѣнили свой характеръ, стали приходить съ меньшими промежутками и продолжительностью, до 7 дней, иногда сгустками.</p>	
1463 17	Анна М — а, прислуга, 39 л. Замужняя.	7/1 97 г.	<p>Регулы появились на 15-мъ году, чрезъ 3—4 недѣли по 3—4 дня.</p> <p>Заболѣла 3 мѣсяца назадъ; болѣзнь началась частыми и болезненными мочеиспусканиемъ, сильными болями внизу живота и поясницѣ. При этомъ была лихорадка и больная пролежала</p>	<p>Изслѣдованіе — uterus подвижень; въ <i>reclinatio</i>, увеличенъ, плотной консистенціи, безболѣзенъ. Спереди матки и сверху опредѣляется опухоль подвижная, которую можно отвести вверхъ отъ матки на 4 попечныхъ пальца; опухоль на ножкѣ, идущей отъ правой стороны матки; опухоль сферической, немнога овальной формы, полутвердой консистенціи, величиною равняется небольшому кулаку; посреди этой опухоли прощупывается какъ бы борозда. Съ лѣвой стороны яичникъ прощупывается, прав. вовсе не прощупывается. Въ связкахъ прощупываются небольшія residua, особенно съ лѣвой стороны.</p> <p>Въ сердцѣ и легкихъ ничего ненормального. При бимануальномъ изслѣдованіи матка увеличена, плотна, сдвинута влѣво. Въ правомъ сводѣ прощупывается ограниченная опухоль съ жидкимъ содержимымъ, слегка флюктуирующая, съ ограниченной подвижностью.</p>

Название болезни.	Способъ операций и осложненія.	Послѣоперационное тече-ніе.	День выпускки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystis dermoidal. ovarii dextri.	<p>большой много-камерной кистой яичника, котор. и была удалена вмѣстѣ съ трубой. Правые придатки здоровы. Задний сводъ зашитъ.</p> <p>16/хп. Подъ хлороформомъ вскрыть передний сводъ; въ просвѣтѣ разрѣза вставилась опухоль, вскрыта разрѣзомъ, послѣ чего удалено содержимое опухоли, состоящее изъ дермоидныхъ массъ (сало, волосы). Послѣ этого киста выведена наружу, опухоль оказалась состоящей изъ двухъ полостей; въ другой полости содержимое тоже. Сращеній не обнаружилось. Ножка перевязана въ 2 лигатуры, поверхъ которой наложена общая. Сводъ зашить.</p> <p>25/1. Подъ эфирнымъ наркозомъ разрѣзъ чрезъ задний сводъ, въ просвѣтѣ показалась яичниковая киста и вмѣстѣ съ перерожденной трубой опорожнена. Содержимое оказалось свѣтлою жидкостью коллоидного характера. Лѣвые придатки, какъ непораженные, сохранены. Киста оказалась многополостной съ папиллярными разра-</p>	<p>23/хп. Сняты швы; по мѣстамъ нѣк. расхожденіе, въ нѣкоторыхъ швахъ нагноеніе.</p> <p>26/хп. На передней стѣнкѣ вл. части матки слизистая омертвѣла на значительномъ пространствѣ (прижатіе трезубцемъ).</p> <p>3/1. Рубецъ на все протяж. раны.</p> <p>3/п. Сняты швы со стороны свода. Prima intentio.</p> <p>13/п. Здорова.</p>	10/1	$t^{\circ}$ 26-го до 37,6°; 28—38,1°; 31— 37,9°; 1—38,6°.
			13/п	

<u>№№ по прием- ному журналу.</u> <u>№№ по порядку.</u>	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытая при изслѣдованіи больной.
1464 1705	18 Домна Н—а, кр., 33 л.	8/1 1897 г.	въ постели мѣсяцъ. Запоры. Есть указанія, что въ дѣствѣ была заражена lues'омъ. Годъ замужества 17 лѣтъ.	Изслѣдованіе крайне болѣзненно и поэтому затруднительно.
1503 1743	19 Меланія Т—а, 32 лѣтъ.	28/II 97 г.	Первое регулы на 14-мъ г. чрезъ 3 недѣли по 3 дня, годъ замужества 28 лѣтъ.	Матка больше и плотнѣе нормальной въ reclinatio и sinistro-positio. Рубецъ въ лѣвой широкой связкѣ справа, въ заднемъ сводѣ прощупывается овальное, мало болѣзненное и мало подвижное тѣло, величиною въ крымское яблоко. Правый яичникъ не прощупывается, лѣвый немногого увеличенъ. Общее питаніе въ упадкѣ; головные боли.
			Жалуется на боли внизу живота и лѣвомъ паху, частое и болѣзненное мочеиспускание. Замѣчается внизу живота и вѣво растущую опухоль. Запоры.	При наружномъ осмотрѣ живота нижняя часть его отъ лона до пупка замѣтно увеличена, обусловливается присутствиемъ особаго тѣла, не вездѣ отчетливо контурируемаго, располагающагося болѣе въ правой сторонѣ живота. Верхняя граница его—пупокъ; ясная флюктуациѣ. При внутреннемъ изслѣдованіи—шейка пупка вѣво и вверхъ, тѣло отдѣляется спереди. Сзади и справа

## Способъ операциі и осложненія.

Послѣоперационное тече-  
ніе.

## День выписки.

## ПРИМѢЧАНІЕ.

щеніями на внутренней ея стѣнкѣ. Швы на разрѣзѣ.

11/1. Sub operatione оказалось правое образование предста- вляетъ трубу и кистовидно пере- рожденный яичникъ; лѣвая тру- ба также растянута жидкостью; лѣвый яичникъ нормаленъ (утол- щенная труба вмѣстѣ съ яич- никомъ была принята за уве- личенный яичникъ).

Подъ эфирнымъ наркозомъ произведена salpingo-oophorec- tomia dextra et salpingotomia sinistra чрезъ разрѣзъ заднаго свода. Правая опухоль осво- бождена отъ нѣжныхъ перито- нитическихъ спаекъ, проколомъ выпущена изъ нее прозрачная, серозная жидкость; спавшийся мѣшокъ извлеченъ наружу; нож- ка перевязана двойной частич- ной лигатурой и одной общей. Лѣвая расширенная труба осво- бождена отъ такихъ же пери- тонитическихъ спаекъ. Опорож- нана проколомъ отъ прозрач- ной жидкости; mesosalpійх перевязана 2 лигатурами. Труба удалена, яичникъ оставленъ.

8/II. Подъ эфиромъ чрезъ задний Дугласъ вскрыта стѣнка кисты, выпущенная жидкость серозная, слегка клейкая. По- лость промыта соленымъ растворомъ и плотно затампонирована марлей.

18/1. Сняты швы съ заднаго свода, prima intentio.

22/1. При изслѣ- дованіи половыхъ органовъ ничего ненормального не усмотрѣно; ин- филтратовъ на- мѣстѣ операции не- ть.

Теченіе безли- хорадочное.

26/1  
97 г.

10/III. Половина тамpona изъ ки- сты удалена.

11. Тампонъ уда- ленъ весь; полость промыта борнымъ растворомъ и сно- вь затампониро- вана рыхло мар- лей.

17. Извлеченъ тампонъ и въ слѣдъ за этимъ вытекло большое количество жид- кости. Новый там- понъ.

31/III  
Выписалась съ условіемъ прихо- дить чрезъ 2 дня для перевязокъ.

9-го t° 38,8°  
10-го t° 38,7°  
потомъ оставалась все время нор- мальной.

<u>№№ по приемному журналу.</u> <u>№№ по порядку.</u>	Имя, званіе, возрастъ и мѣ- стожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступле- нія въ клинику.	Данныя, добытая при изслѣдованіи больной.
1507 1747	20 33 лѣтъ. Замужняя.	18/II 97 г.	<p>Первое появление ректума на 13-мъ г. чрезъ 3—4 недѣли по 3—4 дня. Выкидышъ 1 р. на 3-мъ мѣсяцѣ 13 лѣтъ тому назадъ.</p> <p>Была больна тотчасъ послѣ замужества, лѣчились спринцовками (квасцы и пр.). Чрезъ 2 года послѣ забеременѣя и выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ, долго имѣла сильное кровоточеніе.</p>	<p>При изслѣдованіи матка не велика, влагалищная часть длинна, зѣвъ рубцево съуженъ, на 4 пальца выше лобка прощупывается опухоль эластическая, сегментъ которой ясно прощупывается черезъ лѣвый сводъ; опухоль помѣщается впереди и влѣво отъ матки.</p>
			<p>Три года назадъ сдѣлано было выскабливание, послѣ чего состояніе ухудшилось. Чрезъ <math>\frac{1}{2}</math> года послѣ выскабливания снова рѣзко заболѣла съ повышениемъ <math>t^o</math> (до <math>40,3^o</math>) и больная обратилась къ пр. Рейну. Два года тому назадъ въ Кіевѣ сдѣлана ампутація colli uteri.</p>	<p>Послѣ операции отъ хлороформа долго продолжалась рвота.</p>

Способъ операци и осложненія.

Послѣопераціонное тече-  
ніе.

День выписки.

ПРИМѢЧАНІЕ.

24/III. Подъ эфирнымъ наркозомъ сдѣлано вскрытие кисты разрѣзомъ чрезъ задній сводъ. Содержимое кисты оказалось гноинмъ. Послѣ тщательного промыванія полости кисты борнымъ растворомъ, она затампонирована юдоформн. марлей.

Края слѣдованаго разрѣза обшиты матрацными швами вмѣстѣ съ краями вл. разрѣза.

31. Полость уменьшилась значитель но.

Съ 26/III по 20/III тампонъ мѣнялись чрезъ 2—5 дней; по временамъ полость промывалась борнымъ растворомъ, къ 20/III очень незначительное выдѣленіе, но въ этотъ день появилось напряженіе въ сводахъ, справа прощупывается, повидимому, кистовидная опухоль.

27/III. Пункцией выпущено гноин. содержимое; другой уколъ далъ коллоидн. жидкость.

29. Сдѣлана пункция въ 2 мѣстахъ аппаратомъ Potain'a и выпущено около стакана изъ обоихъ полостей. Полость промыта борнымъ растворомъ.

1/IV. Незначительное выдѣленіе изъ дренажа.

11. (Здорова). Выписалась.

11/IV

Многократное  
повышение  $t^{\circ}$ .  
До 16 марта  
однако  $t^{\circ}$  оставалась нормальной,  
наивысшая  $t^{\circ}$  39,0°.

невозможнымъ вслѣдствіе интралигаментарнаго развитія кисты значительнымъ ея сегментомъ и мѣшокъ былъвшитъ во влагалищный разрѣзъ; по той же причинѣ не удалось извлечь всего мѣшка и въ случаѣ № 5, гдѣ остатокъ мѣшка также вшить въ рукавный разрѣзъ.—При всѣхъ операціяхъ, я теперь же замѣчу, соблюдался необходимый консервативизмъ при удаленіи пораженныхъ придатковъ,—такъ, въ случаѣ № 7 правый яичникъ (другой), хотя и представлялъ нѣкоторыя измѣненія, ограничились отдѣленіемъ отъ сращеній и резектировали брюшинный конецъ трубы, который представлялся срашеннымъ съ яичникомъ, оставленъ въ виду молодого возраста пациентки; также поступлено и въ случаѣ № 18.

Что касается теперь лѣвостороннихъ пораженій придатковъ, то здѣсь сращеній не наблюдалось, которыя бы въ значительной степени затрудняли операцію, или сколько-нибудь замедляли ея производство, за исключеніемъ послѣдняго случаѣа, (№ 20), гдѣ нельзя было удалить мѣшка по случаю интралигаментарнаго развитія кисты и мѣшокъ только вскрыть и края его вшиты во влагалищную рану.

Такихъ случаевъ, гдѣ не сдѣлано вылущенія мѣшка вслѣдствіе обширныхъ сращеній съ сосѣдними органами, наблюдалось—4, изъ которыхъ въ 2-хъ ограничились частичнымъ удаленіемъ мѣшка, а въ слѣдующихъ 2-хъ—мѣшокъ былъ только разрѣзанъ и вшитъ, какъ сказано, во влагалищную рану. Сводъ всегда зашивался наглухо, за исключеніемъ только что приведенныхъ 4 случаевъ, гдѣ была необходима тампонажа полости и въ случаѣ № 10, гдѣ сводъ не былъ запаштъ потому, что пришлось нарушать очень значительныя сращенія; хотя мѣшокъ и удаленъ, но тѣмъ не менѣе, слѣдовательно, осталась большая раневая поверхность.

Величина опухолей была различна; большинство же изъ нихъ относятся къ очень большимъ; именно, въ 2 случаяхъ опухоли равнялись 7-ми мѣсячной беременной маткѣ, а въ 3 случаяхъ границы ихъ доходили по срединной линіи до пупка, въ одномъ случаѣ она заходила на 4 пальца выше лобка; въ 2 случаяхъ размѣры ихъ достигали величины дѣтской головы, а въ остальныхъ—величина опухолей была больше кулака, равнялась кулаку и только немногія были величиною въ яблоко и въ яйцо.

Въ послѣоперационномъ теченіи въ 7 случаяхъ наблюдалось многократное повышеніе температуры, въ 2-хъ—однократное, а въ 11 случаяхъ теченіе было безлихорадочное. Никакихъ другихъ осложненій не наблюдалось. Теченіе было гладкое, поправленіе быстрое, что видно изъ слѣдующихъ цифръ.

Всѣми 20 больными въ клиникѣ проведено послѣ операциіи 531 день, отсюда въ среднемъ на каждую больную приходится 26,55 дня,—время, разумѣется, очень короткое, если принять во вниманіе тяжесть нѣкоторыхъ, указанныхъ выше случаевъ и затрудненія при операції. Нужно добавить, что больныя выписались изъ клиники въ такомъ состояніи, за исключеніемъ одной (№ 1), что могли сейчасъ же приняться за свои домашнія работы. Если мы исключимъ 3 случая, именно, № 1, гдѣ лѣченіе затянулось образовавшейся кишечной фистулой и №№ 5 и 20, гдѣ резецированы части мѣшка и поэтому потребовалось много времени на послѣющую тампонацію, а въ № 12 примемъ 22 дня вмѣсто 34-хъ до запи-ванія промежности, то мы получимъ число дней 350 на 17 больныхъ, что въ среднемъ составить 20,6 дня для больной, т. е. 3-хъ недѣльный срокъ послѣ операціи до полнаго выздоровленія. Смертельный случая ни одного не было.

#### *O c l o j s h e n i j a.*

Къ осложненіямъ salpingoëctomiae vaginalis относится наблюдавшееся иногда кровотеченіе. Еще американскими врачами высказывалось чисто теоретическое предположеніе, что на ножку трудно наложить лигатуру, что она соскальзываетъ и тогда кровоточащей сосудъ нельзя найти въ ранѣ. *Fehling*<sup>491)</sup> предостерегаетъ читателей отъ увлеченія операціей coïpotom. anter. и указываетъ на техническую нецѣлесообразность ея, имѣя въ виду главнымъ образомъ осложненіе послѣдующимъ кровотеченіемъ.

Ему въ 2 случаяхъ изъ 7-ми пришлось сдѣлать coeliotomiam. При послѣдней, говоритъ онъ, приходится подтягивать ножку при перевязкѣ къ брюшному разрѣзу, а потомъ, когда

<sup>491)</sup> *Fehling*.—„Ueber Ovariotomie von der Vagina aus“.—Centralbl. f. Gyn. 1896, Bd. 20, № 30, S. 779.

она возвратится на свое место, легко видеть место кровотечения въ случаѣ его появления, хотя, можетъ быть, и трудно перевязать кровоточащій сосудъ. При влагалищномъ же методѣ натяженіе это особенно велико и при вытягиваніи неѣтъ кровотеченія, а когда культи возвратится на свое место и уничтожится натяженіе, то въ случаѣ появленія кровотеченія трудно опредѣлить силу и место послѣдняго. Одною изъ причинъ кровотеченія является соскальзываніе лигатуры, по мнѣнію *Fehling'a*, въ моментъ возвращенія культи въ брюшную полость «чрезъ узкое место».

Едва ли можно согласиться съ мнѣніемъ *Fehling'a* относительно того, что въ самомъ производствѣ операциіи лежитъ, такъ сказать, причина, способствующая соскальзыванію лигатуры и возникновенію послѣдующаго кровотеченія. При соблюденіи строго техническихъ правилъ, которыя выработаны для этого, кровотеченія изъ ножки обыкновенно не получается. «Соскальзываніе лигатуры можетъ имѣть серьезное значеніе, говоритъ *Львовъ*<sup>492)</sup>, но не роковое»—притомъ, послѣднаго наложенія, некрѣпкаго затягиванія, невѣрной перерѣзки ткани, чрезмѣрнаго потягиванія за лигатуру всегда можно избѣжать. У *Львова*<sup>493)</sup> наблюдалось соскальзываніе лигатуры 1 разъ—помощникомъ нитка была отрѣзана очень близко; достаточно было тампонажіи. Если намъ во время не удается наложить новую лигатуру, то, разумѣется, остается только одинъ путь остановки кровотеченія—это внутрибрюшинная тампонажія полосками юдоформенной марли. Такой совсѣмъ высказывается многими авторами, но по этому поводу необходимо оговориться, что первой и непремѣнной заботой должно быть отыскиваніе и перевязка кровоточащаго сосуда; положиться на тампонажію въ томъ случаѣ, если соскальзнула лигатура съ крупнаго сосуда, рискованно, главнымъ образомъ потому, что въ этомъ случаѣ нельзя достигнуть большого давленія тампонажей, да и не желательно.

При послѣдовательныхъ кровотеченіяхъ—спустя 2—3 дня послѣ операциіи примѣненіе только влагалищной тампонажіи, конечно, уже является вполнѣ надежной мѣрой.

<sup>492)</sup> *Львовъ*.—„Врачъ“ 1892 г. № 11, стр. 254—255.

<sup>493)</sup> *Львовъ*.—*Ibid.*

У *Martin'a*<sup>494)</sup> въ 7 случаяхъ наблюдалось послѣдовательное кровоточеніе. Въ 3 изъ нихъ не потребовалось никакихъ мѣропріятій, въ 3 случаяхъ примѣнена тампонада, а въ 1—на 15 день пришлось снова зашивать влагалищную рану.

Въ 20 случаяхъ, приведенныхъ нами, не наблюдалось кровоточенія и, мнѣ кажется, въ этомъ отношеніи имѣютъ огромное значеніе тѣ предосторожности, съ которыми связановеденіе операциіи и вообще тѣ пріемы, которые выработаны для этого профес. *Оттомз.*

Кровоточеніе можетъ быть во время операциіи: 1) изъ краевъ раны и мѣшать операциіи; въ данномъ случаѣ является чрезвычайно важнымъ наложеніе матрацныхъ швовъ на края раны; они безусловно обезпечиваютъ гемостазъ и кромѣ того предупреждаютъ отслойку брюшины отъ свода. 2) Изъ сращеній кровоточеніе можетъ быть только незначительное и до сего времени не наблюдалось ни одного случая сильного кровоточенія такого происхожденія.

Проф. *Poirier*<sup>495)</sup> своими изслѣдованіями выяснилъ, что большинство ложныхъ воспалительныхъ перепонокъ, соединяющихъ половые органы съ окружающими частями и стѣнками таза, не имѣютъ кровеносныхъ сосудовъ, онѣ состоятъ изъ лимфатической сѣти сосудовъ. Кровоточеніе, слѣдовательно, въ данномъ случаѣ можетъ появиться только при неосторожномъ сдираніи брюшинной оболочки. Такимъ образомъ необходимо, чтобы избѣжать кровоточенія изъ этого источника, сохранять отмѣченную осторожность. 3) Изъ культи кровоточеніе можетъ быть сейчасъ же во время операциіи и послѣдовательно.

Этотъ пунктъ составляетъ одинъ изъ серьезныхъ моментовъ операциіи и необходимо держаться слѣдующаго правила—по наложеніи двойной лигатуры слѣдуетъ предосторожности ради накладывать и общую, затягивать очень туго и никогда не слѣдуетъ сейчасъ же отрѣзать нить, а переходить къ осмотру слѣдующей стороны и только предъ зашиваніемъ свода обрѣзать, осмотрѣвъ еще разъ культи; рѣзать слѣдуетъ на извѣстномъ разстояніи отъ узла, а также и удаленіе пораженныхъ

<sup>494)</sup> *Wendeler*.—*Berlin. klin. Wochenschrift* 1896, S. 11.

<sup>495)</sup> *Paul Poirier*.—l. c.

частей слѣдуетъ производить такъ, чтобы культа образовались достаточная. Перевязку сосуда слѣдуетъ всегда дѣлать, низведя предварительно ножку *ad oculos*.

Лигатура накладывается легко въ строго показанныхъ для этой операциіи случаяхъ. Если опухоль невелика, покрыта сращеніями, то при чревосѣченіи лигатуру наложить труднѣе, такъ какъ при этихъ условіяхъ ножку труднѣе вытянуть вверхъ, чѣмъ внизъ къ влагалищу вслѣдствіе низкаго положенія опухоли въ маломъ тазу. Тампонациія же полости во время чревосѣченія составляетъ чрезвычайно непріятное осложненіе въ смыслѣ послѣдующаго заживленія, хотя иногда *volens-nolens* приходится прибѣгать и къ этой мѣрѣ. Противники влагалищнаго способа говорять, что при чревосѣченіи можно увеличить разрѣзъ и тѣмъ дать себѣ просторъ, но величина разрѣза при чревосѣченіи нисколько не облегчаетъ видѣть лучше и наложить лигатуру, когда опухоль въ маломъ тазу и прирошена. Нужно замѣтить, что безнаказанно нельзя увеличивать и разрѣзъ въ брюшныхъ стѣнкахъ, такъ какъ вмѣстѣ съ этимъ растетъ и опасность образования грыжи *lineae alvae* въ будущемъ.

Кровотеченіе, если бы оно, дѣйствительно, представляло непреодолимыя трудности для остановки, составляло бы важный аргументъ противъ влагалищнаго метода, но какъ мы видимъ, дѣло въ этомъ отношеніи стоитъ не такъ плохо, даже и по сравненію съ чревосѣченіемъ. Слѣдуетъ, само собою разумѣется, соблюдать осторожность при этой операциіи въ пuerperальномъ періодѣ, гдѣ легкая разрываемость и ломкость матки, влагалища и связочнаго аппарата дѣлаютъ остановку кровотеченія въ высшей степени затруднительной, но сказанное, конечно, относится и къ чревосѣченію.

Къ осложненіямъ производства *colpot. anter.* относится также присутствіе старыхъ и плотныхъ сращеній въ Дугласовомъ пространствѣ. Именно, при *colpot. anter.* это осложненіе составляетъ болѣе серьезное значеніе, потому что здѣсь необходимо низводить во влагалище матку, чтобы получить доступъ къ пораженнымъ частямъ и въ этотъ-то моментъ операциіи матка, будучи фиксирована сзади, не поддается влечению пулевыхъ щипцовъ и травматизируется; приходится щипцы

съ одного мѣста переносить на другое, постепенно подвигаясь же дну матки. Кровотечение въ большинствѣ случаевъ не представляетъ ничего серьезнаго и тѣмъ болѣе, что эта раневая поверхность въ заключительномъ актѣ операциіи попадаетъ въ шовъ и тогда кровотеченіе и вообще раненіе не оставляетъ послѣдствій. Однако, раненіе можетъ идти только до извѣстной степени и *Martin* въ 4 случаяхъ долженъ быть удалить совсѣмъ часть пораженнаго дна матки. Въ такихъ случаяхъ, конечно, приходится наложить отдельно швы на раневую поверхность.

Затѣмъ при выведеніи матки во влагалище мы можемъ натолкнуться на непреодолимыя сращенія съ сальникомъ, кишками; въ большинствѣ же случаевъ, отдѣляя ихъ осторожно пальцемъ, держась какъ можно ближе къ маткѣ, или ножницами послѣ предварительного наложенія лигатуры, удается низвести матку и здѣсь опять кровотеченіе изъ раневой поверхности, будучи паренхиматознымъ, не представляетъ угрожающихъ явлений и скоро останавливается.

Самое серьезное осложненіе встрѣчаемъ въ то время, если Фаллопіевы трубы и ретенціонныя кисты, подлежащія удалению, спаяны такими плотными сращеніями, что отдѣленіе ихъ представляетъ непреодолимыя препятствія и энергичная дѣйствія не могутъ обойтись безъ значительного риска относительно нарушенія цѣлостности органовъ. Если рискъ, дѣйствительно представляется значительнымъ, то *A. Martin*<sup>496)</sup> и проф. *Славянскій*<sup>497)</sup> рекомендуютъ не отдѣлять совсѣмъ сращенія, а перейти къ удаленію всей матки съ послѣдовательнымъ дренажемъ брюшной полости, Дугласова пространства и вскрытыхъ тамъ полостей *sactosalpinx'a*, особенно если онъ гнойный (*salpingoëctomia partialis per hysterectomiam vaginalalem*). Изъ приведенныхъ нами 20 случаевъ встрѣтился одинъ такой случай, гдѣ обширныя сращенія съ кишками, сальникомъ, кистовымъ мѣшкомъ и съ маткой, къ тому же еще увеличенной, лишили всякой возможности отдѣлить сра-

<sup>496)</sup> *Martin*.—„Die colpotomia anterior“.—*Monatschrift. f. Geb. und. Gyn.* 1895, Bd. 2, S. 118.

<sup>497)</sup> Пр. *Славянскій*.—Частная патологія и терапія Женск. болѣз. т. II, стр. 93.

щенія и экстериоровать мѣшокъ. Пришлось ограничиться ovariotomia partiale per. hysterectomiam vaginalem.

*Bumm*<sup>498)</sup>, удаляя большую кисту чрезъ задній сводъ, не могъ захватить кисту послѣ того, какъ сорвались щипцы и произошло поступление содержимаго въ брюшную полость, вынужденъ былъ перейти къ чревосѣченію, которое сея въ такихъ случаяхъ считаетъ вполнѣ показаннымъ.

*Döderlein*<sup>499)</sup> указываетъ, что ему также неоднократно приходилось удалять матку во время производства colpot. ant. исключительно съ тою цѣлью, чтобы создать себѣ лучшій доступъ къ придаткамъ и это обстоятельство, по его мнѣнію, составляетъ невыгоду указанного способа. Онъ располагаетъ болѣшимъ личнымъ матеріаломъ (съ 1 смертельный исходомъ) и на основаніи своего опыта отмѣчаетъ преимущество заднаго сѣченія, заключающееся въ простотѣ производства ея и отсутствіи тѣхъ осложненій, которыя онъ встрѣтилъ при производствѣ colpo-coeliotomiae anterioris.

Раненіе прямой кишки наблюдалось 1 разъ у *G. Thomas'a*, который оперировалъ безъ достаточно строгихъ показаний и кромѣ того разрѣзъ въ заднемъ сводѣ дѣлалъ сагиттальный, какъ *H. Byford*, и сразу разсѣкалъ всѣ ткани до брюшины. Такой образъ дѣйствій въ этомъ отношеніи представляется невыгоднымъ, такъ какъ у прочихъ операторовъ, которые производятъ послойно—поперечный разрѣзъ, ни разу не пришлось встрѣтить такого осложненія.

Выпаденіе петли кишечка въ разрѣзъ, какъ то наблюдалось у *Battey'я*, *Fehling'a* и др., составляетъ временную помѣху для производства операций, но не составляетъ осложненія; достаточно бываетъ одного вправленія стерилизованнымъ шарикомъ для того, чтобы удержать выпадающую кишку въ брюшной полости.

При colpo-coeliot. anter. у *Martin'a*<sup>500)</sup> встрѣтилось 3 раза раненіе пузыря, который былъ во всѣхъ случаяхъ зашить и послѣдовало заживленіе безъ всякихъ вліяній на функцію ор-

<sup>498)</sup> *Bumm* (Basel).—„Ueber Ovariotomie von der Vagina aus“. Centralbl. f. Gyn. 1896, Bd. 20, S. 313.

<sup>499)</sup> *Döderlein*.—Centralbl. f. Gyn. 1897, № 25, S. 810.

<sup>500)</sup> *Wendeler*.—Berlin. klin. Wochenschrift. 1896, S. 11.

тана. На XII международномъ Съездѣ врачей въ Москвѣ *Martin*<sup>501)</sup> упоминаетъ о новыхъ 2 раненіяхъ пузыря, которые, по видимому, не оставили также никакихъ слѣдовъ въ послѣдствіи, такъ какъ *Martin* не сдѣлалъ никакого указанія о дальнѣйшей судьбѣ оперированныхъ.

Соединительная ткань между мочевымъ пузыремъ и шейкой матки въ нормальномъ состояніи обыкновенно представляется весьма рыхлой и только на мѣстѣ прикрепленія влагалища къ этой послѣдней она является болѣе плотною. Въ патологическихъ же случаяхъ, послѣ бывшихъ воспалительныхъ процессовъ соединительная ткань представляетъ мѣстныя уплотненія; въ этихъ то именно случаяхъ обыкновенно бываетъ недостаточно сепаровки пальцемъ, а приходится отдѣлять пузырь ножницами и при такихъ условіяхъ, разумѣется, не смотря на всѣ предосторожности, возможно раненіе пузыря. Къ счастью эти случаи были очень рѣдки и пораненіе пузыря, какъ упомянуто выше, не составляетъ ничего грозного, а обыкновенно хорошо заживаетъ послѣ наложенія двухэтажнаго шва. Нужно замѣтить, что изъ 4 смертныхъ случаевъ, наблюдавшихся у *Martin'a*<sup>502)</sup>, въ одномъ—смерть послѣдовала отъ *ileus'a* при большихъ кишечныхъ сращеніяхъ.

Такимъ образомъ *ovario-salpingoëctomia per vaginam* раздѣляетъ всѣ выгоды и преимущества съ *hysterect. vagin.* по сравненію съ чревосѣченіемъ; результаты же здѣсь получаются значительно выше, чѣмъ это мы видѣли при сравненіи *hysterect. vagin.* съ чревосѣченіемъ; смертность здѣсь бываетъ какъ исключеніе отъ непредвиденныхъ случайностей или грубыхъ погрѣшностей въ асептической обстановкѣ (америк. хир.).

Невыгоды же хотя и являются общими съ гистеректоміей, но онѣ ничтожны сравнительно съ тѣми, которыя мы видѣли при послѣдней. Да и понятно, тамъ приходится оперировать, когда матка совсѣмъ неподвижна, спаяна, окружена рубцами, пораженіе уже далеко распространилось на сосѣднія части и подготовило ихъ къ раненіямъ и разрывамъ.

<sup>501)</sup> *Martin*.—XII Международный Съездѣ врачей въ Москвѣ. „Врачъ“ 1897 г. № 35, стр. 983.

<sup>502)</sup> *Martin*.—XII Международный Съездѣ врачей въ Москвѣ.—„Врачъ“ 1897 г. № 35, стр. 982—983.

Здесь операция идет при совершенно иных условиях и если бы мы захотели повторить преимущества влагалищного пути предъяческим, в частности влагалищной овариотомии, то они должны быть формулированы следующим образом: 1) исключается возможность образования рубца на животе и последующее происхождение грыжи брюшной линии; 2) послебольничное течение идет гладко, гораздо скорее и вообще больные представляются не столь тяжелыми, какъ послѣ чревоскученія; при выпискѣ онъ сейчасъ же могутъ приняться за работу и не требуютъ никакого дальнѣйшаго за ними ухода и попеченія; 2) требуется меньше опытныхъ помощниковъ и болѣе простая обстановка во время операции. Львовъ<sup>503)</sup>, описывая свои первые 9 случаевъ, говоритъ, что онъ «не потерялъ ни одной больной, хотя оперировалъ при такой обстановкѣ въ большинствѣ случаевъ, при которой не рѣшился бы дѣлать чревоскученія»; 4) Влагалищная овариотомия сопряжена съ меньшей травмой, чѣмъ и обусловливается болѣе быстрое поправленіе и заживленіе; 5) производство самой операции значительно легче и проще по сравненію съ чревоскученіемъ въ строгого показанныхъ для нея случаевъ; 6) безусловно безопаснѣе для жизни оперируемой. Это послѣднѣе обстоятельство и болѣе благопріятное течение въ особенности говорятъ за эту операцию, такъ какъ многія изъ тѣхъ больныхъ, которыхъ перенесли благополучно эту операцию, должны были бы подвергнуться чревоскученію, которое едва-ли обошлось бы во всѣхъ случаяхъ безъ тяжелыхъ разстройствъ и смертельныхъ исходовъ.

Что касается до отдаленныхъ результатовъ, которые дала эта операция, то мы можемъ указать пока только на цифры, приведенные Martinомъ<sup>504)</sup> на XII Международномъ Съездѣ врачей въ Москвѣ. Среди своего многочисленного материала въ этомъ отношеніи Martin могъ наблюдать только 262 оперированныхъ до конца 1896 г. По его заключенію, операция въ 67% дала полное излѣченіе, въ 27% послѣдствиемъ ея было значительное улучшеніе и лишь въ 6% наступилъ возвратъ воспаленія брюшины. Приводя эти цифры, докладчикъ

<sup>503)</sup> Львовъ.—„Врачъ“ 1892 г. № 11, стр. 254—255.

<sup>504)</sup> Martin.—XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ 1897 г. «Врачъ» № 35, стр. 983.

имѣль въ виду указать главнымъ образомъ на результаты много разъ примѣненной имъ операциіи при воспаленіяхъ брюшины.

### *Показанія*

На основаніи предшествующихъ разсужденій этотъ методъ слѣдуетъ привѣтствовать, какъ безопасный при лѣченіи тяжелыхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ, дающій возможность дѣйствовать вполнѣ консервативно и представляющій собой, такимъ образомъ, преимущество, къ которому должна стремиться современная гинекологія. *Лъвовъ*<sup>505)</sup> отмѣчалъ время своихъ операций и оказалось, что для большинства потребовалось не болѣе 3—5 минутъ. Чревосѣченіе, конечно, при нѣкоторыхъ условіяхъ производится также очень быстро, но именно въ тѣхъ случаяхъ, где существуютъ точные показанія для кольпотоміи, чревосѣченіе труднѣе, требуетъ больше времени и часто является совершенно невыполнимымъ. Именно, при сращеніяхъ въ маломъ тазу, когда чревосѣченіе является до чрезвычайности труднымъ, кольпотомія несравненно легче, такъ какъ нижняя сращенія рыхлѣе, а верхнихъ не приходится трогать, по справедливому замѣчанію *Лъвова*. Воспаленіе широкихъ связокъ быстро вызываетъ сращенія листковъ брюшины или съ боковой, или съ задней стѣнкой таза. Въ началѣ они рыхлы, говорить тотъ же авторъ, а затѣмъ при повторныхъ воспаленіяхъ они дѣлаются плотнѣе и больше; къ нижнимъ, болѣе слабымъ, прибавляются такимъ образомъ сверху новыя, болѣе широкія и болѣе плотныя, окружающія собою трубы и яичники. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни присоединяются все новые и новые наслоенія. Въ приведенномъ обстоятельствѣ и заключается главная причина болѣе легкаго производства отдѣленія сращеній. Дѣлая при этомъ довольно широкій разрѣзъ, поле получается достаточное и все видимо глазомъ, при чревосѣченіи же въ данномъ случаѣ приходится работать безъ контроля зреянія. Кромѣ сказанного слѣдуетъ указать, что пораженные части лежать близко и

<sup>505)</sup> *Тепловъ*.—„Объ удаленіи придатковъ матки и ихъ новообразованій чрезъ задній сводъ“ (*colpot. post.*).—„Врачъ“ 1894 г., № 47, стр. 1287—1288.

вполнѣ достижимы для пальцевъ и инструментовъ. При подвижной опухоли ее всегда можно удержать при помощи наружнаго давленія и низвести къ линіи разрѣза. Отсюда исходятъ главныя условія и общія показанія для влагалищной овариотоміи. Другими словами опухоли придатковъ, лежащія въ маломъ тазу и будучи трудно достижимы при чревосѣченіи, показываютъ влагалищный методъ.

Много лѣтъ тому назадъ, подмѣтивъ это обстоятельство, д-ръ *Savage*<sup>506)</sup> имѣлъ справедливое и законное основаніе сказать «*dans aucun des cas, oÙ l'extirpation par la voie abdominale est impossible on n'échouerait, j'en suis certain, par la voie vaginale*» и *J. Greig Smith*<sup>507)</sup> на томъ же основаніи предпочтѣль влагалищный путь, опредѣливъ при изслѣдованіи, что яичникъ находится низко въ маломъ тазу и окружено сращеніями, боясь, что при такихъ условіяхъ coeliotomia окажется невыполнимой.

На первыхъ порахъ, какъ известно, строгихъ и даже сколько нибудь опредѣленныхъ показаній, кроме приведеннаго, къ этой операциіи не существовало. На этомъ основаніи *G. Thomas*<sup>508)</sup>, *Battey*<sup>509)</sup>, *Clifton Wing*<sup>510)</sup>, *Greig Smith*<sup>511)</sup>, *Bouilly*<sup>512)</sup>, *Picqué*<sup>513)</sup> и пр. и наконецъ *H. Byford*<sup>514)</sup> ограничивались исключительно небольшими опухолями, а послѣдній кромѣ того для своихъ операций выбиралъ фиксированные яичники въ Дугласовомъ пространствѣ. *Лъвовъ*<sup>515)</sup> первый установилъ опредѣленные показанія, значительно расширивъ рамки для ея производства.

До 1892 года всѣ показанія сводились къ слѣдующимъ 4 группамъ: 1) опущеніе яичника; 2) небольшія кисты, находящіяся въ маломъ тазу; 3) небольшіе сальпинго-оофориты и сальпингиты и 4) самымъ подходящимъ показаніемъ въ то время была «нормальная овариотомія *Battey*'я».

<sup>506)</sup> *Bonnecase*,—Thèse de Paris—p. 27.

<sup>507)</sup> I. c.

<sup>508)</sup> *G. Thomas*:—I. c.

<sup>509)</sup> *Battey*.—I. c.

<sup>510)</sup> *Clifton Wing*.—I. c.

<sup>511)</sup> I. c.

<sup>512)</sup> *Bouilly*.—I. c.

<sup>513)</sup> I. c.

<sup>514)</sup> *H. Byford*.—The Americ. Journ. of Obst. 1888. p. 337.

<sup>515)</sup> *Лъвовъ*.—I. c.

Оваріотомія въ полномъ смыслѣ этого слова стала производиться только въ новѣйшее время. Опухоли, сравнительно большой величины, удалялъ *Львовъ, Mackenrodt*, затѣмъ *Витт, Schauta*; изъ приведенныхъ нами 20 случаевъ многіе относятся также къ числу очень большихъ опухолей и такимъ образомъ мы видимъ въ числѣ упомянутыхъ кисты, превышавшія величиною голову, доходившія даже до той величины, когда опухоль выполняла всю брюшную полость, причемъ содержимое равнялось 10—15 литрамъ. Слѣдовательно, величина опухоли можетъ быть очень значительна, но, правда, показанія должны быть точно выяснены относительно ихъ подвижности въ случаѣ значительного ихъ объема. Онъ должны быть подвижны, не сращены ни съ брюшными покровами, ни съ кишками. Нужно допустить, конечно, что небольшія сращенія не распознаются и легко замѣчаются при вытягиваніи мѣшковъ, но собственно сращенія, состоящія изъ такихъ длинныхъ тяжей, не могутъ и служить противопоказаніемъ для влагалищной ovariotomii; кишка въ такомъ случаѣ совершенно свободно можетъ быть выведена наружу *ad oculos* и сращенія безъ труда будутъ удалены тупымъ путемъ или ножницами послѣ предварительной перевязки, смотря по обстоятельствамъ и плотности сращеній въ каждомъ случаѣ. Только обширныя и плотныя сращенія вокругъ такихъ спухолей безусловно противопоказываютъ операцию.—Но и изъ этого послѣдняго правила составляютъ исключеніе интралигаментарная кисты, которая вростаютъ глубоко въ тазъ и легко дѣлаются достичимыми со стороны влагалища. *Schauta*<sup>516)</sup> удалялъ громадныя кисты.

Главнымъ условіемъ, слѣдовательно, является точность диагностики.

Если при малыхъ и среднихъ опухоляхъ по величинѣ подвижность опредѣляется сравнительно легко, то при опухоляхъ большей величины *Shauta* рекомендуется пользоваться наклонной плоскостью подъ наркозомъ, чтобы опредѣлить подвижность ихъ.

При этомъ необходимо всякий разъ обращать вниманіе и на положеніе матки; если опухоль по закону *Freund'a* помѣ-

<sup>516)</sup> *Schauta*.—*Wiener med. Wochenschrift*—1897. S. 1.

стилась спереди отъ матки, то это указываетъ во всякомъ случаѣ на бывшую подвижность опухоли и наоборотъ. Злокачественная опухоль, если она не можетъ быть удалена цѣликомъ, а чревосѣченіе даетъ полную надежду на то, естественно будетъ являться противопоказаніемъ для влагалищного сѣченія.

Чтобы высказаться болѣе точно относительно показаній и относительно примѣненія въ каждомъ данномъ случаѣ того или другого влагалищного способа, необходимо обратиться къ разсмотрѣнію анатомическихъ отношеній органовъ и техники производства colpo-coeliotomiae anterioris et posterioris. Каждый изъ этихъ способовъ ни въ какомъ случаѣ не исключаетъ другого, такъ какъ они имѣютъ специальные свои особенности, соответственно которымъ и показанія должны быть различны. Кромѣ того разнообразіе методовъ, вырабатываемыхъ въ одномъ и томъ же направленіи, дѣлаетъ болѣе плодотворною дѣятельность врача, могущаго примѣнить разнообразные способы лѣченія и индивидуализировать ихъ смотря по случаю.

Задняя кольпотомія отличается большою простотою и безопасностью при производствѣ операциі—при ней достаточно простого разрѣза влагалища и Дугласова пространства для вскрытия перитонеальной полости, между тѣмъ какъ при передней кольпотоміи требуется отдѣленіе пузыря и освобожденіе plicaes-vesico uterinae. Преимущество заключается также и въ томъ, что въ первомъ случаѣ мы встрѣчаемъ прямо придатки, а при второй мы попадаемъ на матку и необходимо ее низвести прежде чѣмъ достигнуть пораженныхъ придатковъ. Большое преимущество задней кольпотоміи *Mackenrodt*<sup>517)</sup> видить въ томъ, что при отдѣленіи сращеній удобно дѣйствовать бимануально, что облегчаетъ работу и ему удавалось легко отдѣлять сращенія, доходящія до пупка. Разрушивъ же сращенія, легко низвести опухоль во влагалище и неѣть надобности въ низведеніи матки; если бы ножка оказалась короткою, то временно можно наложить зажимъ, между тѣмъ при передней кольпотоміи дѣйствовать обѣими руками неудобно и совсѣмъ нельзя пользоваться зажимами.

<sup>517)</sup> *Mackenrodt*.—Berl. klin. Wochens. 1896, S. 237 u Zeitschrift. f. Geb und Gyn. 1896, Bd. 34, H. 2, S. 348.

Однимъ изъ самыхъ существенныхъ преимуществъ является и то, что заднее Дугласово пространство занимаетъ самую нижайшую точку брюшной полости и если бы потребовался дренажъ, то его всегда легко и удобно сдѣлать самымъ совершеннымъ образомъ, а если нужно закрыть рану, то требуется всего нѣсколько швовъ, между тѣмъ въ заключительномъ актѣ colpot. anter. требуется *vaginofixatio*, сопряженная съ большими хлопотами и требующая большой потери времени; дренажъ нельзя сдѣлать по этой причинѣ, да и кромѣ того путь проходитъ по рыхлой околопузырной клѣтчаткѣ, что при пункции опухоли и въ случаѣ гнояного истечения является дѣломъ далеко не безразличнымъ. На основаніи всего этого *Mackenrodt*<sup>518)</sup>, съ которымъ нельзя не согласиться, вопреки мнѣнію *Wertheim'a*<sup>519)</sup> считаетъ путь чрезъ Дугласово пространство болѣе короткимъ къ придаткамъ, чѣмъ чрезъ передній сводъ, гдѣ предварительно требуется отсепаровка пузыря и матки. Разрывъ и пункция во время операциіи *per colpot. poster.* не вызываетъ тяжелыхъ послѣдствій, ибо гной немедленно стекаетъ и по окончаніи операциіи имѣютъ дѣло съ лѣченiemъ открытаго мѣста. Это имѣетъ серьезное значеніе для предсказанія и дальнѣйшаго ухода за оперируемой и даетъ возможность обоимъ авторамъ смѣло относить въ область показаній къ этой операциіи независимо отъ гнояныхъ опухолей также и остряя нагноенія, гноиники яичниковъ и трубъ, противъ которыхъ другіе способы считаются мало раціональными и очень опасными (всѣ выздоровѣли безъ осложненій). *Gottschalk*<sup>520)</sup> раздѣляетъ тотъ же почти взглядъ и находитъ болѣе удобнымъ для удаленія опухолей и пораженныхъ придатковъ путь чрезъ задній сводъ, такъ какъ нельзя не согласиться, что послѣдній 1) болѣе соотвѣтствуетъ естественному расположению придатковъ; 2) при производствѣ colpot. anter. до тѣхъ поръ, пока сращенія не будутъ отдѣлены и не будетъ низведена внизъ матка, приходится дѣйствовать безъ контроля зреенія, 1—2 пальцами. Для того же чтобы низвести матку, приходится ее очень сильно тянуть, что не всегда можетъ обойтись

<sup>518)</sup> *Mackenrodt.* — I. c.

<sup>519)</sup> *Wertheim.* — *Wien klin. Wochenschrift.* 1897, № 6, S. 140.

<sup>520)</sup> *Berlin. klin. Wochenschrift.* 1894, № 30, S. 700.

благополучно. Действительно осложнения и затруднения встрѣчились до сего времени въ этомъ именно пунктѣ. Нельзя не отметить еще одного невыгодного обстоятельства—если и легко удается низвести матку при нормальной ея величинѣ, это дѣлается очень труднымъ въ случаѣ ея увеличенія до кулака и больше; удалять же матку для того только, чтобы создать себѣ доступъ, сдѣлать болѣе свободнымъ операционное поле, разумѣется, составляетъ уже отрицательную сторону для метода, а для хирурга—большое огорченіе.

Большинство опухолей къ тому же сидятъ сзади матки, такъ что, вскрывъ Дугласъ, ихъ сейчасъ же можно достать. Одинъ *Mackenrodt* такимъ образомъ удалилъ значительное количество опухолей большой величины по поводу самыхъ разнообразныхъ страданій, потерявъ одну больную.

Говоря въ частностяхъ о сращеніяхъ и удаленіи мѣшковъ при трубной беременности, *Mackenrodt* выставляетъ на видъ то преимущество, что послѣ вскрытия Дугласа помощью бимануального изслѣдованія имѣется полная возможность разрушить сращенія, если бы даже они заходили и выше пупка, потому что они рыхлы и слабы и легко поддаются пальцу.—Однаково ясно выступаетъ это преимущество и тамъ, где дѣло идетъ о разъединеніи периметритическихъ сращеній и обѣ отдѣленіи кистовыхъ и даже гнойныхъ опухолей.

Другія отношенія выступаютъ при операціяхъ на самой маткѣ, или когда требуется низвести матку во влагалище, то здѣсь разница является безусловно въ пользу передняго способа. Дѣло въ томъ, что если совершается выведеніе матки чрезъ передній сводъ, то при этомъ дно матки должно описать сравнительно небольшую дугу круга, т. е., при этомъ, иначе говоря, происходитъ усиленная существующая *anteversio-flexio*. Если же мы захотѣли бы то же самое продѣлать съ маткой, пользуясь разрѣзомъ въ заднемъ сводѣ, то для этого дно матки должно будетъ описать дугу приблизительно въ  $\frac{3}{4}$  круга, при этомъ она должна приходить въ состояніе крайней степени *retroflexio* и *retroversio* и *lig. infundibulo-pelvica* должна приходить въ состояніе крайняго натяженія, а *lig. lat.* кромѣ того должны будутъ подвергаться перекручиванію. Такимъ образомъ болѣе естественнымъ и отвѣчающимъ механизму

движения матки является въ данномъ случаѣ передній сводъ сравнительно съ разрѣзомъ въ заднемъ сводѣ.

Намъ извѣстно, что примѣненіе этого послѣдняго способа для вырѣзыванія міомъ задней стѣнки матки не составляетъ новости. *A. Martin*<sup>521)</sup> примѣнялъ его систематически уже 15 лѣтъ назадъ. Но совершенно новымъ является разрѣз задней стѣнки матки по срединной линіи послѣ вскрытия Дугласа. Такой путь, предложенный *Mackenrodt'omъ*, едва ли является болѣе удобнымъ и безопаснымъ сравнительно съ удалениемъ міомъ чрезъ передній сводъ, какъ то много разъ сдѣлано *Martin'омъ*<sup>522)</sup>.

*Лъвовъ*<sup>523)</sup> описываетъ 2 случая удаленія межуточныхъ міомъ матки чрезъ влагалище съ хорошимъ исходомъ, но такие случаи, по рѣдкости своей, не могутъ быть подведены подъ какое-либо правило. Надо надѣяться, что въ будущемъ и здѣсь показанія будутъ значительно расширены въ виду тѣхъ хорошихъ результатовъ, которые до сего времени получались вообще при влагалищныхъ операціяхъ.

*Dührssen* и *Martin*<sup>524)</sup> въ настоящее время сдѣлали уже, какъ мы видѣли, очень много такихъ операцій *per colpot. anter.* съ прекраснымъ результатомъ при самыхъ разнообразныхъ показаніяхъ—при фибромахъ средней величины, *retrovagin. mobilis*, при перитонеальныхъ сращеніяхъ, если даже они распространяются во всѣ стороны матки, при выпаденіяхъ матки, резецируя часть передней стѣнки влагалища, чтобы ей вернуть настоящую длину и фиксируя матку къ передней стѣнкѣ влагалища.

Операція эта, однако, будучи показана при сращеніяхъ вокругъ трубъ и яичниковъ вообще, противопоказуется, когда эти сращенія придатковъ исключительно локализуются въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ и представляются обширными и плотными.

При удаленіи яичниковыхъ кистъ, послужившихъ много разъ показаніемъ для операціи, *Martin* обычно поступалъ

<sup>521)</sup> *Mackenrodt.*—I. c.

<sup>522)</sup> *Wendeler.*—*Berlin. klin. Wochenschrift.*—1896, S. 11.

<sup>523)</sup> *Лъвовъ.*—„Къ учению о вылущеніи (enucleatio) большихъ межуточныхъ міомъ матки чрезъ влагалище“—“Врачъ“ 1897 г., № 23 стр. 647.

<sup>524)</sup> *Dührssen* и *Martin*. XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ 1897 г.—I. c.

консервативно и здѣсь, резецируя иногда только часть яичниковъ, которые казались ему больными; при хроническихъ сальпингитахъ, hydrosalpinx и haematosalpinx онъ не всегда удалялъ органы, такъ въ 8 случаяхъ hydrosalpinx'а онъ ограничился вскрытиемъ трубы и пришиваніемъ слизистой оболочки къ влагалищной ранѣ.

Нѣсколько разъ онъ удалилъ беременные трубы, какъ это сдѣлалъ Dührssen<sup>525)</sup> и Kossmann<sup>526)</sup>.

Такъ какъ colpo-coeliotomia ant. заканчивается вагинофиксацией, то нѣкоторые авторы, какъ Mackenrodt и въ особенности Pagny, указываютъ на это обстоятельство, какъ на крупный недостатокъ способа и Pagny<sup>527)</sup> думаетъ, что эту операцию слѣдовало бы оставить только для тѣхъ случаевъ, гдѣ наступаетъ менопауза или производится удаление обоихъ яичниковъ.

Разумѣется, нельзя согласиться съ такимъ приговоромъ, но тѣмъ не менѣе необходимо отмѣтить, что, дѣйствительно, въ настоящее время известно уже достаточное число случаевъ, гдѣ наблюдались выкидыши и неблагополучные роды послѣ вагинофиксации и даже разрывы матки, о чёмъ свидѣтельствуютъ Strassmann<sup>528)</sup>, Graefe<sup>529)</sup>, Wilhelm Rühl<sup>530)</sup>.

Во всѣхъ случаяхъ явленія такъ похожи одно на другое, что Pagny<sup>531)</sup> выразился, что они являются какъ-бы списанными. У всѣхъ оперированныхъ замѣчается ненормальное развитіе матки во время беременности, недостатокъ параллелизма между развитиемъ передней стѣнки, иммобилизированной своимъ сращеніемъ съ влагалищемъ и задней, которая, будучи свободной, достаточно увеличивается сама по себѣ по отношенію къ общему объему матки. Отсюда происходит утонченіе верхне-задней части матки. Шейка утрачиваетъ свое нормальное положеніе и всѣ вышеупомянутые авторы отмѣ чаютъ ее очень высоко надъ lin. innominata.

<sup>525)</sup> Dührssen.—I. c.

<sup>526)</sup> Kossmann.—I. c.

<sup>527)</sup> Pagny.—„La colpotomie anterieure“.—Ann. de Gyn. et d'Obst., 1896, t. 45, p. 436—452.

<sup>528)</sup> Strassmann.—Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 23, H. I, S. 24, цит. по Pagny.

<sup>529)</sup> Graefe.—Monatschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 2, H. VI, цит. по Pagny.

<sup>530)</sup> Wilh. Rühl.—Centralbl. f. Gyn., 1896, № 6, цит. по Pagny.

<sup>531)</sup> Pagny.—I. c.

Другая невыгодная сторона заключается въ регидности передней полуокружности шейки, которая мѣшаетъ расширению. Это регидное полукольцо есть главное препятствіе во время родовъ и это же служило причиной маточныхъ разрывовъ, которые могутъ происходить въ задней значительно утонченной стѣнкѣ или въ области передней стѣнки, которая обыкновенно покрываетъ головную часть плода (*Pagny*) <sup>532)</sup>.

*Strassmann* <sup>533)</sup> же въ Германскомъ гинекологическомъ обществѣ 25 октября 1895 года указываетъ на частые выкидыши послѣ вагинофиксациіи и они, по всей вѣроятности, происходятъ отъ натяженія влагалищно-маточного сращенія. Поэтому *Martin* и *Dührssen* <sup>534)</sup> настаиваютъ на нѣкоторыхъ особыхъ способахъ, которые могли бы гарантировать отъ указаныхъ невыгодныхъ послѣдствій. *Martin* рекомендуетъ дѣлать разрѣзъ длиннѣе и начинать его ближе къ уретральному отверстію; швы же накладывать ниже дна матки на 2 сент., чтобы матка лежала только отчасти на своей передней сторонѣ и для зашиванія пользоваться кэтгутомъ.

Въ данномъ случаѣ центръ тяжести разбираемаго вопроса заключается не въ томъ, насколько пригоденъ этотъ способъ сравнительно съ другими при хирургическомъ лѣченіи перегнутой и отклоненной назадъ матки, а въ происходящемъ измѣненіи въ положеніи матки послѣ операциіи и пристекающихъ отсюда послѣдствій. При задней кольпотоміи матка остается въ томъ положеніи, которое она сама приметь самопроизвольно послѣ удаленія опухоли; при передней кольпотоміи она укрѣпляется болѣе или менѣе неподвижно. Но чтобы выяснить это обстоятельство необходимо тѣмъ не менѣе обратиться къ оцѣнкѣ вагинофиксациіи, какъ хирургического спосѣба для исправленія неправильнаго положенія матки. Въ этомъ отношеніи, не вдаваясь въ подробное разсмотрѣніе литературныхъ источниковъ, я ограничусь указаніемъ на тѣ выводы и заключенія, къ которымъ пришли гинекологи на Женевскомъ Съездѣ при специальномъ разборѣ этого вопроса.

<sup>532)</sup> *Pagny*.—I. c.

<sup>533)</sup> *Ibid.*

<sup>534)</sup> *Dührssen*.—*Zeitschrift. f. Geb. und Gyn.*, 1896, Bd. 39, S. 152 и *Pagny*.—I. c.

На Женевскомъ Съездѣ вопросъ о хирургическомъ лѣченіи запрокинутой назадъ матки подвергался подробному обсужденію въ томъ числѣ, разумѣется, и вагинофиксациѣ, какъ одинъ изъ распространенныхъ способовъ въ послѣднее время при такого рода страданіи матки. Репутація ея съ точки зрењія многихъ, помимо уже приведенныхъ, не считается безукоризненной и въ смыслѣ ея значенія, какъ лѣчебнаго способа и ея послѣдствій, которыя она влечетъ за собой во время беременности и родовъ. Первый докладчикъ, prof. Küstner<sup>535)</sup>, въ своемъ сообщеніи, положимъ, заявилъ, что ни одна изъ операций, практикуемыхъ въ настоящее время при лѣченіи искривленій матки назадъ или ея наклоненій, не даетъ вполнѣ нормального ей положенія, но тѣмъ не менѣе то положеніе ея, которое она принимаетъ послѣ операции, нужно предпочесть ея искривленію назадъ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ она дѣлается подвижной и становится въ болѣе естественное положеніе къ сосѣднимъ органамъ. Если матка подвижна и не связана плотными сращеніями, то онъ и не рекомендуется пока обращаться къ оперативной помощи. Если же сращенія стойки и многочисленны, то необходимо открыть брюшную полость, чтобы ихъ отдѣлить; при возможности сдѣлать это per colpo-coeliotiam, онъ отдаетъ предпочтеніе чревосѣченію. Ventrofixatio, vesicofixatio и операція Alexander'a исправляютъ неправильное положеніе матки болѣе или менѣе стойко и дѣлаютъ функцию матки нормальной или почти нормальной. Относительно же вагинофиксациї онъ говоритъ, что она мало достигаетъ цѣли и кромѣ того не рекомендуется ее дѣлать у женщинъ, способныхъ къ дѣторожденію. При подвижной маткѣ считаетъ лучшимъ способомъ—операцию Alexander'a; такъ какъ выпаденіе матки является обыкновенно послѣдствиемъ отклоненія матки назадъ, то въ данномъ случаѣ онъ рекомендуется пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ съ послѣдующей колпороафіей, чтобы предупредить выпаденіе влагалища.

Второй докладчикъ Polk<sup>536)</sup> высказывается не менѣе определенно относительно вагинофиксациї, говоря вообще, что

<sup>535)</sup> Pr. Küstner.—Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst. 1896, (Genève) Bull. méd., 1896, p. 857.

<sup>536)</sup> Polk.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève) 1896. Bull. méd. 1896, p. 859.

наклоненіе и искривленіе матки назадъ не должны быть лѣчими пришиваніемъ къ передней брюшной стѣнкѣ или влагалищу. Простыя наклоненія до наступленія климактерического периода слѣдуетъ лѣчить посредствомъ операциіи *Alexander'a*, которой должно предшествовать разрушение сращеній per coeliotomiam и наравнѣ съ этимъ ставить другіе способы—внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ или крестцово-маточныхъ чрезъ влагалище.

*A. Pozzi*<sup>537)</sup> вообще высказывается противъ оперативнаго лѣченія искривленія матки. Какъ при подвижной, такъ и не-подвижной маткѣ совѣтуетъ обращать вниманіе на причинное страданіе; иногда, по его мнѣнію, достаточно бываетъ лѣчить метритъ, разрывъ промежности, чтобы уничтожить болѣзnenные симптомы, а если матка безболѣзnenна и не вызываетъ вообще страданій, то и не требуется никакого лѣченія. Если матка не воспалена и придатки не поражены, то и фиксируванная матка часто не вызываетъ никакихъ болей. При страданіи придатковъ совѣтуетъ дѣлать чревосѣченіе и рѣдко ventrofixatio, при тяжеломъ пораженіи придатковъ—гистеректомію.

Во время дебатовъ по этому вопросу къ мнѣнію *Pozzi* вполнѣ присоединился *Chaleix - Vivie<sup>538)</sup>*, который также рекомендуетъ прежде всего причинное лечение и, по его мнѣнію, особенно важно устраниеніе эндометрита и метрита съ помощью выскабливанія, ампутаціи шейки и пр. и послѣдствія этихъ операций не менѣе важны при лѣченіи запрокинутой назадъ матки, чѣмъ фиксаціи матки и укороченія связокъ.

*Paul Petit*<sup>539)</sup> также остался на сторонѣ консервативнаго лѣченія ретроверсій помошью массажа, пессарievъ и пр. Всѣ фиксаціи матки онъ отвергаетъ кроме операциіи *Alexander'a* при извѣстныхъ показаніяхъ, которую онъ самъ произвелъ 20 разъ и остался очень доволенъ.

*Reynier*<sup>540)</sup> считаетъ причиною наклоненія матки назадъ разслабленіе связочнаго аппарата матки, въ особенности круг-

<sup>537)</sup> *Pozzi*.—Ibid. p. 859.

<sup>538)</sup> *Chaleix - Vivie*—ibid. p. 861.

<sup>539)</sup> *Paul Petit*.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève) 1896 Bull. méd. 1896, p. 861.

<sup>540)</sup> *Reynier*.—Ibid. p. 852.

лыхъ связокъ и levatoris ani и поэтому находить необходимымъ лѣчить причину, а все фиксациі отвергаетъ. При искривленіи матки назадъ, связанныхъ съ страданіемъ придатковъ и пораженіемъ тазовой брюшины считаетъ умѣстною ventrofixio, которую онъ сдѣлалъ 27 разъ съ успѣхомъ и въ исключительныхъ тяжелыхъ случаяхъ—влагалищную гистеректомію, къ которой прибѣгалъ по этому поводу только 4 раза.

*Jacobs*<sup>541)</sup> особенно рѣзко высказывается противъ увлеченія хирургическими способами лѣченія искривленія и наклоненія матки назадъ. Вагинофиксацио онъ считаетъ очень опасной операцией при наступленіи послѣдующей беременности.

Въ пользу вагинофиксациі высказался *Schwarz*<sup>542)</sup>; онъ пользовалъ такимъ образомъ 46 больныхъ, 34 изъ нихъ онъ наблюдалъ и въ 2-хъ случаяхъ констатировалъ рецидивъ, 3 родили благополучно и одна изъ нихъ—прежде временно. *Engström* (Гельсинфорсъ)<sup>543)</sup> высказался при извѣстныхъ показаніяхъ за ventrofixatio на основаніи личнаго матеріала—52 ventrofixat. безъ рецидивовъ. *Sabino Coehlo* (Лиссабонъ)<sup>544)</sup> отдаетъ предпочтеніе предъ другими способами вагинофиксациі по *Martin'y*. *Mangin*<sup>545)</sup> настаиваетъ вмѣстѣ съ нѣкоторыми другими на пришиваніи матки къ передней брюшной стѣнкѣ.

Я привелъ мнѣнія этихъ авторовъ исключительно для того, чтобы сказать, что на Женевскомъ Съездѣ большинство высказалось за операцио *Alexander'a*, нѣкоторые за ventrofixatio, а vaginofixatio, по мнѣнию нѣкоторыхъ, оказалась неудобо-примѣнимой у женщинъ въ періодѣ половой жизни, такъ какъ она представляетъ значительная опасности при беременности и родахъ.

*Dührssen*<sup>546)</sup> на XII Международномъ Съездѣ указалъ, что все высказанныя возраженія противъ вагинофиксациі онъ считаетъ лишенными основанія. На основаніи своего матеріала, очень значительного, онъ утверждаетъ, что операция даетъ прочные результаты, если вмѣсто кэтгута употреблять

<sup>541)</sup> *Jacobs*.—*Ibid.* p. 862.

<sup>542)</sup> *Schwarz*.—*Ibid.* p. 862.

<sup>543)</sup> *Engström*.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst, (Genève) 1896. Bull. m d. 1896, p. 861.

<sup>544)</sup> *Sabino Coehlo*.—*Ibid.*, p. 861.

<sup>545)</sup> *Mangin*.—*Ibid.* p. 860.

<sup>546)</sup> *Dührssen*.—XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ 1897 г.—I. с.

шель и никакихъ опасностей во время беременности и родовъ не представляеть. Онъ совѣтуетъ накладывать швы на серозную поверхности и закрывать отдѣльно брюшную полость.

Матка образуетъ при вагинофиксациіи болѣе или менѣе плотное сращеніе въ зависимости отъ того или другого видоизмѣненія и отъ этой большей или меньшей плотности и зависитъ судьба будущихъ родовъ.

*Martin*<sup>547)</sup> на XII Международномъ Съездѣ отмѣтилъ, что изъ всѣхъ оперированныхъ имъ по разнымъ причинамъ рег colpo-coeliotomiam anter., 18 больныхъ послѣ операциіи забеременѣли, причемъ у 9 роды наступили въ срокъ и прошли вполнѣ благополучно; изъ 4 родовъ, протекавшихъ предъ глазами докладчика, 2 были кончены поворотомъ и извлечениемъ плода, а другіе 2 окончились сами собой.

*Mackenrodt*<sup>548)</sup> самъ оставляетъ вагинофиксацию и пытается замѣнить ее везикофиксацией, т. е. шивать серозную поверхность пузыря съ таковою же поверхностью матки.

Такимъ образомъ изъ приведенныхъ мнѣній можно заключить, что вагинофиксация, когда она производится, какъ дополненіе при удаленіи придатковъ чрезъ разсѣченіе передняго свода, вносить собою недостатокъ въ операцию colpo-coeliotomiae anterioris и съ этой точки зрѣнія послѣдняя уступаетъ задней кольпотоміи—она дѣлаетъ болѣе или менѣе неподвижной матку и подвергаетъ больную въ послѣдующемъ извѣстному риску на счетъ возможности происхожденія тѣхъ или другихъ осложненій. Проф. *D. O. Ott* во всякомъ случаѣ считаетъ показанной colpo-coeliotomiam anter. при болѣзняхъ придатковъ въ томъ случаѣ, если существуетъ искривленіе матки назадъ и существуетъ, слѣдовательно, показаніе къ хирургическому вмѣшательству для исправленія неправильного положенія матки; вагинофиксация въ данномъ случаѣ является попутной операцией при удаленіи придатковъ матки при существующемъ искривленіи матки назадъ.

Проф. *D. O. Ott*, какъ я указалъ выше, матку не выводитъ во влагалище, а оставляетъ ее на мѣстѣ при произ-

<sup>547)</sup> *A. Martin*.—XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ 1897 г.—I. с.

<sup>548)</sup> *Mackenrodt* (Berlin).—„Die Vesicofixatio uteri“.—Centr.albl f. Gyn. 1897, № 21, S. 629.

водствъ всѣхъ манипуляцій на придаткахъ; это нововведеніе въ оперативную технику colpo-coeliotomiae ant. позволяетъ исключить упрекъ по отношенію къ этому способу, высказанный *Mackenrodt'омъ*<sup>549)</sup>, что пребываніе матки во влагалищѣ, во время производства операциі, въ теченіе  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа составляетъ небезразличное обстоятельство; оно составляетъ рискъ для больной и не можетъ не отразиться на послѣдующемъ теченіи, если матка возвращается въ брюшную полость при значительныхъ раненіяхъ, которыя всегда наносятся въ болѣшей или меньшей степени при производствѣ операциі.

*Wertheim*<sup>550)</sup> также говоритъ, что при операціяхъ на придаткахъ съ цѣлью отдѣленія сращеній и вообще обзора области широкихъ связокъ, можно не выводить матку во влагалище, и совѣтуетъ въ этомъ случаѣ отклонять ее въ сторону. При такомъ образѣ дѣйствій можетъ быть требуется большая техническая опытность, такъ какъ до нѣкоторой степени уменьшается просторъ, доступъ для глаза и проч., но онъ во всякомъ случаѣ позволяетъ избѣжать указанныхъ выше недостатковъ. *Wertheim* считаетъ задній сводъ также болѣе пригоднымъ для укороченія крестцово-маточныхъ связокъ по причинѣ близости положенія ихъ, за то предложенное тѣмъ же авторомъ укороченіе круглыхъ связокъ выполнимо только чрезъ разрѣзъ передняго свода.

Однако трудно согласиться съ дальнѣйшимъ положеніемъ *Wertheim'a*, который считаетъ болѣе удобнымъ передній способъ потому, что здѣсь по извлеченіи во влагалище матки вся задняя поверхность послѣдней, широкія связки и крестцово-маточные доступны глазу и что при болѣшихъ опухоляхъ здѣсь дѣйствовать гораздо удобнѣе именно по сказанной причинѣ. Значительныя сращенія, покрывающія заднюю поверхность матки при retroflexio-versio fixata легко могутъ быть будто бы удалены пальцемъ или инструментомъ, введенными за дно матки подъ контролемъ зреиня. Въ виду того, что периметритическая сращенія рѣдко локализуются въ excavatio vesico-uterinae, то при переднемъ разрѣзѣ мы попадемъ

<sup>549)</sup> *Mackenrodt*.—l. c.

<sup>550)</sup> *Wertheim*.—Wien. klin. Wochenschrift. 1897, № 6, S. 140.

на матку и по ней и по отходящимъ отъ нея трубамъ lig. ovarii progr. легче ориентироваться относительно сращений.

При удалении большихъ опухолей трубъ и яичниковъ, по мнѣнію Wertheim'a, легче перевязать ножку и это легко даже удается, когда крестцово-маточные связки врожденно или вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ укорочены.

Въ частности относительно удаленія беременныхъ трубъ слѣдуетъ сказать, что влагалищный способъ въ техническомъ отношеніи представляется значительно болѣе труднымъ, чѣмъ операциія съ вскрытиемъ брюшной полости сверху. Такъ какъ при этомъ часто приходится работать въ темнотѣ и притомъ на тканяхъ, очень богатыхъ кровеносными сосудами, то очень легко можетъ наступить въ глубинѣ значительное кровотеченіе, которое очень трудно остановить. Dührssen, оперируя въ такихъ случаяхъ чрезъ влагалище, всегда держитъ все на готовѣ для чревосѣченія<sup>551)</sup> и въ его рукахъ эта операциія представляется далеко нелегкой, поэтому едва-ли найдется много сторонниковъ этого способа.

Henrotay (Antwerpen)<sup>552)</sup> въ своемъ разсужденіи по поводу внѣматочной беременности и въ частности относительно случая Stouff's'a<sup>553)</sup> пришелъ къ слѣдующему заключенію: 1) Colpo-coeliotomia (anter.) можетъ замѣнить чревосѣченіе при удаленіи беременной трубы только въ томъ случаѣ, если она вполнѣ можетъ быть выполнена и кромѣ того будетъ произведена безъ дренажа; 2) влагалищную гистеректомію считаетъ показанной только при тяжелыхъ пораженіяхъ другой стороны и въ особенности при блennорройномъ заболѣваніи другой стороны.

Такимъ образомъ, при разсмотрѣніи мнѣній относительно показаний къ тому и другому способу, мы видимъ, что colpo-coeliotomia anter. находитъ себѣ примѣненіе главнымъ образомъ при операцияхъ на самой маткѣ; при операцияхъ же на придаткахъ она предпочтительна должна быть примѣняема при искривленіи и отклоненіи матки назадъ и при нахожденіи опу-

<sup>551)</sup> Веберъ.—Журн. Акуш. и Жен. бол., 1896, стр. 107.

<sup>552)</sup> Henrotay.—"Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft"—Centralbl. f. Gyn. 1897, № 29, S. 927.

<sup>553)</sup> Stouff's.—"Extra-uterin.—Schwangerschaft per vaginam operirt."—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 7, S. 201—202.

холей въ самой маткѣ, иначе говоря, показанія къ переднему разрѣзу при удаленіи придатковъ обусловливаются чисто побочными обстоятельствами.

На основаніи изложенного мы можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

*Colpo-coeliotomia posterior* показана въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) Воспаленіе яичниковъ и Фаллопиевыхъ трубъ съ образованіемъ трубно-яичниковыхъ опухолей при смѣщеніи ихъ въ заднее Дугласово пространство, гдѣ онѣ свободны или болѣе или менѣе сращены съ окружающими частями.

2) При сказанныхъ условіяхъ операциія показуется безразлично будеть-ли трубно-яичниковая опухоль на одной сторонѣ или на обѣихъ и будеть-ли содержимое ея серозное или гнойное.

3) Величина кистовой опухоли при названныхъ условіяхъ можетъ равняться дѣтской головкѣ.

4) Кистовые опухоли, выходящія изъ полости малаго таза, могутъ быть оперируемы этимъ путемъ, если чрезъ брюшные покровы нижній сегментъ ихъ можетъ быть смѣщенъ въ Дугласово пространство.

5) Кистовые опухоли при сказанныхъ условіяхъ могутъ быть оперируемы при величинѣ ихъ, достигающей по средней линіи пупка, если убѣдились при изслѣдованіи въ отсутствіи плотныхъ сращеній выше lin. innominatae съ сальникомъ и кишками.

6) Плотныи и злокачественные новообразованія могутъ быть удаляемы такимъ путемъ, когда величина ихъ позволяетъ надѣяться, что они могутъ быть извлечены цѣликомъ.

*Colpo-oeeliotomia anterior* находитъ себѣ показанія предпочтительно предъ *colpo-coeliotomia posteriore*:

1) При интерстиціальныхъ и субсерозныхъ опухоляхъ матки (fibromyoma).

2) При осложненіи трубно-яичниковыхъ опухолей искривленіемъ матки назадъ (retroflexio mobilis или fixata).

3) Необходимымъ условиемъ, допускающимъ производство *colpo-coeliotomiae anterioris*, является отсутствіе широкихъ и плотныхъ сращеній въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ.

### ГЛАВА III.

#### Пункція, разрѣзъ чрезъ влагалище и лѣченіе интралигамен- тарныхъ кистъ.

Влагалищная пункция и разрѣзъ являются древнѣйшими способами влагалищной овариотоміи; этотъ путь и такой способъ лѣченія казался прѣлесообразнымъ потому, что неоднократно наблюдалось излѣченіе и при самопроизвольномъ разрывѣ кистъ во влагалище.

*Mignon*<sup>554)</sup> собралъ 112 случаевъ пункций и разрѣзовъ съ 22 летальными исходами. Первымъ, сдѣлавшимъ пункцию кисты чрезъ влагалище, былъ *Callisen*<sup>555)</sup> въ 1775 году. Изъ подробно описанныхъ *Mignon*'омъ случаевъ видно, что чрезъ нѣсколько лѣтъ только послѣдовали примѣту *Callisen*'а, и только при особыхъ условіяхъ. Почти всѣми проколъ примѣнялся частью съ тою цѣлью, чтобы болѣе совершенно выпускать содержимое кисты, частью же, по необходимости тамъ, гдѣ небольшія кисты не могли быть съ увѣренностью достигнуты чрезъ брюшные покровы. Неизбѣжнымъ условіемъ было, чтобы опухоль находилась въ маломъ тазу и нижній сегментъ легко былъ достижимъ чрезъ влагалище и чтобы здѣсь ясно ощущалось зыбленіе. При большихъ опухоляхъ это бываетъ рѣдко, такъ какъ киста при своемъ ростѣ поднимается и выходитъ изъ малаго таза.

<sup>554)</sup> *Mignon*.—„Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale“. Thèse de Paris, 1878 г.

<sup>555)</sup> *Systema chirurg. hodiern.*, t. II, p. 59, 1775, цит. по *Mignon*'у.

Кромѣ того ко всѣмъ невыгодамъ прокола вообще здѣсь, при проколѣ чрезъ влагалище, присоединяются специалльныя невыгоды: 1) большая возможность раненія внутреннихъ органовъ; 2) труднѣе попасть въ главную кисту, чѣмъ при проколѣ чрезъ брюшныя стѣнки и 3) является большая опасность вхожденія воздуха<sup>556)</sup>. Поэтому вполнѣ понятно, что примѣръ *Callisen*'а не нашелъ себѣ многихъ послѣдователей и что въ различныхъ странахъ къ нему отнеслись съ болѣшимъ или меньшимъ недовѣріемъ. Въ Германіи и особенно въ Соединенныхъ Штатахъ пункція, положимъ, заняла мѣсто среди другихъ операций; въ Англіи авторы задались цѣлью разобрать ея достоинство и сдѣлать надлежащую оценку, какъ терапевтическаго средства; во Франціи она была принята особенно несочувственно.

Первая операција во Франціи была сдѣлана въ 1778 году и не подвергалась никакимъ измѣненіямъ въ дальнѣйшемъ.

Первая пункція была сдѣлана *Marcan*'омъ въ 1778 г.<sup>557)</sup>, за нимъ послѣдовалъ *Vermandois* въ 1803 году<sup>558)</sup>; больная чрезъ нѣсколько часовъ умерла; при вскрытии оказалось про-боденіе пузыря. *P. Dubois*<sup>559)</sup> оперировалъ одинъ разъ; больная умерла черезъ мѣсяцъ; при операциї конецъ трубочки остался въ перитонеальной полости. *Michon*<sup>560)</sup> въ 1839 году потерялъ больную отъ перитонита, *Nonat*<sup>561)</sup> оперировалъ 3 раза, во всѣхъ случаяхъ наступали рецидивы. *Recamier*<sup>562)</sup> наиболѣе часто примѣнялъ эту операцију и является однимъ изъ ея защитниковъ. *Maisonneuve*<sup>563)</sup> говорить, что простая вагинальная пункція, сопряженная съ опасностью поврежденій пузыря и матки, можетъ найти себѣ показаніе, какъ паллиативное средство, въ немногочисленныхъ случаяхъ при малобъемистой опухоли, находящейся въ тазу и ущемившейся во время родовъ.

<sup>556)</sup> Ольстайзенъ.—„Руководство къ общей и частной хирургіи Питты и Бильрота, ч. 4, т. 2. „Болѣзни яичниковъ“, стр. 258.

<sup>557)</sup> *Mignon*.—1. с.

<sup>558)</sup> *ThÈse du Caseaux*, 1844, цит. по *Mignon*'у.

<sup>559)</sup> *Revue mÈd.*, 1838, стр. 42, цит. по *Mignon*'у.

<sup>560)</sup> *Mignon*.—1. с.

<sup>561)</sup> *Ibid.*

<sup>562)</sup> *Ibid.*

<sup>563)</sup> *Ibid.*

Въ Германіи первымъ сдѣлавшимъ проколъ былъ *F. Henckel*<sup>564)</sup> и онъ первый примѣнилъ канюлю, вторымъ былъ д-ръ *R. Schwabe*<sup>565)</sup>. Чрезъ нѣсколько лѣтъ *Kiwiſch*<sup>566)</sup> опубликовалъ свой способъ и выступилъ защитникомъ влагалищной пункції. *Kiwiſch* прокалывалъ кисту труакаромъ и расширяль отверстіе ножемъ такъ, что можно было ввести палецъ. Затѣмъ онъ вводилъ оловянную трубку, которая оставалась нѣсколько недѣль, и чрезъ которую все время, пока длилось ихорозное разложеніе, ежедневно впрыскивалась нѣсколько разъ въ день теплая вода. Сколько велико было число случаевъ *Kiwiſch*'а неизвѣстно; онъ сообщаетъ объ одномъ выздоровленіи, которое онъ констатировалъ чрезъ 5 мѣсяцевъ и объ одномъ смертномъ случаѣ.

*Langenbeck*<sup>567)</sup> сообщаетъ о двухъ случаяхъ такой операциі; обѣ окончились смертью отъ перитонита. *Crédé*<sup>568)</sup> оперировалъ 3 раза и въ 2-хъ получилъ летальный исходъ; 3-я больная была едва спасена.

Наиболѣе обширныя наблюденія и въ тоже время наилучшіе результаты представилъ *Scanzoni*<sup>569)</sup> изъ Вюрцбурга, товарищъ и преемникъ *Kiwiſch*'а. Онъ производилъ операцию такимъ-же образомъ, какъ и *Kiwiſch*. Если жидкость слишкомъ густа и не вытекаетъ чрезъ канюлю, то *Scanzoni* вдвигаетъ чрезъ канюлю устроенный для этой цѣли ножъ и расширяеть отверстіе на  $\frac{1}{2}$  дюйма, или же помогаетъ истеченію жидкости впрыскиваніями воды. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступали тяжелыя реактивныя явленія, а въ другихъ этого не было и трубочка могла быть удалена чрезъ нѣсколько дней. Изъ 23 использованныхъ по этому способу больныхъ онъ

въ 14 случаяхъ	получилъ полное выздоровленіе
въ 5      »	наступилъ рецидивъ, а остальные
4      »	не могли быть наблюдаемы.

Смертельныхъ исходовъ не было.

Интересенъ случай двойной опухоли, описанный *Chroback'omъ*<sup>570)</sup>. Опухоль, величиною въ кулакъ, была пунктиро-

<sup>564)</sup> *Henckel*.—Amer. Journ. of Obst., 1869, цит. по *Mignon*'у.

<sup>565)</sup> *Mignon*.—l. c.

<sup>566)</sup> *Ibid.*

<sup>567)</sup> The Americ. Journ. of Obst., 1869, цит. по *Mignon*'у.

<sup>568)</sup> *Mignon*.—l. c.

<sup>569)</sup> *Ibid.*

<sup>570)</sup> Vien. med. Presse, 1872, 20 октября, цит. по *Ольструдену*, стр. 242.

вана чрезъ влагалище и послѣ этого прекратилась упорная рвота, которой до этого времени страдала больная. Надъ про-  
коловой кистой находилась еще вторая, незамѣченная при  
операциі и, кромѣ того, находилась опухоль въ лѣвой сторонѣ.  
Чрезъ 9 мѣсяцевъ снова вернулись явленія неукротимой рвоты.  
На этотъ разъ больная излѣчилась совершенно послѣ того,  
какъ ей сдѣлана была пункція той и другой опухоли чрезъ  
влагалище.

*Stilling*<sup>571)</sup> проколомъ чрезъ влагалище выпустилъ изъ  
кисты 180 граммъ маслообразной жидкости; больная выздо-  
ровѣла.

*Hegar*<sup>572)</sup>, чтобы защитить брюшную полость отъ опасности  
изліянія въ нее содержимаго опухоли, пробовалъ достигнуть  
путемъ слипчиваго воспаленія склееванія стѣнки кисты съ  
влагалищнымъ сводомъ неоднократными прижиганіями стѣнки  
канала до разрѣза кисты.

Въ Англіи первыя попытки прокола кисты яичника чрезъ  
влагалище были сдѣланы съ цѣлью облегченія родовъ, кото-  
рые затруднялись присутствиемъ кисты. *Park*<sup>573)</sup> подробно  
описываетъ нѣсколько такихъ случаевъ. Одинъ подобный же  
случай разсказываетъ *Ramsbotham*<sup>574)</sup> и *Ingleby*<sup>575)</sup> приво-  
дить 2 случая, гдѣ сдѣлана пункція по тому же поводу.  
*Ramsbotham* заключилъ, что надо пунктировать всѣ кисты,  
которые задерживаютъ роды, такъ какъ больная скоро по-  
правляется. *Brown*<sup>576)</sup> счастливо оперировалъ такимъ же  
образомъ 2-хъ больныхъ.

*Ogden*<sup>577)</sup> вынужденъ былъ пунктировать кисту вслѣд-  
ствіе задержанія мочи и невозможности ввести катетеръ. По  
тому же поводу однажды оперировалъ и *Robert Barnes*<sup>578)</sup>;  
наступилъ рецидивъ, онъ повторилъ операцию и больная умерла.  
*West*<sup>579)</sup> дѣлалъ нѣсколько разъ такимъ образомъ пункцію

<sup>571)</sup> Deutsche Klinik., 1872, пят. по *Ольструзену*, стр. 242.

<sup>572)</sup> *Ольструзенъ*.—1. с., стр. 270.

<sup>573)</sup> *Mignon*.—1. с. стр. 24—31.

<sup>574)</sup> *Ibid.*

<sup>575)</sup> *Ibid.*

<sup>576)</sup> *Ibid.*

<sup>577)</sup> *Ibid* и *Ольструзенъ*.—стр. 243.

<sup>578)</sup> *Mignon*.—1. с.

<sup>579)</sup> *Ibid.*

и предложилъ измѣнить способъ *Kivisch'a* и *Scanzon'i*. Онъ примѣняетъ труакаръ и согнутую канюлю въ мизинецъ толщиной; затѣмъ онъ вводить въ канюлю длинную эластическую трубку толщиною въ катетеръ № 12, вытянувъ канюлю, онъ трубку удерживаетъ тамъ посредствомъ сложнаго приспособленія. Великій овариотомистъ *Spenser Wells*<sup>580)</sup> высказался противъ пункции, хотя самъ оперировалъ такимъ образомъ при кистахъ большого размѣра съ хорошимъ исходомъ. Онъ думаетъ, что пункция чрезъ влагалище болѣе способна вызвать нагноеніе въ кистѣ со всѣми тяжелыми послѣдствіями, чѣмъ пункция чрезъ брюшныя стѣнки, такъ какъ при первой легче поступаетъ воздухъ. Обыкновенно, говорить онъ, отверстіе скоро закрывается и содержимое подвергается нагноенію. *Sp. Wells* однако считаетъ ее показанной въ тѣхъ случаяхъ, когда киста сращена съ влагалищной стѣнкой и нижней частью таза и мѣшаетъ функции пузыря и прямой кишкѣ. Онъ въ отверстіе вставлялъ катетеръ или палочку ламинарія, чтобы поддерживать на нѣкоторое время отверстіе открытымъ и однажды при этомъ случилось несчастіе—палочка упала въ кистовой мѣшокъ и не могла быть извлечена.

Въ Америкѣ *Simon Thomas*<sup>581)</sup> въ 3-хъ случаяхъ достигъ полнаго излѣченія посредствомъ пункции и послѣдующаго разрѣза съ дренажемъ. Болѣе всего способствовали развитію лѣченія кистъ посредствомъ пункции и разрѣза два знаменитыхъ врача Нью-Йорка *Snetter*<sup>582)</sup> и *Noeggerath*<sup>583)</sup>. Послѣдній создалъ свой оперативный методъ, который онъ нѣсколько разъ примѣнялъ и при многополостныхъ кистахъ, пунктируя послѣдовательно мѣшки одинъ за другимъ, но вполнѣ радиально разрѣзъ кисты оба они считали только при однополостныхъ кистахъ. *Snetter* оперировалъ 4 раза. Способъ *Noeggerath'a* заключается въ слѣдующемъ: больная подъ хлороформомъ въ положеніи камнесѣченія; онъ зондомъ укрѣпляетъ матку спереди и дѣлаетъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ влагалища спереди назадъ; разрѣзъ дѣлаетъ въ одинъ дюймъ;

<sup>580)</sup> *Mignon*.—1. с.

<sup>581)</sup> *Ольгаузенъ*.—стр. 268.

<sup>582)</sup> Amer. Journ. of Obst. 1869 цит. по *Mignon*'у.

<sup>583)</sup> *Mignon*.—1. с.

между краями раны отличаеть кисту по ея бѣловатому цвѣту и по ея стѣнкамъ изборожденнымъ меленькими сосудами и вкальваеть въ стѣнку ея труакарь; когда мѣшокъ спадется, онъ ножницами увеличиваеть разрѣзъ кисты; ножницы вводятся при помоши конюли и они снабжены 2 крючками на ихъ наружныхъ частяхъ; открывая ножницы, онъ зацѣпляетъ стѣнки кисты и старается привести въ соприкосновеніе съ влагалищнымъ разрѣзомъ и въ такомъ положеніи онъ соединяетъ 6-ю пивами. *Noeggerath*<sup>584)</sup> въ 48 случаяхъ съ 55 операциями получилъ излѣченіе 34 раза; 4 раза успѣхъ былъ неполный и 14 разъ, т. е. въ 29% наступила смерть.

Изъ 112 случаевъ, собранныхъ *Mignot'*омъ, въ 22 случаяхъ послѣдовала смерть: въ 7 случаяхъ—отъ перитонита, въ 2-хъ случаяхъ—отъ перфораціи пузыря, въ 2-хъ случаяхъ причина смерти неизвѣстна, въ 6 случаяхъ—отъ септициміи, въ одномъ—отъ кровотеченія, а остальная 4 лихорадили въ послѣоперационномъ періодѣ и умерли, по видимому, отъ истощенія; изъ остальныхъ 99 выздоровѣло 77, въ 8 наступилъ рецидивъ, въ 4-хъ результатъ неизвѣстенъ, а въ одномъ получилась фистула въ прямую кишку.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ самомъ производствѣ операциіи лежитъ возможность происхожденія случайныхъ осложненій. Пользуясь пункціей, какъ однимъ изъ средствъ лѣченія, мы видѣли, что вслѣдь за первымъ проколомъ приходилось вскорѣ прибѣгать ко второму и третьему, такъ какъ во многихъ случаяхъ накопленіе жидкости происходило относительно скоро, а вмѣстѣ съ этимъ обнаруживались и всѣ грозныя явленія, которые служили первоначальной причиной операциіи. Это обстоятельство давно уже привело къ мысли поставить яичниковую опухоль въ непосредственное сообщеніе съ поверхностью тѣла, чтобы такимъ образомъ способствовать выведенію содержимаго и достигнуть сморщиванія мѣшка. Это стремленіе повело за собою цѣлый рядъ способовъ—разрѣзовъ съ различнымъ видомъ дренажей и вшиваніемъ стѣнокъ кисты въ наружный разрѣзъ. Неизбѣжнымъ же послѣдствіемъ продолжительного сообщенія кисты съ поверхностью

<sup>584)</sup> Ольстайценъ.—стр. 268.

тѣла было продолжительное нагноеніе и ихорозное разложение въ кистѣ. Больныя послѣ операций лихорадили продолжительное время и, если не происходило зарощенія мѣшка, то рано или поздно обнаруживались опасныя явленія истощенія, септицеміи и пр. и неминуемо наступала смерть. Значительный процентъ больныхъ въ послѣоперационномъ періодѣ именно погибалъ отъ такихъ осложненій. Въ тѣ времена, когда оваріотомія давала мало надежды на выздоровленіе, этаъть путь съ такими осложненіями представлялся всетаки болѣе надежнымъ для спасенія жизни.

Вмѣстѣ съ этой возможностью являлась и другая не менѣе гибельная,—возможность прямого изліянія жидкости въ брюшную полость и разлитого воспаленія брюшины. Опасности этой старались избѣгнуть различными пріемами, напр. *Hegar*<sup>585)</sup> пытался предварительнымъ приложеніемъ ѳдкихъ средствъ вызвать слипчивое воспаленіе или вшиваніемъ стѣнки кисты во влагалищный разрѣзъ, какъ дѣлалъ *Noeggerath*. До извѣстной степени, разумѣется, уменьшалась указанная опасность, въ особенности при способѣ *Noeggerath'a*, съ другой стороны средства, къ которымъ прибѣгали съ цѣлью избѣжать возможности зараженія брюшины, часто не заслуживали одобрѣнія по своимъ дурнымъ вліяніямъ и послѣствіямъ, какъ способъ *Hegar'a*. Къ непріятнымъ осложненіямъ относятся такие случаи, гдѣ послѣ прокола не вытекаетъ никакой жидкости, хотя зыбленіе ясно ощущалось предъ операцией. Такіе случаи наблюдались неоднократно и *Spencer Wells*<sup>586)</sup> при такихъ условіяхъ совѣтуетъ медленно извлекать труакарь, чтобы при постепенномъ влечениі онъ попалъ въ слой жидкости. Такъ какъ операція эта производится въ темную, то, разумѣется, легко не попасть въ кисту, когда она существуетъ и попасть въ плотную ея часть, когда она неоднородна. Кромѣ того при попаденіи въ плотную часть легко вызвать кровотеченіе, которое возможно также при пораненіи сосудовъ въ стѣнкахъ кисты, направленіе и расположение которыхъ ни въ одномъ случаѣ напередъ опредѣлено быть не можетъ. Одинъ случай былъ смертельный, какъ мы видимъ, у *Mignon'a* и

<sup>585)</sup> 1. с.

<sup>586)</sup> 1. с.

кромѣ того онъ приводить 3 случая сильнаго кровотеченія, хотя они и не окончились смертью. (*Schauta, Noeggerath'a и Красовскаго*).

При пункции чрезъ брюшныя стѣнки смертельный кровотеченія наблюдались чаще.

По вышеприведеннымъ причинамъ неоднократно наблюдалось и раненіе пузыря (*Wermannois*<sup>587</sup>). *Ольструзенъ*<sup>588</sup>) приводить нѣсколько такихъ случаевъ.

Къ осложненіямъ, которая легко избѣжать, относятся обмороки больныхъ во время операциі; такие случаи происходили при быстромъ истеченіи жидкости вслѣдствіе наступившаго малокровія мозга.

По современному состоянію оперативнаго лѣченія яичниковыхъ кистъ и по имѣющимся наблюденіямъ пункции вообще и въ частности чрезъ влагалище никакимъ образомъ не можетъ претендовать занять мѣсто среди другихъ методовъ, какъ спосѣбъ радикальнаго лѣченія кистъ и какъ паліативное средство должно имѣть очень ограниченныя показанія, въ виду тѣхъ осложненій, къ которымъ можетъ повести операція.

Хотя въ настоящее время одно изъ главныхъ осложненій — занесеніе потогенныхъ микроорганизмовъ нашими инструментами и вхожденіе воздуха въ полость кисты, дающіе поводъ къ нагноенію и даже ихорозному разложенію, какъ сказано выше, можетъ быть устранено весьма успешно примѣненiemъ необходимой асептической обстановки и аспиратора *Potain'a*, но другія осложненія, какъ кровотеченіе, не всегда можно предвидѣть и если пункция производится чрезъ брюшныя стѣнки, то раненіе крупнаго сосуда самой стѣнки можно избѣжать, конечно, выборомъ мѣста, но раненіе сальника, раненіе внутреннихъ органовъ, и раненіе крупнаго сосуда самой стѣнки кисты всегда возможно. Кромѣ того, такъ какъ производство операціи происходитъ безъ контроля зреиня, слѣдовательно возможно даже направить труакаръ не туда, куда слѣдуетъ и какъ желательно и не всегда съ точностью можно опредѣлить результаты своего пособія. Помимо всего этого нельзѧ никогда разсчитывать на хорошие результаты при всѣхъ удачахъ, ре-

<sup>587</sup>) 1. с.

<sup>588</sup>) *Ольструзенъ*.—стр. 259.

цидивъ всегда и при всѣхъ условіяхъ возможенъ, возможно и попаденіе жидкости въ брюшную полость, и если она асептична, то гибельныхъ послѣдствій не будетъ, а если содержимое гнойное (дермоидная киста, нагноеніе кисты), то непремѣннымъ послѣдствіемъ будетъ перитонитъ и смерть, а если опухоль злокачественна,—то въ такомъ случаѣ неизбѣжнымъ результатомъ будетъ зараженіе брюшины и диссеминація по всему ея протяженію.

Проф. Hofmokl<sup>589)</sup> приводить 124 случая пункции, изъ которыхъ 62 salpingitis,—peri-и parametritis, 13 Haematocele и 5 кистъ, но результаты не получились утѣшительнѣе предшественниковъ.

Такъ изъ 5 кистъ—4 кисты были съ серознымъ и коллоиднымъ содержимымъ, одинъ случай—дермоидной кисты величиною съ куриное яйцо. Выздоровленіе получилось только въ 2-хъ сл., а въ 3-хъ—улучшеніе.

Въ одномъ случаѣ примѣнена была пункция и дренажъ, а въ остальныхъ пункция и аспирація.

Пытались въ концѣ концовъ сдѣлать исключеніе для кисть широкихъ связокъ однокамерныхъ и тонкостѣнныхъ съ прозрачнымъ содержимымъ. Но, за исключеніемъ немногихъ случаевъ совершенного излѣченія, послѣ прокола и здѣсь конституированы были многочисленные рецидивы. *Terrillon*<sup>590)</sup> много раньше замѣтилъ, что пункция является ненадежнымъ средствомъ и въ случаяхъ парооваріальныхъ кисть, а *Thornton*<sup>591)</sup> отвергаетъ проколъ на томъ основаніи, что именно эти кисты и содержатъ сосочковыя образования, которыми могутъ заражать брюшину.

Въ настоящее время всѣ авторы согласны въ томъ, что ни при какихъ условіяхъ (*Славянскій*<sup>592</sup>), *Толочиновъ*<sup>593</sup>), *Львовъ*<sup>594</sup>) пункція не можетъ считаться радикальнымъ сред-

<sup>589)</sup> II p. Hofmokl. Wiener. med. Wochenschrift. № 73. 1894. S. 546.

<sup>590</sup> Terillon.—"A propos de la récidive des kystes parovariens après la ponction simple" Annal de Gyn. t. 28, 1887, p. 201.

<sup>591)</sup> Thornton.—Arch. für Gyn. Bd. XXIV сообщение на международномъ медицин. Съездѣ къ Коненгагенѣ, чит. по Рейну. Отчетъ о 30 овариотоміяхъ „Врачъ“ 1885 г. № 48, стр. 795.

<sup>592)</sup> Славянський.—1. с. т. 2, стр. 257—259.

<sup>593)</sup> Толочиновъ.—Учебникъ Женскихъ болѣзней, 1897 г. стр. 365—366.

<sup>594)</sup> Лъвовъ.—„Врачъ“ 1895 г. № 30, стр. 837.

ствомъ, а какъ палліативное средство имѣть свои показанія въ слѣдующихъ отдѣльныхъ случаяхъ:

- 1) Въ случаяхъ, требующихъ облегченія, хотя бы и временного и когда существуютъ противопоказанія къ производству оваріотоміи.
- 2) Пробная пункция въ рѣдкихъ случаяхъ для точнаго дифференціального распознаванія.
- 3) Подготовительная за день до производства операциіи при кистахъ чрезмѣрно большой величины, чтобы избѣжать во время операциіи быстрого опорожненія ея.

Разрѣзъ кисты чрезъ влагалище, т. е. ovariotomia partialis vaginal., не оставленъ и въ настоящее время. Онъ оказывается въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимымъ и при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ эта операциія должна быть предпочтена всякой другой. Всѣ опасности, которыя являлись послѣдствиемъ продолжительного сообщенія кисты съ поверхностью тѣла, т. е. возможность нагноенія, въ настоящее время при нашей обстановкѣ сводятся до нуля и въ этомъ отношеніи не представляютъ никакого противопоказанія. Въ послѣднее время показаніями къ производству служили различныя обстоятельства, на основаніи которыхъ однако можно прийти къ известнымъ положительнымъ заключеніямъ.

*Рейнъ*<sup>595)</sup> сдѣлалъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ въ одномъ случаѣ кисты, величиною въ кулакъ, еще не вышедшей изъ полости малаго таза и принявшой нѣкоторая явленія ущемленія. Такъ какъ явилось предположеніе, что опухоль-однополостная киста яичника, сращенная съ окружающими частями, что при чревосѣченіи могло бы сильно затруднить полное удаление новообразованія, а также и въ виду нежеланія больной подвергаться чревосѣченію, рѣшено было сдѣлать проколъ опухоли чрезъ влагалище. Сначала произведено было высасываніе аппаратомъ *Potain'a*. По содержимому киста оказалась дермоидной и не смотря на принятая мѣры, она нагноилась. Спустя двѣ недѣли пришлось проколоть вторично, на этотъ

<sup>595)</sup> Проф. *Рейнъ*, „Врачъ“ 1885 г. № 48, стр. 795. Отчетъ о 30 оваріотоміяхъ.

разъ толстымъ труакаромъ, и дренировать кисту чрезъ задній сводъ. Спустя нѣсколько времени отверстіе было расшириено ножемъ и, войдя въ полость кисты пальцемъ, удалось вынуть нѣсколько зубовъ, волосъ и косточекъ, свободныхъ и вrostавшихъ въ стѣнку кисты, частью при помощи только пальца, частью острой ложечкой. Повторяя это нѣсколько разъ въ теченіе нѣсколькихъ нѣдѣль, «я выскабливалъ», говорить проф. *Рейнѣ*, «неоднократно всю внутреннюю поверхность кисты и смазывалъ юдовой настойкой». Выздоровленіе.

Случай этотъ былъ доложенъ д-ромъ *Нелловымъ* въ Кіевскомъ акушерскомъ Обществѣ<sup>596)</sup> и *Рейнѣ* при этомъ выскабливался — «во всякомъ случаѣ вопросъ (т. е. разрѣзъ кисты чрезъ влагалище) необходимо пересмотрѣть. И надо думать, что при установкѣ стротихъ показаній проколь или разрѣзъ кисты чрезъ влагалищный сводъ съ послѣдующимъ дренажемъ, а также въ случаѣ надобности съ выскабливаніемъ полости и впрыскиваніемъ раздражающихъ жидкостей, займетъ опредѣленное мѣсто въ числѣ способовъ предложенныхъ для коренного излѣченія кисть яичника».

Не смотря на такое заявленіе *Рейна*, этотъ вопросъ въ дальнѣйшемъ не подвергался обсужденію и до сего времени нѣть точныхъ указаній, когда долженъ и можетъ производиться разрѣзъ. Проф. *Толочиновъ*<sup>597)</sup> этого вопроса совсѣмъ не возбуждаетъ. Проф. *Славянскій*<sup>598)</sup> говоритъ, что «въ случаяхъ, если бы комбинированная операциѣ представлялась даже a priori невозможной и вообще удаленіе ни путемъ ovariotomia abdomin. ни ovariotom. vagin. также не считалось показаннымъ, то практикуется еще способъ,— вскрытие кисты разрѣзомъ чрезъ влагалище съ послѣдовательнымъ дренажемъ полости (cystotomia vaginalis)».

Нами раньше упомянуто, что способъ этотъ съ вшиваніемъ стѣнокъ кисты въ разрѣзъ особенно рекомендовалъ *Noeggerath*<sup>599)</sup>, но въ то время этотъ способъ казался смѣлымъ и скоро былъ забытъ.

<sup>596)</sup> Протоколы Акуш. Гинек. Общ. въ Кіевѣ т. II, выпускъ 3-й, 1888 г. літ. по *Львову* „Врачъ“ № 30, стр. 837, 1895 г.

<sup>597)</sup> Проф. *Толочиновъ*.—Учебникъ женскихъ болѣзней 1897 г.

<sup>598)</sup> Проф. *Славянскій*.—I. с. т. II, стр. 297.

<sup>599)</sup> I. с.

*И. М. Львовъ*<sup>600)</sup> приводить свой одинъ случай и упоминаетъ объ операциі проф. *Ястребова*<sup>601)</sup>—colporarovalcystotomiae. Этими случаями исчерпывается вопросъ о лѣченіи кистъ разрѣзомъ влагалищнаго свода. *Львовъ* вынужденъ былъ прибѣгнуть къ такой операциі вслѣдствіе истощенія больной и безнадежнаго ея состоянія; она лихорадила, т-ра по вечерамъ достигала 39°. Верхняя граница опухоли немнога выше пупка; опухоль всюду равномерно шаровидна и равномерно плотна и упруга. Очертанія ея всюду ясны. Нижнимъ своимъ отдѣломъ она далеко уходитъ въ полость малаго таза. Матка сдвинута вправо, значительно опущена и прижата кпереди.

На основаніи разспроса и данныхъ осмотра распознана нагноившаяся вслѣдствіе перекручиванія ножки кисты лѣваго яичника. Киста однополостная, плотно сращенная съ окружающими частями и лежащая глубоко въ тазу.

Въ данномъ случаѣ по многимъ причинамъ нельзя было избрать чревосѣченія, именно—съ одной стороны низкое положеніе опухоли въ тазу и сильная сращенія препятствовали этому, съ другой стороны гнойное содержаніе кисты могло гибельно отзваться на больной въ томъ случаѣ, если бы мѣшокъ лопнулъ или его пришлось вскрыть. Полному же удалению мѣшало вѣроятное сращеніе съ сальникомъ и кишками, а между тѣмъ показанія избавить больную отъ гноинаго мѣшка были жизненны—больная лихорадила и слабѣла. Операциі и послѣдующее теченіе подтвердило это; больная перестала лихорадить въ тотъ же день и поправилась потомъ совершенно.

Случай *Ястребова*<sup>602)</sup> представлялъ значительныя осложненія со стороны общаго состоянія и сопутствующихъ страданій—именно больная страдала порокомъ сердца, существовала эмфизема легкихъ и отекъ ихъ въ заднихъ доляхъ. При наличности опасности для хлороформированія и настоятельной необходимости для удаленія новообразованія, рѣшено было оперировать безъ хлороформа, reg vaginam.

<sup>600)</sup> *Львовъ*.—„Врачъ“ № 30, стр. 873, 1895 „Къ вопросу о лѣченіи кистъ яичника разрѣзомъ чрезъ влагалище.“

<sup>601)</sup> Проф. *Ястребовъ*—Colporarovalcystotomia, какъ методъ для лѣченія межсвязочныхъ кистъ „Журн. Акуш. и Женск. Бол. 1888 г., стр. 491.“

<sup>602)</sup> Проф. *Ястребовъ*.—l. e.

Опухоль по средней линии поднимается выше лобка; нижнимъ своимъ сегментомъ уходитъ въ малый тазъ, подвижность ея въ высшей степени ограничена. Старуха 58 лѣтъ. Тѣло матки опредѣляется надъ лѣвой горизонтальной вѣтвью и дно органа стоитъ надъ нею на  $4\frac{1}{2}$  сантиметра. Матка довольно плотна, удлиннена, располагается такимъ образомъ надъ переднелѣвой поверхностью опухоли, которая нижнимъ сегментомъ занимаетъ значительную часть полости малаго таза, выполняя задній и правый своды и обусловливая данное смыщеніе матки, которая почти неподвижна по поверхности опухоли. Въ опухоли, стѣнки которой представляются тонкими, опредѣляется ясная флюктуація. Просвѣтъ прямой кишкіи представляется сдавленнымъ.

Къ этому еще надо прибавить случаи *Paul Mundé*<sup>603)</sup>. Въ своемъ подробномъ отчетѣ кратко однако упоминается, что онъ чрезъ влагалище вскрылъ и дренировалъ 3 случая кисть широкихъ связокъ, 25 случаевъ инкапсулированныхъ haematocele таза и haematoma широкихъ связокъ; 39 настоящихъ (т. е. внѣбрюшинныхъ) или ложныхъ (внутрибрюшинныхъ) тазовыхъ нарывовъ и 2 межсвязочные яичниковые кисты съ однимъ смертельный исходомъ.

И, наконецъ, наши 2 случая (№№ 19, 20) оперированы такимъ же образомъ, благодаря наличности приведенныхъ условій.

Выгоды такихъ операций въ соответствующихъ случаяхъ представляются значительными сравнительно съ чревосѣченіемъ и они очевидны сами собою: 1) здѣсь можно оперировать безъ хлороформа, если къ тому существуютъ противопоказанія; 2) разрѣзъ кисты чрезъ рукавъ не представляетъ тѣхъ опасностей, которыя неминуемо выступаютъ при чревосѣченії—если нежелательно изліяніе содержимаго кисты въ брюшную полость въ тѣхъ случаяхъ, когда оно серозно; тѣмъ менѣе можно мириться съ этимъ, если киста содержитъ гнойную жидкость. Здѣсь же выдѣленія поступаютъ наружу; 3) легко приложить противогнилостныя средства; 4) вполнѣ сохраняется половой

<sup>603)</sup> *Paul Mundé*.—A report of the Gynecological Service of Mount Sinai Hospital from January 1—st 1883 to December 94 г. The Amerie. Journal of Obst 1895, November, p. 644—681, and December 857—870.

аппаратъ женщины и 5) дается полная возможность избѣжать образованія пустыхъ пространствъ.

При лѣченіи такимъ путемъ межсвязочныхъ кистъ преимущества эти выступаютъ съ полной очевидностью и, чтобы они были еще нагляднѣе, мы разсмотримъ параллельно всѣ способы практикуемые въ настоящее время при чревосѣченіи.

Какого бы ни было происхожденіе кистъ, одна ихъ особенность играетъ рѣшающую роль на выборъ оперативного спосѣба: это—присутствіе ножки, ея форма или полное ея отсутствіе. Если ножка отсутствуетъ, то киста вся цѣликомъ или отчасти только заключена въ широкой связкѣ. Такое мѣстоположеніе, какъ извѣстно, составляетъ особенность пароваріальныхъ кистъ, гіалиновыхъ или сосочковыхъ, хотя межсвязочно могутъ развиваться также нѣкоторыя дермоидныя кисты и нѣкоторыя пролиферирующія, железистыя или сосочковая яичниковая кисты. Различіе этихъ кистъ съ точки зрењія анатомическихъ отношеній заключается въ сліяніи яичника съ оваріальными кистами и въ свободномъ его положеніи при пароваріальныхъ кистахъ. Съ оперативной точки зрењія наоборотъ онѣ составляютъ одну обособленную группу, для которой современная практика выработала слѣдующіе приемы: 1) перевязка ножки и удаленіе опухоли по типу яичниковыхъ кистъ; 2) частичная резекція стѣнокъ кисты съ погруженіемъ остатка опухоли въ полость брюшины, или укреплениемъ его въ нижнемъ углѣ брюшной раны и 3) вылущеніе опухоли.

Въ большинствѣ случаевъ пароваріальные кисты представляются въ видѣ однополостныхъ образованій съ тонкими мало-сосудистыми стѣнками и наполненныхъ прозрачнымъ содер-жимымъ, въ видѣ ключевой воды низкаго удѣльного вѣса, который нѣсколько выше удѣльного вѣса воды (1002—1008). Иногда онѣ имѣютъ толстые стѣнки съ коллоиднымъ содер-жимымъ и, значительно рѣже, онѣ имѣютъ много полостей, и еще рѣже встречаются на стѣнкахъ опухоли на большемъ или меньшемъ протяженіи сосочковая разрошенія. По статистикѣ *Парышева*<sup>604)</sup> отношеніе этихъ комбинацій таково.

<sup>604)</sup> *Парышевъ*.—Отчетъ V съѣзда врачей въ память Пирогова т. I. стр. 505.

Изъ 37 интралигаментарныхъ кистъ встрѣтилось 21 однополостныхъ и 16 относились къ многополостнымъ, причемъ въ 10 случаяхъ найдены сосочковыя разрошенія.

Когда новообразованіе развивается изъ наружной части широкой связки и растягиваетъ главнымъ образомъ верхній отдѣль широкихъ связокъ, киста эта при своемъ ростѣ получаетъ болѣе или менѣе широкую, но тонкую ножку и приближается въ этомъ отношеніи къ типу обыкновенныхъ яичниковыхъ кистъ и, слѣдовательно, можетъ быть удалена или *per coeliotomiam* или *per vaginam*, смотря по тому, каковы прочія условія, которыя имѣютъ рѣшающее значеніе. Такихъ кистъ по статистикѣ *Парышева* изъ 37 встрѣтилось 14, или 39,8%.

Когда же киста развивается изъ той части Вольфова тѣла, которая лежить ближе къ маткѣ, то она равномѣрно растягиваетъ широкую связку, бываетъ тогда заложена въ толщѣ ея и связана довольно рыхло съсосѣдними частями во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, где не было раньше никакого воспаленія. Цвѣтъ ея бѣлый съ слегка зеленоватымъ оттенкомъ; тонкіе сосуды ея ясно видны благодаря прозрачности оболочки. Труба обыкновенно спаяна съ наружною поверхностью кисты, которая при своемъ развитіи прежде всего разъединила трубное крыло широкой связки. Благодаря такому положенію она скоро начинаетъ оказывать давленіе на матку, затѣмъ на пузырь и кишку, нарушая правильность функцій послѣднихъ двухъ органовъ. Развиваясь главнымъ образомъ въ боковыхъ частяхъ брюшной полости, кисты эти въ исключительныхъ случаяхъ пріобрѣтаютъ нѣкоторую подвижность.

Пароваріальныя кисты всегда однокамерныя, тогда какъ отличительнымъ признакомъ яичниковыхъ кистъ служитъ то, что онѣ почти всѣ безъ исключенія многокамерныя (*Pozzi*)<sup>605</sup>. Въ то же время обыкновенно межсвязочные кисты, являясь доброкачественнымъ новообразованіемъ, могутъ пріобрѣсти въ высшей степени и злокачественный характеръ.

При всѣхъ кистахъ, заключенныхъ въ широкихъ связкахъ, обыкновенно легко удается отдѣленіе серознаго покрова, если

<sup>605)</sup> *Pozzi*.—Руководство по гинекологии стр. 771.

не было предшествующаго воспаленія. Вслѣдствіе воспаленія, которое само является результатомъ кровоизлѣянія внутри кисты, (оставляющаго слѣды въ видѣ окрашиванія содержимаго и отложенийъ въ стѣнкахъ) вылущеніе затруднено бываетъ до крайности и брюшина можетъ быть отдѣлена только лоскутами. Кромѣ того затрудненіе здѣсь создается глубокимъ положеніемъ крупныхъ сосудовъ, подлежащихъ перевязкѣ; и, наконецъ, опасность заключается въ раненіи мочеточника, который располагается у стѣнки кисты, а иногда проходитъ между стѣнками кисть.

При такомъ положеніи кистъ чревосѣченіе дѣлается затруднительнымъ и часто не удается вылущить всего мѣшка, а приходится ограничиваться резекціей части его съ обшиваниемъ краевъ и опусканіемъ остатка въ брюшную полость. Соловьевъ<sup>606)</sup> описываетъ способъ Лебедева, который состоитъ въ прибавленіи къ этому перевязки art. spermatici и v. et art. uterinae, но проф. Склифасовскій<sup>607)</sup> и проф. Ястрембовъ<sup>608)</sup> считаютъ этотъ оперативный пріемъ излишнимъ. Къ тому же не всегда легко перевязать сѣмянную артерію и трудно отыскать маточную, и если прибѣгать къ обкалыванію, говорить Склифасовскій, то это составляетъ уже невѣрный хирургический пріемъ.

При кистахъ, гдѣ найдены или предполагаются сосочки выя разрошенія, такой уходъ за ножкой не примѣнимъ. Въ этихъ случаяхъ, къ счастію рѣдкихъ, приходится, если не удается полное вылущеніе, выводить остатки мѣшка наружу, вшивая стѣнки его въ разрѣзъ брюшной раны. Въ такихъ случаяхъ, такъ какъ стокъ отдѣляемаго затрудняется до чрезвычайности и самое выздоровленіе замедляется, можно прибегать къ зашиванію мѣшка изъ брюшной полости, прокладывая тогда дренажъ во влагалище.

Теперь является вопросъ, зачѣмъ удалять стѣнки цѣликомъ при однополостной кистѣ безъ сосочковыхъ разрошеній и прибегать для этого тѣмъ болѣе къ чревосѣченію? Если бы

<sup>606)</sup> Соловьевъ.—Оперативная гинекология стр. 300.

<sup>607)</sup> Проф. Склифасовскій.—„Еще 35 оваріотомій“ „Врачъ“ 1895 г., № 48, стр. 816.

<sup>608)</sup> Проф. Ястрембовъ.—I. c.

при такихъ условияхъ встрѣтились сращенія и другія затрудненія, по которымъ нельзя удалить всего мѣшка, то все равно часть его можетъ оставаться безъ всякаго вреда для больной. Въ этомъ случаѣ colpocystotomia можетъ вполнѣ замѣнить coeliocystotomiam. Она является здѣсь одинаково радикальной операцией, какъ и чревосѣченіе. Нѣть надобности извлекать всего мѣшка; по изсѣченіи части его питаніе разстраивается, а остающаяся часть мѣшка облитерируется и заживаетъ гораздо скорѣе, чѣмъ это бываетъ при чревосѣченіи. Кроме того при такомъ способѣ мы избѣжимъ много различныхъ затрудненій, связанныхъ съ обкалываніемъ мѣшка и съэкономимъ время, которое тратится на эту кропотливую работу, гдѣ требуется тщательность и крайняя щепетильность во всемъ.

Если же мы имѣемъ предъ собою кисту съ сосочковыми разрошеніями и пріобрѣвшую, слѣдовательно, злокачественный характеръ, то, разумѣется, такое поведеніе одобрено быть не можетъ. Необходимо полное удаленіе мѣшка во избѣженіе зараженія брюшины и происходящихъ отсюда послѣдствій. Если же однако, почему либо нельзѧ сдѣлать полного удаленія мѣшка или существуетъ вообще въ данномъ случаѣ противопоказаніе къ чревосѣченію, то colpocystotomia имѣеть всѣ права на производство и въ такомъ случаѣ имѣеть опять огромное преимущество предъ частичнымъ изсѣченіемъ мѣшка per coeliotomiam. Мы создаемъ здѣсь совершенѣйшій дренажъ, чего сдѣлать съ такимъ удобствомъ мы не можемъ, вшивая остатки мѣшка въ нижній уголъ брюшной раны, поэтому и запустѣніе мѣшка здѣсь наступить скорѣе и мы, слѣдовательно, получимъ выгоду и въ смыслѣ скорѣйшаго заживленія и экономіи во времени при оперaciї, такъ какъ здѣсь мы избѣгаемъ сложнѣйшей части работы при обшиваніи мѣшка, которая связана съ особенными техническими трудностями, тѣмъ болѣе если потребуется зашиваніе мѣшка наглухо и проведеніе дренажа чрезъ рукавъ.

Кстати сказать, что сращенія, бывающія въ началѣ рыхлыми, становятся все болѣе и болѣе крѣпкими и плотными. Встрѣчались случаи, говорить *Pozzi*<sup>609)</sup>, гдѣ передняя по-

<sup>609)</sup> *Pozzi*. Руководство по Гинекологіи стр. 776.

верхность кисты была настолько крѣпко спаяна съ брюшиной, что операторы отсепаровывали эту послѣднюю отъ брюшныхъ стѣнокъ на довольно большомъ пространствѣ, полагая, что они отдѣляютъ самую кисту. Сращенія кромѣ того могутъ быть настолько велики съ сальникомъ и столь богаты сосудами, что могутъ получать этимъ путемъ главный подвозъ питательного материала.

При многополостныхъ и множественныхъ кистахъ еще Snetter<sup>610)</sup> и Noegerath<sup>611)</sup> пользовались влагалищнымъ разрѣзомъ и получали сравнительно хорошие результаты. Schauta<sup>612)</sup> для межсвязочныхъ кистъ не видѣтъ вообще противопоказанія къ влагалищной овариотоміи со стороны сращеній; не смотря на обиліе и плотность послѣднихъ, онъ выдаются значительно во влагалище и тѣмъ создаются выгодныя условія для операциі; при этомъ онъ положительно выскаживается за влагалищный путь, приравнивая его къ кускованію матки, т. е. сначала прокалывается одна полость, затѣмъ другая и т. д. и при этомъ онъ, какъ и Wertheim<sup>613)</sup> настаиваетъ на полномъ вылущеніи мѣшка, не боясь кровотеченія. Wertheim<sup>614)</sup> на основаніи своихъ двухъ случаевъ пришелъ къ тому заключенію, что это вылущеніе удается легко, безъ потери крови. Если бы былъ раненъ брюшинный покровъ, то ни тотъ, ни другой этому значенія не придаются.

Ястребовъ<sup>615)</sup> при многополостныхъ и множественныхъ кистахъ настаиваетъ на полномъ удаленіи мѣшка чрезъ чревосѣченіе и только при извѣстныхъ противопоказаніяхъ онъ рекомендуется colposcystotomiam. При множественныхъ же кистахъ онъ считаетъ colposcystotomiam для большинства случаевъ родикальной, такъ какъ при запустѣніи и облитерациі главной полости, если бы осталась незамѣченной въ стѣнкѣ маленькая киста, то говорить онъ, «ее можно оставить спокойно, такъ какъ малыя кисты въ широкихъ связкахъ встречаются часто, не вызывая никакихъ припадковъ».

<sup>610)</sup> l. c.

<sup>611)</sup> l. c.

<sup>612)</sup> Schauta.—l. c.

<sup>613)</sup> Wertheim.—l. c.

<sup>614)</sup> l. c.

<sup>615)</sup> Проф. Ястребовъ.—l. c.

Такимъ образомъ, подводя итоги всему по этому поводу сказанному, необходимо прийти къ тому выводу, что, какъ говорить *Schauta*<sup>616)</sup>, межсвязочные кисты всѣ должны быть удаляемы чрезъ влагалище, несмотря на срашенія. При такихъ условіяхъ облегчается и дальнѣйшій образъ дѣйствій, т. е. если возможно удалить цѣликомъ опухоль, слѣдуетъ сдѣлать ovarioectomy vaginalem, если же нельзя этого сдѣлать, то мы удалимъ часть мѣшка и воспользуемся при этомъ всѣми преимуществами влагалищнаго метода, о которыхъ говорено раньше. Чревосѣченіе при межсвязочныхъ кистахъ, когда онѣ выпячиваются во влагалищный сводъ, очень затруднительно и едва ли часто при такихъ условіяхъ удастся удалить мѣшокъ цѣликомъ, между тѣмъ въ силу такого ихъ положенія влагалищный путь является особенно удобнымъ и представляеть столько выгодъ даже и въ томъ случаѣ, когда приходится удалять мѣшокъ частично.

Такимъ образомъ выводы могутъ быть формулированы слѣдующимъ образомъ:

1) Colpoparovariocystotomia при однополостныхъ кистахъ является радикальной операцией и при межсвязочныхъ кистахъ при этомъ условіи всегда показана, а при прочихъ яичниковыхъ кистахъ—при противопоказаніяхъ къ чревосѣченію.

2) Частичное удаленіе мѣшка чрезъ рукавъ во всѣхъ случаяхъ нужно предпочтеть таковому же удаленію reg coeliotomiam.

3) Многополостныя и множественные межсвязочные кисты должны быть удаляемы чрезъ влагалище на равнѣ съ однополостными.

4) Мѣстомъ для производста colpcystotomiae предпочтительно долженъ служить задній сводъ.

---

<sup>616)</sup>) *Schauta*.—I. c.

## ЛИТЕРАТУРА.

## 1) Иностранныя.

**A de not.**—Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève), Bull. méd., 1896, p. 857.

**A l b a n D o r i a n.**—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 874.

**E u g e n A r e n d t** (Berlin).—Ueber das Klemmverfahren bei vaginalen Radicaloperationen. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 18, S. 505.

**B o i s l e u x.**—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1056.

**E. B a u d r o n.**—De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des Lésions bilatérales des Annexes de l'Utérus (Opération de Péan). Paris, 1894.

**B a k e r.**—Vaginal ovariotomy. New-Jork.—Med. Journal. 1892, p. 250—253.

**B a t t e y.**—Extirpation of the functionelly active ovaries of the remedy of othervise incurable diseases. Transaction of the Amer. Gynaecolog. Society. 1876, v. I, p. 101—120.

**B a u m** (Breslau).—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 812.

**B a z y.**—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 189—195.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 615.

**B o l d t.**—The Amer. Journal of Obst., 1895, p. 1, 894, 897.

**B o n n e c a s e.**—Valeur et indication de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe. Thèse de Paris. 1889.

**W e s l e y B o v é e.**—The Amer. Journal of Obst., v. 34, 1896.

**B o u i l l y.**—De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes, salpingées et ovariennes (Soc. de Chir., 1890). Arch. de Tocol., 1890, t. 17, p. 634—644 и Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 500—508.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 178—185.

**Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève).** Bull. méd., 1896, p. 834—836.

Arch. de Tocol., 1886, p. 1080.

**B r i n d e l.**—Centralbl. f. Gyn., Bd. XIX, № 3, S. 89.

**B u m m** (Basel).—Ueber Ovariotomie von der vagina aus. Centralbl. f. Gyn., 1896, Bd. 20, S. 313.

**H. B y f o r d.**—Removal of the uterine appendages and Small ovarian by vaginal section. The Amer. Journal of Obst., 1888, p. 337.

Vaginal oophorectomy, fibrome of fallopian tuba, haematoma and cystic degen of ovaries, haematosalpinx, retroversio with adhaesions, explorat incision through the cul-de-sac of Douglas. Amer. Journal of Obst., 1892, p. 334—338.

Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.

Chaleix-Vivien.—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 861.

Chéron.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1234.

Chrobacik.—Centralbl. f. Gyn., 1896 № 50, S. 1277. (Засѣданіе Акад.-Гинек. Общества въ Вѣнѣ).

Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 813.

Condamin.—De la salpingo-ovariotripsie et de l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1894, t. 42, p. 375.

Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.

Degrilagé.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231.

Delagénier.—Centralbl. f. Gyn., 1895, Bd. 19, S. 548. (Изъ 8-го Собрания французскихъ хирурговъ въ Лонѣ, 9—13 октября 1894 г.).

Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232—1233.

Döderlein.—Centralbl. f. Gyn., 1896, № 3, S. 72.

Zur Technik der vaginalen Totalextirpation, Klammern oder Ligatur? Centralbl. f. Gyn., 1897, № 3, S. 74.

Centralbl. f. Gyn., 1897, № 25, S. 810.

Dolériss.—Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève) Bull. méd., 1896, p. 872.

Doyen.—324 opérations sur l'utérus et ses annexes. Arch. prov. de chir., 1892, p. 435—536

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, t. 65 p. 1057—1058.

Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd. 1896, p. 852.

Dührssen.—Ueber eine neue Methode der Laparotomie. Berlin. klin. Wochenschrift, 1894, № 29, S. 673 и № 30, S. 695.

Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1896, Bd. 34, S. 152.

Ueber vaginale Koliotomie bei zwei Fällen von Tubenschwangerschaft. Centralbl. f. Gyn., 1895, № 15, S. 385.

Duret.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1233.

Engström.—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 861.

H. Feibling.—Ueber Ovariotomie von der vagina aus. Centralbl. f. Gyn., 1896, № 30, S. 779.

Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 812.

Félix.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1234.

**Goddell.**—A case of vaginal ovariotomy; transaction of the Amer. Gynaecolog. society. 1877, v. II, p. 257—278.

**Granville Bantock.**—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 872.

**Gottschalk.**—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1894, S. 348.

**Beilin. klin. Wochenschrift**, 1894, № 30, S. 700.

**Goullioud.**—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.

**Henrotay.**—Behandlung der Extra-uterine-Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 29, S. 927.

**Henrotin.**—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 848—849.

**Hartmann.**—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 850.

**Annal** de Gyn. et d'Obst., 1894, t. 42, p. 154—157.

**Hofmokl.**—Wien. med. Wochenschrift. 1894, № 12, S. 546.

**Jacob.**—Centralbl. f. Gyn., 1894, Bd. XVIII, S. 1310.

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231,  
Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896,  
p. 853.

Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd.  
1896, p. 861.

**Howard Kelly.**—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 836.

**Kossmann.**—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. XXXII, S. 507.

**Krug.**—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 8, S. 216.

**Küstner.**—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 857.

**Laroyenne.**—De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus en-kystées dans une pelvi-péritonite. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1893, t. 40, p. 5—12.

Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 854.

Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896,  
p. 873.

**Leopold Landau.**—Berlin. klin. Wochenschrift. 1895, № 38, S. 821.  
Arch. f. Gyn., Bd. 46, S. 397.

**Th. Landau.**—Zum Thema der vaginal.-Radicaloperat. Centralbl. f. Gyn., 1895, S. 309.

**Max Landau.**—Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren.  
Arch. f. Gyn., Bd. 46, S. 101.

**L. und Th. Landau.**—Die vaginale Radicaloperation. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 1, S. 14—16.

**L. Landau.**—Entgegnung an Herrn Sänger. Centralbl. f. Gyn., 1897,  
№ 2, S. 42.

**La Torre.**—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève),  
Bull. méd., 1896, p. 870—871.

**Lauwers.**—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd.,  
1892, p. 1234.

**Lebec.**—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892  
p. 1233.

**L a w s o n - T a i t.**—Sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines. Commun. faite au Congrès français de chir. Annal de Gyn. et d'Obst., avril, 1891, p. 239.

**L e o p o l d.**—Zur vaginalen Totalextirpation des Uterus und der Adnexe etc. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 22, S. 684.

Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Gaz. des Hôp., 1896, p. 1066.

**L u c a s - C h a m p i o n n i è r e.**—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 222—224.

**M o r r e - M a d d e r.**—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.

**M a c e - M a d d e n.**—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1057.

**M a n g i n.**—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 860.

**M a c k e n r o d t.**—Berlin. klin. Wochenschrift. 1896, S. 237.

Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1896, Bd. 34, S. 348.

Die vesicofixatio uteri. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 21, S. 629.

**A. M a r t i n.**—Monatschrift f. Geb. und Gyn., 1895, H. 2, S. 109—120.

Deutsche med. Wochenschrift. (Berlin. Med. Gesellsch. Sitzung am 9. Decemb. 1896), № 1, 1897.

Centralbl. f. Gyn., 1897, № 25, S. 813.

**M e i n e r t.**—Incision von Tubarsäcken von der Vagina aus. Gyn. Gesellsch. zu Dresden, 12 April 1888. Centralbl. f. Gyn., 1888, № 31, S. 505—506.

**M i g n o n.**—Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale. Thèse de Paris. 1878.

**A a r o n M i l l e r.**—The Amer. Journ. of Obst. 1896, v. 34, p. 340.

**M o n l o n g u e t.**—Hystérectomie vaginale. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 35, S. 1067.

**M o n o d.**—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.

**M ü l l e r.**—Eine Modification der vaginalen Totalextirpation des Uterus. Centralbl. f. Gyn., 1882, № 6, S. 113 и 115.

**P a u l M u n d é.**—A Report of the Gynaecological Service of Mount Sinai Hospital, from January 1-st 1883 to December 1894. The Amer. Journ. of Obst. etc. 1895. November, p. 644—681 and December. p. 857—890.

**O l s h a u s e n.**—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 812.

**O r t h m a n n.**—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1894, Bd. 28, S. 169.

**P a g n y.**—La Colpotomie anterieure. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1896, t. 45, p. 436—452.

**P a l a i l l o n.**—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.

**P a u c h e t.**—Thèse de Paris, 1896, Centralbl. f. Gyn., 1897, № 22, S. 684.

**R é a n.**—Bull. méd.. 1890, p. 633—636 (Сообщ. на X Международномъ Съездѣ въ Берлинѣ).

Bull. méd., 1890, p. 817.

Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1229—1231 и Gaz. des Hôp., 1892, p. 1042.

Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 851.

**P a u l P e t i t.**—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 861.

- Phannenstiel (Breslau).—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 813.
- Pichevin.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.
- Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 858.
- Polk.—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 24. (Изъ Amer. Gynaecolog. and Obst. Journal, 1895, April и Mai).
- Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 859.
- Popelin.—Annexites unilatérales opérées par la voie vaginale. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. № 5. Jahresbericht, 1893, S. 165.
- Pozzi.—Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 203—210.
- Pozzi (Ruggi).—Salpingoëctomia vaginalis. Centralbl. f. Gyn., 1895, S. 88.
- Nouveau mode de suture. Gaz. des Hôp., 1894, p. 166.
- Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 859.
- Queirel.—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.
- Quenu.—De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1892, t. 18, p. 331.
- Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 613—642.
- Rapin.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.
- Reclus.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.
- Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 614.
- Paul Reynier.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 854.
- Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 862.
- Richelot.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 185—189.
- Résultats éloignés de l'ablation des annexes (Communication faite au Congrès français de Chirurgie). Ann. de Gyn. et d'Obst., 1891, t. 35, p. 257.
- Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231.
- Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 849.
- Rouffart.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1233.
- Routier.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.
- Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 213—218.
- Rubeska.—Monatschrift f. Geb. und Gyn., 1895, Bd. 2, S. 193.
- Sabino Coehlo.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 860.
- Sanger.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève Gaz.). des Hôp., 1896, p. 1057—1059.
- Geb.-Gyn. Gesellsch. Leipzig. Centralbl. f. Gyn., 1896, S. 70.
- Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.

- Ueber vaginale Klemmen-Hysterectomy. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 3, S. 65.
- Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 837.
- Schauta.—Centralbl. f. Gyn., 1893, № 22, S. 502.
- Centralbl. f. Gyn., 1895, № 29, S. 779.
- Ueber die Indicationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen. Deutsche Wochenschrift. 1894, № 5, S. 97.
- Lehrbuch der gesammten Gynäc., 1896, S. 1143—1144.
- Wien. med. Wochenschrift. 1897, № 1, S. 1.
- Schwarz.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 862.
- Paul Segond.—De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1891, t. 35, p. 161. (Communication faite à la Société de Chirurgie le 25 fevrier, 1891).
- Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 153—177.
- Rapport sur les suppurations pelviennes. Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1227—1229.
- L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1894, t. 42, p. 326.
- Ueber bilaterale adnexielle Tumoren, die den vaginalen Weg mit Hystérectomie fordern. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 35, S. 1066.
- Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. (Bruxelles). Bull. méd., 1892, p. 1239.
- Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, t. 65, p. 1057.
- Siefert.—Deutsche med. Wochenschrift. 1896, № 29, S. 462.
- Heywood Smith.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1057.
- Stouffs.—Extra-uterine Schwangerschaft per vaginam operirt. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 7, S. 201—202.
- Steffeck.—Berlin. klin. Wochenschrift, „Coeliotomia vaginalis“. 1896, S. 978.
- Steinthal.—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 6, S. 153.
- Thomas.—Vaginal Ovariotomy. The Americ. Journ. of the Medic. Sciences. 1870, p. 387.
- Teploff.—Ueber Entfernung der Adnexe und ihrer Neubildungen vom hinteren Scheidengewölbe aus. (Colpot. post.). Centralbl. f. Gyn., 1895, S. 671.
- Terrier.—Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie. 1890, t. 16, p. 513.
- Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 218—222.
- Terrillon.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 196—203.
- Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 606—613.
- Ablation des ovaries.—Opération de Battey. Le progrès médic., 1888 p. 225—228.
- A propos de la recidive des kystes paraovariens après la ponction simple. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1889, t. 28, p. 201.
- Tourneau.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd. 1892, p. 1233.
- Travers.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1057.

Vallin.—Thèse de Paris, 1887, p. 158—161, 147. „Situation et prolapsus des ovaires“.

Vogel.—Wien. med. Wochenschrift. 1894, № 38, S. 1625 (изъ клиники Landau).

I. de Vos.—Centralbl. f. Gyn., 1887, S. 225.

Vuilliet.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1233.

Walton.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1233.

Weinlechner.—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 50, S. 1277. (Засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Вѣнѣ).

Wendeler.—Berlin. klin. Wochenschrift. 1896, S. 11.

Wederer.—Amer. Journ. of Obst., 1895, v. 32, p. 834.

Wertheim.—Centralbl. f. Gyn., 1896, Bd. 20, S. 716. (Изъ оффициального протокола засѣданія Общества въ Вѣнѣ 3/III 1896).

Wien. klin. Wochenschrift. 1897, № 6, S. 140.

Centralbl. f. Gyn., 1896, № 50, S. 1277. Засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Вѣнѣ.

Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 813.

Ch. Willemse.—Congrès internat. de Gyn. d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231.

Clyfton Wing.—The Boston and Surgical Journ., 1896, v. II, p. 516—523. Vaginal Ovariectomy.

Weifel.—Ueber Salpingo-oophorectomie. Arch. f. Gyn., Bd. 39, H. 3 S. 353.

## 2) Руслака.

Александровъ. О современномъ консервативномъ направлениі въ гинекологіи. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1896 г., стр. 275.

Веберъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895 г., стр. 911. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1896 г., стр. 107.

Гофмейеръ. Очеркъ Основъ Гинекологическихъ Операций. 1893 г., стр. 304—321; 367—369; 440.

Dührssen. XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., № 35, стр. 982.

Коганъ. Диссертация 1897 г.

Küstner. XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., стр. 890.

Kossmann (Berlin). Рефер. Врачъ 1897 г., № 7, стр. 10.

Пр. Лебедевъ. Врачъ 1896 г., № 1, стр. 1.

XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г. стр. 893.

Львовъ. Къ вопросу объ удаленіи кисть яичника и придатковъ матки чрезъ влагалище. Врачъ 1892 г., № 11 и № 46, стр. 254—255 и 1160—1162.

Къ вопросу о лѣченіи кисть яичниковъ разрѣзомъ чрезъ влагалище. Врачъ 1895 г., № 30, стр. 837.

Къ ученію о вылущеніи (enucleatio) большихъ межуточныхъ міомъ матки чрезъ влагалище. Врачъ 1897 г., № 23, стр. 647.

**A. Marti n.** Патологія и Терапія Женскихъ болѣзней. 1885 г., стр. 456.  
XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., № 35,  
стр. 982—983.

**Мироновъ.** Чревосѣченіе и влагалищный путь въ гинекологіи. Журн.  
Акушер. и Женск. бол. 1896 г., стр. 680.

**Ольсгаузенъ.** Болѣзни яичниковъ. Руководство по Общей и Частной  
Хирургіи Питы и Бильрота 1879 г., стр. 242—299; 302—303; 448—452.

XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г. стр. 893.

**Парышевъ.** Отчетъ V Съезда врачей въ память Н. И. Пирогова. т. I,  
стр. 505.

**Pichevin.** XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г.,  
стр. 893.

**Paul Poirier.** Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de  
l'utérus, des annexes et du peritone pelvien. Реф. Журн. Акуш. и Жен. бол.  
1891 г., стр. 756.

**Pozzi.** Руководство по Гинекологіи. Издание Библіотеки Врача. стр.  
702—771.

**Пр. Рейнъ.** Протоколы Акуш.-Гинек. Общества въ Киевѣ 1892 г., т. V,  
стр. 26—28.

**Н. І. Рачинскій.** О смѣшанномъ швѣ послѣ чревосѣченія. XII Между-  
народный Съездъ врачей въ Москвѣ. Еженедѣльникъ 1897 г., № 37, стр. 586.

**Пр. Склифосовскій.** Еще 35 овариотомій. Врачъ 1885 г., № 48,  
стр. 816.

**Пр. Кр. Ф. Славянскій.** Частная Патологія и Терапія женскихъ  
болѣзней, т. II, стр. 74—108; 316; 257—259.

Мѣсяцъ клинической жизни. Журн. Акуш. и Жен. бол. 1896 г., стр. 211.

**Пр. Вл. Ф. Снегиревъ.** Маточныя Кровотечения. 1895 г., отдѣль Опера-  
тивной Гинекологіи, стр. 105, 111.

**Соловьевъ.** Оперативная Гинекологія. 1885 г., т. III, стр. 364, 365  
и 300.

**В. В. Сутугинъ.** О показаніяхъ къ оскопленію. Врачъ 1885 г., № 20,  
стр. 317.

**Типяковъ.** Врачъ. 1892 г., № 38, стр. 954—955.

**Тепловъ.** Объ удаленіи придатковъ матки и ихъ новообразованій чрезъ  
задній сводъ (Colpot post.). Врачъ. 1894 г., стр. 1287—1288.

Медицинскій отчетъ по Гинекологическому отдѣленію Казанской Губерн-  
ской больницы 1897 г. Врачъ 1897 г., № 9, стр. 269.

**Пр. Толочиновъ.** Руководство женскихъ болѣзней. 1897 г. стр. 365,  
366, 337, 336.

**Пр. Федоровъ.** Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895 г., стр. 775—787.

**Fritsch.** Женскія болѣзни. 1889 г., 2-е русское изд.—по Зѣмбецк. изд.

**Карль Шредеръ.** Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. 3-е русское  
изд. Практ. Медиц. 1895 г., стр. 431.

**Пр. Ястrebовъ.** Colporagovariocystotomia, какъ методъ для лѣченія  
межсвязочныхъ кистъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1888 г., стр. 491.

**Zweifel.** XII Международный Съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г.,  
№ 35, стр. 893.