

IV.

Къ вопросу о разращеніяхъ слизистой оболочки матки злокачественнаго характера.

С. Б. Быховскаго.

Лѣтомъ 1896 года мнѣ пришлось произвести два раза вырѣзываніе матки черезъ влагалище по причинѣ рака слизистой оболочки тѣла ея. Оба эти случая представляютъ собою извѣстный интересъ потому, что 1) ракъ тѣла матки, по скольку мнѣ извѣстно, считается въ противоположность раку шейки явленіемъ далеко не частымъ; 2) обѣ больныя—молодаго возраста и 3) развитіе болѣзни происходило, что называется, «на глазахъ». Это и побудило меня опубликовать свои наблюденія. Добавлю еще, что въ обоихъ случаяхъ операціи сдѣланы у каждой больной на дому.

Всѣ авторы указываютъ на то, что ракъ тѣла матки—явленіе рѣдкое. *Schukitz* на 420 случаевъ рака встрѣтилъ его одинъ разъ. *Schroeder* на 686 насчитываетъ 13 случаевъ рака тѣла матки. *Pischot* говоритъ, что между 100 случаями карциномы матки ракъ лишь въ 6 случаяхъ встрѣчается изолировано на днѣ этого органа. *Blau* на 93 случая рака матки насчитываетъ 6 съ изолированнымъ пораженіемъ тѣла послѣдней. *Courtr*, *Ferster*, *Goldschmidt* считаютъ первично встрѣчающійся ракъ тѣла матки явленіемъ еще болѣе рѣдкимъ.

Я думаю, однако, что это не совсѣмъ такъ. Ранніе періоды раковаго процесса въ тѣлѣ матки ускользаютъ отъ наблюденія потому, что по клинической картинѣ ихъ принимаютъ за эндометриты, (какъ это и было въ одномъ изъ моихъ слу-

чаевъ). Если однако болѣе тщательно относиться къ каждому отдѣльному случаю, то переходъ эндометрита въ ракъ приходилось бы видѣть чаще, чѣмъ это наблюдается теперь.

Всѣми признается, что долго и упорно существующій хроническій катарръ матки можетъ перейти въ adenom'у. Это встрѣчается всего чаще у пожилыхъ особъ. По *Waldeyer'у* этотъ метаморфозъ совершается слѣдующимъ образомъ: эпителиальные элементы железъ увеличиваются въ объемѣ, железы разрастаются и, многообразно развѣтвляясь, проникаютъ все болѣе и болѣе въ глубину тканей, раздвигаютъ соединительно-тканые пучки, образуя тонкій соединительнотканый скелетъ съ ячеистымъ строеніемъ.

По *Olshausen'у* ¹⁾ существуетъ особаго рода хроническое страданіе слизистой оболочки матки, которое ведетъ къ значительному ея утолщенію, при чемъ всѣ нормальные ея элементы сохраняются: железы и эпителий слизистой оболочки сохраняютъ свой нормальный типъ; единственное уклоненіе отъ нормы заключается въ томъ, что железы нѣсколько расширены. Это состояніе онъ отдѣлилъ подъ названіемъ *endometritis fungosa* отъ собственно новообразованій слизистой оболочки матки.

Schroeder ²⁾, на основаніи цѣлаго ряда изслѣдованій, произведенныхъ *C. Ruge*, приходитъ къ иному заключенію: по его словамъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническихъ страданій слизистой оболочки матки констатируется немного железъ въ разросшейся соединительной ткани; процессъ получаетъ характеръ *разлитой аденомы*, когда расширенныя железы, принимая значительное участіе въ процессѣ, выступаютъ рѣзко. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчаются густо расположенные комки железистыхъ каналовъ; эту послѣднюю категорію онъ считаетъ уже переходной формой, т. е. имѣющей наклонность переходить въ злокачественную (*adenoma malignum*).

Славянский ³⁾ довольно подробно описываетъ процессъ перехода доброкачественной аденомы въ злокачественную форму.

¹⁾ „Ueber chronische hyperplastische Endometritis des corpus uteri. Arch. f. Gynäkologie 1875 Bb., VIII.

²⁾ Krankh. der Weiblich. Geschlechtsorg. (r. Ausg. I p. 113).

³⁾ Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней.

Gusserow въ своемъ трудѣ: «О новообразованіяхъ матки» высказывается въ томъ же смыслѣ. Разбирая вопросъ о разращеніяхъ слизистой оболочки полости матки, онъ говоритъ: «встрѣчаются папилломатозныя разращенія, которыя несомнѣнно принадлежатъ къ карциномамъ, но долгое время не бываютъ еще «раками» и ни анатомически, ни клинически не могутъ быть отнесены къ «ракамъ». Предоставленныя самимъ себѣ, эти папилломы безъ исключенія переходятъ въ карциномы, но въ теченіе нѣкотораго времени еще не бываютъ таковыми, да и не рецидивируютъ, будучи удалены въ это время».... Далѣе онъ говоритъ: «главнымъ образомъ *Virchow* мы обязаны тѣмъ, что онъ впервые микроскопически доказалъ, что во многихъ изъ этихъ папилломъ уже имѣются обширныя разращенія эпителія, большею частью *атипическаго* характера, что въ глубинѣ ихъ уже встрѣчаются гнѣзда эпителіальныхъ элементовъ, славомъ, что во многихъ подобнаго рода опухоляхъ дѣло несомнѣнно касается карциномы, появившейся въ формѣ папилломы». На возможность происхожденія рака изъ новообразованныхъ железъ указываютъ случаи *Breisky* 4) и *Veit* 5) Первый изъ нихъ въ одномъ случаѣ произвелъ по поводу маточныхъ кровотеченій *abrasionem mucosae*; микроскопическое изслѣдованіе показало картину *аденомы*; 4 мѣсяца спустя, вслѣдствіе повторившихся кровотеченій, ему пришлось у той же больной вторично выскоблить точно такія же полипозныя разращенія, какъ и въ первый разъ; микроскопическое изслѣдованіе этого препарата указало уже на ясную картину рака.

Veit 5) описываетъ полипозное разращеніе, которое исходило отъ слизистой оболочки тѣла матки и было изгнано самопроизвольно. Микроскопическое изслѣдованіе препарата показало картину рака.

Не стану перечислять именъ многихъ другихъ авторовъ, такъ какъ никто не оспариваетъ возможности перехода обыкновеннаго катарра матки въ аденому, и этой послѣдней въ злокачественную форму. Чѣмъ старѣе катарръ, т. е., чѣмъ

4) Prager med Wochenschrift. II, 1877.

5) Zeitschrift f. Geb. u. Gynäcologie I.

въ болѣе сильной степени выражены анатомическія измѣненія слизистой оболочки матки, тѣмъ предсказаніе хуже. Когда эти измѣненія выражаются разращеніями, состоящими главнымъ образомъ изъ вновь развивающихся железъ,—мы имѣемъ уже adenom'у матки, которую по *Schroeder*'у принято различать двухъ видовъ: *ad. diffusum* и *ad. polyposum*.

Ad. diffusum занимаетъ всю слизистую оболочку; послѣдняя утолщена, складчата, давая такимъ образомъ поводъ къ образованію полиповъ. При дальнѣйшемъ распространеніи новообразовательнаго процесса, железы начинаютъ развиваться все болѣе и болѣе, стѣсняя промежуточную соединительную ткань, которой остаются только слѣды въ видѣ тонкихъ участковъ между железами. Пока эти послѣднія сохраняютъ свой нормальный типъ: ихъ эпителий вездѣ однослойный, цилиндрический, атипичнаго его расположенія нигдѣ не встрѣчается, просвѣтъ железъ рѣзко выраженъ и нигдѣ не выполненъ клѣтками разросшагося эпителия, до тѣхъ поръ мы имѣемъ предъ собою разлитую, *доброкачественную* аденому. Но когда эта картина начинаетъ измѣняться: эпителий железистыхъ полостей начинаетъ пролиферировать, на свободной его поверхности, обращенной въ просвѣтъ железы, наблюдается появленіе различной формы и величины конгломератовъ, состоящихъ изъ полиморфныхъ клѣтокъ, просвѣтъ железы все болѣе и болѣе сужается до полного исчезновенія; когда эти пролиферирующія массы пролагаютъ себѣ путь черезъ *membranam propriam* железы въ подлежащую ткань и распространяются далѣе по лимфатическимъ сосудамъ,—тогда типъ аденомы измѣняется, и предъ нами уже картина *раковаго* новообразованія, злокачественной аденомы, называющейся *adeno-carcinoma*, или по *Klebs*'у) *epithelioma cylindrocellulare carcinomatosum*.

Auvard *) эту форму называетъ просто *carcinoma corporis uteri* или *adenoma malignum*.

Разъ микроскопическое изслѣдованіе выскобленныхъ кусковъ разращенной слизистой оболочки матки указываетъ на злокачественную форму аденомы,—показана total'ная extir-

*) *Traité pratique de Gynécologie*, 1894.

рація матки, если нѣтъ распространенія процесса въ связкахъ ⁷⁾, лимфатическихъ путяхъ или сосѣднихъ органахъ.

Что касается до техники операціи, то она видна изъ описанія случаевъ. Укажу лишь на нѣкоторые частности ея.

1) Я удаляю матку по способу *непосредственного опусканія ея*, т. е., не запракидывая ея ни впередъ, ни назадъ.

2) Отдѣленіе матки отъ связокъ (и, конечно, придатковъ) я произвожу путемъ постепенной перевязки и разсѣченія ножницами перевязаннаго пучка. Для перевязки я употребляю шелкъ № 10. Я не рѣшался замѣнить лигатуры зажимными пинцетами по слѣдующимъ соображеніямъ: я не видѣлъ ничего дурнаго отъ примѣненія лигатуръ ни въ своихъ случаяхъ, ни въ тѣхъ, которыя оперировались другими при моемъ участіи; не видѣлъ я примѣненія зажимныхъ пинцетовъ вмѣсто лигатуръ при экстирпаціяхъ матки въ бытность свою въ 1895 году въ Берлинѣ у многихъ выдающихся гинекологовъ, но за то мнѣ ни разу не пришлось видѣть ни послѣдовательныхъ кровотеченій отъ соскальзыванія пинцетовъ, ни образованія пролежней на вагинальныхъ стѣнкахъ, ни многихъ другихъ случайностей, подчасъ весьма неприятныхъ, осложняющихъ какъ ходъ самой операціи, такъ и послѣоперационное теченіе, о чемъ далеко нерѣдко сообщается тѣми, которые примѣняютъ эти пинцеты.

3) Я не зашиваю раны (ради изоляціи брюшной полости отъ полости влагалища) по слѣдующимъ соображеніямъ: а) абсолютной изоляціи обѣихъ полостей достигнуть невозможно; б) при *открытомъ* способѣ создается въ широкихъ размѣрахъ путь для стока накопляющихся отдѣленій раны; в) вынаденію сальника или кишечныхъ петель препятствуетъ *туго*—вставляемый мною тампонъ изъ іодоформной марли до уровня верхняго края культи обѣихъ широкихъ связокъ, между тѣмъ, какъ влагалище выполняется *рыхло*—іодоформной марли, которую въ случаѣ промоканія легко замѣнить свѣжей, не трогая съ мѣста внутренняго (верхняго!) тампона.

4) Вся операція ведется при условіяхъ самой педантичной асептики. (Къ слову скажу: при всѣхъ операціяхъ, какъ ги-

⁷⁾ Въ высокой степени подозрительными представляются четкообразныя утолщенія по протяженію реграторовъ.

некологическихъ, такъ и акушерскихъ, я не употребляю никакихъ растворовъ, а лишь одну *профильтрованную, переваренную воду*).

Я позволю себѣ, по возможности, вкратцѣ привести исторію болѣзней.

1-й случай. Г-жа П. 28 лѣтъ. пріѣзжая. Впервые обратилась ко мнѣ въ концѣ января 1893 г. (3½ г. тому назадъ) съ жалобами на кровоточенія, боли внизу живота слѣва, частыя лихорадки, упадокъ силъ.

Начала менструировать съ 13 лѣтъ по 4-хъ недѣльному типу впродолженіе семи дней въ большемъ количествѣ съ болями внизу живота до появленія крови. Замужемъ 11 лѣтъ. Вскорѣ послѣ замужества послѣдовала менорауса втеченіе 3-хъ мѣсяцевъ, разрѣшившаяся кровоточеніемъ, длившимся 2 мѣсяца; больная не лечилась, кровоточеніе прекратилось произвольно, но съ тѣхъ поръ типъ менструацій неправиленъ: чаще прежняго, обильнѣе, съ болѣе сильными болями, затигиваясь до 1½ недѣль. Такъ длилось два года.

Въ 1883 году безъ, видимой причины, у больной открылось сильное кровоточеніе, длившееся 2 мѣсяца. Лѣчилась у мѣстнаго врача, который „сдѣлалъ“, по словамъ больной „расширеніе матки, но ничего въ ней не нашель“. Больная послѣ этого поправилась, стала менструировать черезъ каждыя 4 недѣли по 7—8 дней не столь обильно. Спустя 1 годъ снова менорауса втеченіе 3-хъ мѣсяцевъ; упала,—тогчасъ появилось сильное кровоточеніе, которое, благодаря лѣченію, прекратилось черезъ мѣсяць, но кровяныя пятна еще показывались около 3-хъ недѣль, перешедши снова въ кровоточеніе, длившееся 7 мѣсяцевъ, „пока“, по ея словамъ, „не выдѣлилась бѣлая, твердая, какъ пергаментъ, оболочка.“ Послѣ этого больная чувствовала себя хорошо втеченіе почти 2-хъ лѣтъ, когда снова стали появляться кровоточенія съ неодинаковыми промежутками, длившіяся неодинаковое время.

Такое состояніе продолжалось до 1890 года, т. е. почти 3 года; больная, наконецъ, обратилась къ врачу, который „сдѣлалъ разрѣзы шейки“, но съ тѣхъ поръ она стала чувствовать себя еще хуже. Въ такомъ состояніи она обратилась ко мнѣ въ 1893 году.

Издѣдованіе показало: матка пезначительно увеличена, правильнаго положенія и очертанія; лѣвый яичникъ нѣсколько увеличенъ, не плотенъ, чувствителенъ при пальпаціи; рѣзко увеличенная шейка представляетъ 3 разрыва въ видѣ розетки, очень плотна; изъ цервикальнаго канала выдѣляется густая когляная слизь; вокругъ устья рѣзкая эрозія; влагалище гиперемировано, покрыто точечными петехіями, очень чувствительно.

Втеченіе 3-хъ мѣсяцевъ лѣченіе больной было направлено на *endometritis et vaginitis*. Ни горячія въ 39° спринцеванія, ни скарификаціи, (отъ которыхъ чаще слѣдовало ухудшеніе), ни внутренніе приемы кровоостанавливающихъ средствъ не ока-

зывали ни малѣйшаго вліянія на нерѣдко довольно сильныя кровотеченія. Лишь послѣ amputatio colli кровотеченія исчезли⁸⁾).

Послѣоперационный періодъ прошелъ гладко, если не считать одного приступа маляріи, (которой больная подвержена), исчезнувшей послѣ нѣсколькихъ пріемовъ хирина. Больная уѣхала домой. Втеченіе болѣе года она чувствовала себя хорошо: менструировала разъ въ 4 недѣли, по 5—6 дней, въ небольшомъ количествѣ безъ болей; лишь бѣли продолжали показываться и временами боли внизу живота слѣва; но больная не придавала этому значенія и не лѣчилась до тѣхъ поръ, пока въ началѣ 1895 года снова стали появляться menorrhagi и. Это побудило ее снова обратиться ко мнѣ.

При изслѣдованіи я нашелъ слѣдующее: матка—въ ретроверсіи, большихъ размѣровъ, чѣмъ прежде, (по величинѣ соответствуетъ беременной маткѣ въ 6 недѣль), шейка плотна, поверхность ея гладкая; ретроверсія не исправляется изъ-за болей; черезъ лѣвый сводъ въ области широкой связки ощущается какая-то разлитая опухоль съ неясными очертаніями. Больной назначены препараты: спорыньи, желѣзо, горячія сиринцеванія; она уѣхала домой. Отъ предложеннаго ей ламинированія матки съ діагностической цѣлью она отказалась. Возвратившись въ концѣ 1895 г., она сообщила, что чувствуетъ себя хуже, слабѣе, теряетъ все больше и больше крови. Я ей снова предложилъ дилатировать каналъ шейки матки, предполагая вѣдѣть затѣмъ сдѣлать excochleationem, такъ какъ подозрѣніе на какой-то новообразовательный процессъ въ слизистой оболочкѣ матки становилось для меня все болѣе и болѣе основательнымъ. Больная опять отказалась. Тоже самое повторилось въ мартѣ 1896 г. Лишь въ апрѣлѣ она изъявила свое согласіе на операцію, при чемъ сообщила слѣдующее: она одновременно обращалась еще къ одному Кіевскому акушеру, который поставилъ діагнозъ: „кровооточиваго эндометрита“, назначилъ ей внутрь кровоостанавливающія и „дѣлалъ ей прижиганія матки“; предложенную мною операцію, с которой ему рассказала больная, онъ отвергъ, какъ не нужную. Это и заставило больную не слѣдовать моему совѣту, пока состояніе ея здоровья сдѣлалось очень худымъ: видъ ея крайне анемичный, цвѣтъ слизистой оболочки губъ сливается съ восковымъ цвѣтомъ кожи, анемичные шумы въ сердцѣ выражены рѣзко. упадокъ силъ, головокруженія, непрерывающіяся кровотеченія.

При изслѣдованіи замѣтна лишь та разница, что матка еще увеличилась въ размѣрѣ (соответственно 2 мѣсяцамъ беременности), очень плотна, влѣво отъ нея какое-то, неясно очерчиваемое, расплывчатое тѣло кистозной консистенціи.

19-го апрѣля я ввелъ на сутки ламинарію. На слѣдующій день ламинарія удалена; изслѣдуя полость матки пальцемъ, я

⁸⁾ Операція была сдѣлана мною въ Кіевской Городской больницѣ, благодаря любезности доктора Марковского, временно замѣщавшаго тогда ординатора въ гинекологическомъ отдѣленіи.

могъ убѣдиться что по всей слизистой оболочкѣ имѣются поли-
позныя разращенія, величиной отъ горошины до фасоли. Вслѣдъ
за этимъ приступлено къ *exscolleatio* этихъ разращеній острой
ложкой. (Операція безъ хлороформнаго наркоза въ виду крайне
рѣзкой анеміи, лишь подъ кожу введена $\frac{1}{6}$ грана морфия). Вы-
скобленныхъ массъ собралось болѣе $\frac{1}{2}$ стакана. Полость матки
промыта переваренной водой, высушена полосками іодоформной
марли и прижжена *t-ga jodi*, введенной при помощи банника съ
ватой. Во влагалище тампоны изъ іодоформной марли. Внутри
назначенъ *ergotin*. Послѣоперационный періодъ—при нормальной
t°. Влагалищные тампоны удалены черезъ двое сутокъ. Назна-
чены влагалищные души изъ переваренной воды для удаленія
грязноватыхъ отдѣленій изъ полости матки. Кровотеченій не
было. Выскобленные массы подвергнуты микроскопическому из-
слѣдованію. Препараты изготовлены докторомъ *Яровымъ*, діаг-
нозъ подтвержденъ проф. *Подвысоцкимъ*: *angio—adeno—carcinoma*.

Дальнѣйшій образъ дѣйствій былъ очевиденъ: не откладывая
въ долгій ящикъ—экстирпировать матку. Въ виду крайне обез-
кровеннаго состоянія больной, *ex consilio* съ д-ромъ *Марков-
скимъ*, рѣшено отложить операцію на 2—3 недѣли ради укрѣп-
ленія силъ больной, которой назначено: хорошее питаніе, вино,
ferrum + ergotinum.

11 мая 1896 г., послѣ соответственныхъ приготовленій, при-
ступлено къ операціи: *extirpatio uteri totalis per vaginam*. Нар-
козъ, начатый хлороформомъ, продолжался съ половины опера-
ціи эфиромъ. Работать зеркалами и боковыми подъемниками въ
чрезвычайно узкомъ влагалищѣ было трудно. Шейка, захвачен-
ная Мюзеескими щипцами, сильно оттянута внизъ; въ мочево-
й пузырь введенъ катетеръ. Вокругъ шейки на границѣ переход-
ной складки проведенъ ножомъ циркулярный разрѣзъ, проникаю-
щій черезъ слизистую и подслизистую ткани до парацервикаль-
ной клѣтчатки, которая въ дальнѣйшемъ отдѣлена отъ матки
при помощи пальца; пузырь такимъ образомъ отошелъ отъ матки
вверхъ. Когда, казалось, была достигнута брюшина передняго
Дугласова пространства, фиксированная шейка перемѣщена уже
вверхъ и впередъ, такимъ образомъ обнажился задній сводъ;
шейка отдѣлена пальцемъ отъ покрывающей ее брюшины, по-
слѣдняя, захваченная пинцетомъ въ складку, вскрыта, образо-
вавшееся окошечко увеличено въ обѣ стороны при помощи нож-
вицы. Задній край влагалищной стѣнки съ краемъ брюшины
взять въ провизорную лигатуру. Проверка вскрытаго передняго
свода показала, что вскрыты: слизистая оболочка, подслизистая
ткань, парацервикальная клѣтчатка и фасція, но подъ этой по-
слѣдней лежитъ еще одинъ слой клѣтчатки и тонкій, весьма
плотный мышечный слой; только по вскрытіи его достигнута
брюшина, которая вскрыта такъ же, какъ и въ заднемъ сводѣ
съ наложеніемъ провизорной лигатуры на край брюшины и ва-
гинальной стѣнки. Далѣе, углублены разрѣзы боковыхъ сводовъ,
послѣ чего приступлено къ перевязкѣ широкихъ связокъ Лига-

туры накладывались из шелка № 10 при помощи аневризматической иглы, по удалении которой лигатура завязывалась всякий раз возможно крѣпко и перевязанный пучек ткани перерѣзывался ножницами со стороны матки. Такимъ образомъ наложено по 4 лигатуры на правую и лѣвую связки. Въ это время показалось кровотеченіе; пульсъ больной сталъ падать, на кождѣ выступилъ холодный потъ, въ виду чего наркозъ прекращенъ: больная стала реагировать, что еще больше затрудняло нахождение кровоточащаго сосуда: въ концѣ концовъ удалось констатировать, что четвертая лигатура (сверху) справа не была достаточно сильно стянута и кровотеченіе показалось изъ перерѣзаннаго сосуда. По наложеніи здѣсь новой лигатуры, кровотеченіе прекратилось. Дальнѣйшая перевязка связокъ шла уже гладко. Съ большимъ трудомъ удалось вытянуть матку изъ раны, при этомъ оказалось, что лѣвый яичникъ, величиною въ мандаринъ, кистозно перерожденъ; выпущенная изъ него жидкость чиста, прозрачна, серознаго характера. Яичникъ и труба вытянуты вмѣстѣ съ маткой. Послѣ чего перевязана и перерѣзана *lig. infundibulo-pelvicum sin.*, концы лигатуръ коротко отрѣзаны. Матка осталась въ связи лишь съ правыми придатками, оказавшимися паталогически не измѣненными, почему рѣшено было ихъ не удалять. По наложеніи лигатуры на правую трубу, матка отрѣзана и удалена. Вслѣдъ за нею въ рану выпаль кусокъ салника, который послѣ перевязки резецированъ, а сѣтаткомъ его прикрыта виднѣющаяся въ глубинѣ раны петля тонкихъ кишекъ. Провизорныя лигатуры сняты; концы лигатуръ какъ съ правой стороны, такъ и съ лѣвой связаны въ два пучка; въ рану вставленъ плотный тампонъ изъ іодоформной марли, не задвигае его выше верхняго края культи связокъ, влагалнице-же выполнено іодоформной марли рыхло. Съ каждой стороны на связки наложено по 8 лигатуръ. Вся операція (отъ начала наркоза до снятія больной съ операціоннаго стола) длилась 2 ч. 18 мин.

Описаніе препарата. Вырѣзанная матка имѣетъ въ длин. 12 ц., въ ширину 9 ц., поражаетъ толщиною стѣнокъ $2\frac{3}{4}$ ц.! Въ особенности утолщена мускулатура у дна, чѣмъ напоминаетъ беременную матку „на сносахъ“. Слизистая оболочка матки представляетъ мѣстами гладкую поверхность; дно, углы и боковыя поверхности покрыты нупреобразными разраженіями, то въ видѣ мелкихъ полипчиковъ, то напоминаютъ собою обрывки плаценты. Удаленная Фаллопиева труба не представляетъ измѣненій. Кистозный мѣшокъ на своей внутренней поверхности имѣетъ нѣсколько дочернихъ кисточекъ съ коллоиднымъ содержимымъ, величиною до фасоли.

Посльопераціонный періодъ. Температура 38,1°. Пульсъ полный, отчетливый—100—104, дыханіе—20. Втеченіе этого дня моча выпущена мягкимъ катетеромъ два раза, всего болѣе $2\frac{1}{2}$ стакановъ. Больная глотаетъ ледяныя пилюльки. Черезъ девять часовъ послѣ операціи рвота. Жалуется на боли внизу живота и въ поясницѣ. Вечеромъ t° 38, 4, пульсъ—102 полный. Глотками

черное холодное кофе. Втечение этой ночи два раза выпущена моча 2 и 1^{1/2} стакана; при катетеризации—боли; моча чистая. Больная ночью спала хорошо; рвота была 1 разъ. Температура утромъ на 2-й день 37, 8, пульсъ 94—100. Языкъ слегка обложенъ, влажный. Днемъ боли слабѣе. Вечеромъ t° 38, пульсъ—104, полный. Появились кишечныя боли, въ виду чего назначена унцовая клизма съ 10 каплями t-гае орії. Втечение дня глотаетъ ледъ, понемногу бѣлое вино, черное кофе. Въ виду сильныхъ болей при катетеризации, больной разрѣшено мочиться произвольно; болей при этомъ не было. *3-и сутки.* T° 38, 1. Пульсъ утромъ 120, вечеромъ—108. Ночью была рвота, во время которой чрезъ тампонъ просочилось немного крови. Ночь провела беспокойно, тошнило, томилась, „воздуха не хватало“, боли въ животѣ слабѣе. Подъ утро стали отходить газы; больная заснула до 10 ч. утра. При утренней визитации пульсъ кажется дикротичнымъ, слабымъ. Вино замѣнено шампанскимъ. Втечение дня больная понемногу дремала. Моча грязновата, съ осадкомъ. *4-ые сутки.* Больная провела тяжелую ночь: почти не спала, все время тошнить, кишечные спазмы, пристальтика довольно сильная, газы очень мало отходить, языкъ влажный, обложенный, губы не засохшия. Температура утромъ 37, 8°, пульсъ—94, мягкій. Смѣненъ тампонъ, при чемъ рана оказалась совершенно чистой, свѣжій тампонъ вложенъ рыхло. Въ виду слабого пульса назначено: *coffein. natro-benzoic.* по 3 грана 2 раза въ день. Шампанское, теплый бульонъ. Больная днемъ понемногу спала.

Вечеромъ t° 38, пульсъ 104, полный. Моча продолжаетъ быть мутной. Болей почти нѣтъ.—*5-е сутки.* Ночью понемногу спала. Тошнота слабѣе. Одинъ разъ была рвота. Въ животѣ урчаніе. Больная чувствуетъ себя хорошо. t° 37, 9, пульсъ 104, полный. Не отмѣняя всего прежняго, дана столовая ложка *magnes. sulfuric. + natr. sulfur.* aa. *Вечеромъ* t° 38, 4, пульсъ 110. Чувствуетъ себя хорошо.—*6-е сутки.* Ночь провела спокойно, спала. Желудокъ утромъ подѣйствовалъ хорошо. Моча почти чиста, отходить безъ болей. Языкъ немного очистился. t° утромъ 37, 6, пульсъ—104; вечеромъ 38, 1, пульсъ 104. *7-е сутки* прошли совершенно благополучно. Желудокъ дѣйствовалъ произвольно, моча чиста. t° 37, 6—37, 7, пульсъ—100. *8-е сутки.* Смѣна тампона. Рана чиста, уменьшилась вдвое; видны грануляціи. t° 37, 4—37, 7, пульсъ 96. На 9-е сутки удаленъ тампонъ, отдѣленія не въ большомъ количествѣ. Большую спринцуютъ перваревной водой, t° нормальна; пульсъ 84—96 (такимъ онъ бываетъ у нея всегда!). Больной позволено сидѣть. Первые лигатуры отошли на 14-ый день: справа 6, слѣва 4; на 18-ый день справа отошла еще 1 (осталась еще одна верхняя), слѣва—3, осталась еще 1. Слѣва послѣдняя лигатура отошла въ концѣ 5-й недѣли послѣ операціи, а справа послѣдняя снята вначалѣ 6-й недѣли. Рана совершенно зарубцевалась въ концѣ 6-й недѣли. Больная не испытываетъ никакихъ болей, чувствуетъ себя хорошо. По истеченіи 2-хъ мѣсяцевъ ступлена домой.

Второй случай. Г-жа А. 26 лѣтъ. Первые менструаціи на 14 году черезъ каждыя 4 недѣли по 5—6 дней въ умѣренномъ количествѣ съ болями „во время“. Съ очень ранняго возраста стали появляться бѣли.

Я былъ призванъ къ этой больной лѣтомъ 1893 г. по причинѣ сильнаго кровоточенія. Изслѣдованіемъ выяснилось, что больная абортировала; остатки аборта были мною тутъ-же удалены и матка промыта слабымъ растворомъ борной кислоты. (Я въ данномъ случаѣ отступилъ отъ своего обычнаго правила—непромывать вовсе матки или только переваренной водой; отступилъ же я потому, что больную я нашелъ среди ужасающей, нищенски грязной обстановки). Выздоровленіе шло гладко, безъ повышенія температуры.

Спустя мѣсяць, изслѣдуя эту больную, я нашелъ: чрезвычайно вялую, дряблую, ретровертированную матку съ широко зияющимъ отверстіемъ канала шейки, изъ котораго выдѣлялось весьма значительное количество слизисто-гнойныхъ бѣлей; вокругъ устья громадная, пышная эрозія. Правый яичникъ и труба нѣсколько увеличены, чувствительны. Положеніе матки легко исправлялось.

Втеченіе болѣе года лѣченіе этой больной заключалось въ прижиганія эрозіи и слизистой полости матки, горячихъ спринцеваніяхъ, массажѣ и ношеніи кольца Годже, внутреннихъ пріемахъ мышьяка, *secale* попеременно съ *hydrastis* и т. д.

Всякій разъ, когда больная чувствовала себя лучше, она переставала лѣчиться. Отчасти причиной этому служило и то, что заботы о добываніи средствъ къ существованію поглаждали все ея вниманіе. Меня всякій разъ смущало то, что явленія *endometrit'a* чрезвычайно туго поддавались обычнымъ пріемамъ лѣченія. Правда, этому не мало способствовало плохое питаніе больной и частые перерывы лѣченія. Такъ длилось теченіе болѣзни еще одинъ годъ. Я нѣсколько разъ за это время предлагалъ больной подвергнуться операціи *abrasio mucosae uteri*, но больная отказывалась. Лишь когда матеріальныя ея условія рѣзко измѣнились къ лучшему, она въ апрѣлѣ 1896 г. явилась ко мнѣ со словами: „вотъ теперь я согласна лѣчиться; дѣлайте, что находите нужнымъ“. При новомъ изслѣдованіи я нашелъ: матка нормальной величины, правильнаго положенія и очертанія, эрозія почти исчезла, устье по прежнему широко, выдѣленія продолжаютъ, правый яичникъ, хотя кажется меньше, но немного чувствителенъ, подвижность его крайне ограничена, правая труба прощупывается хорошо, по направленію къ брюшинному своему концу постепенно утолщается, достигая здѣсь толщины почти мизинца.

Послѣ нѣсколькихъ прижиганій полости матки, видя ихъ безуспѣшность, я рѣшительно предложилъ больной подвергнуться операціи—*abrasio mucosae*, на что она согласилась. Операція была сдѣлана 1-го мая 1896 года.

Во время выскабливания, меня поразила, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, масса легко-выскабливаемыхъ, мелко-полипозныхъ разраженій (выскабливанію, конечно, предшествовало расширение канала и дигитальное изслѣдованіе полости матки). Тогда же у меня зародилось подозрѣніе относительно злокачественнаго характера новообразования, что и подтвердилось микроскопическимъ изслѣдованіемъ препарата, указавшимъ на картину adeno-carcinom'ы: цѣлая масса разрушенныхъ железъ съ разраженіемъ эпителиальныхъ кѣлокъ, вдающихся въ междуточную ткань.

Въ послѣоперационномъ періодѣ послѣ abrasio наблюдалось тоже явленіе, что и въ предыдущемъ случаѣ: гноевидныя, довольно обильныя выдѣленія, кромѣ того два раза было небольшое кровотеченіе. Спусти двѣ недѣли, больной было предложено вторично подвергнуться операциі, уже на этотъ разъ total'ной extirpat'и матки, на что она согласилась.

Операциія—13/vi 96. Наркозъ смѣшанный: вначалѣ хлороформъ, а затѣмъ эфиръ. Проведенъ круговой разрѣзъ черезъ толщу слизистой оболочки влагалища на границѣ переходной складки. Кровоточивость: наложены Réan'овскіе пинцеты и лигатуры на кровотокащія сосуды: паренхиматозное кровотеченіе однако продолжалось (сильная гиперемія тканей!). Круговой разрѣзъ углубленъ до кѣлѣчатки, послѣ чего отдѣленіе продолжалось пальцемъ: сперва въ пузырьно-вагинальномъ пространствѣ, затѣмъ въ ректально-вагинальномъ и, наконецъ, въ обоихъ боковыхъ сводахъ. Задняя брюшина, захваченная въ складку пинцетомъ, вскрыта (окошечко), а затѣмъ отверстіе увеличено въ обѣ стороны по пальцу ножницами; peritoneum и край вагинальной стѣнки взяты въ провизорную лигатуру, послѣ чего приступлено къ наложенію лигатуръ на широкія связки, сперва на правую 4 лигатуры, (связка перерѣзалась всякій разъ), затѣмъ на лѣвую и т. д. Когда больше $\frac{2}{3}$ обихъ связокъ были перерѣзаны, вскрыта передняя брюшина, край которой съ краемъ передней вагинальной стѣнки взятъ въ провизорную лигатуру, послѣ чего перевязка связокъ продолжалась дальше до области трубъ. Пальцемъ оцупаны обѣ трубы и яичники: лѣвые оказались неизмѣненными, почему наложена толстая лигатура на трубу и оставшуюся часть широкой связки, (а кнутри отъ нея еще по одной отдѣльно на трубу и связку) и перевязанный пучекъ перерѣзанъ. Матка осталась соединенной лишь съ правыми придатками. Труба, отдѣленная отъ яичника, удалена вмѣстѣ съ маткой послѣ предварительной перевязки lig. infundibulo-pelvicі (концы лигатуры коротко обрѣзаны). Извлечь яичникъ было нѣсколько затруднительно, вслѣдствіе сращеній (спаекъ), которыя отдѣлены осторожно пальцемъ, (фиксируя въ то-же время яичникъ). Начавшій проляблировать сальникъ вправленъ пальцемъ и вслѣдъ за тѣмъ вставленъ плотный тампонъ изъ іодоформной марли до верхняго края култей широкихъ связокъ; вагинальный тампонъ вложенъ *рыхло*. Вся операциія отъ начала наркоза до снятія больной съ операционнаго

стола длилась 1 ч. 35 мин. На обѣ связки наложено по 8 лигатуръ.

Описаніе препарата. Вырѣзанная матка имѣетъ въ длину 9 ц., наибольшій поперечный ея размѣръ $6\frac{1}{2}$ ц., мускулатура стѣнокъ и дна значительно утолщена. Полость матки рѣзко сужена, длина ея $5\frac{1}{2}$ ц. На внутренней ея поверхности видны обрывки, мѣстами полипозныя разращенія. Удаленная правая Фаллопиева труба представляется постепенно утолщающейся по направленію къ своему abdominal'ному концу, гдѣ она достигаетъ толщины почти мизинца. Стѣнки ея также утолщены. Удаленный правый яичникъ, величиною въ сливу, имѣетъ внутри себя полость, заключающую фибриновый, уплотненный сгустокъ—гематому.

Послѣоперационный періодъ. 1-ый день, 13/v 96 t° послѣ операціи 37, пульсъ 68, полный, отчетливый, дыханіе 16. *Вечеромъ* t° 37°, пульсъ 84, дыханіе 18. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ операціи выпущено мягкимъ катетеромъ $\frac{1}{2}$ стакана мочи; черезъ 4 ч. тоже $\frac{1}{3}$ стакана при сильной боли, почему больно позволено мочиться произвольно, при этомъ болей не было. Рвоты втеченіе дня не было. Больная жалуется на боли подъ ложечкой, которыя къ вечеру нѣсколько стихли. На животѣ пузырь со льдомъ. Немного глотаетъ ледяныя шилуи. Въ 6 ч. вечера дано нѣсколько глотковъ холоднаго чернаго кофе. До 4-хъ часовъ утра больная спала съ перерывами ради мочеиспусканія (произвольно!) почти черезъ часъ. Подъ утро одинъ разъ рвота. Отдѣлений мало.

II день 14/v t° 37°, пульсъ 76, дыханіе 18. Языкъ влажный. Боли подъ ложечкой повторяются; летучій горчичникъ нѣсколько разъ на эту область успокоилъ эти боли. Появились боли внизу живота, безпокоюція больную: вставлена per rectum suppositor. изъ $\frac{1}{4}$ грана оріи. Втеченіе дня получаетъ холодное черное кофе и шампанское. Спала съ перерывами до 6 ч. вечера; рвота 2 раза t° вечеромъ 37,6°, пульсъ 84 пустоватый; больная безпокойна, жалуется на боли внизу живота, въ особенности справа: „газы ходять по животу“, животъ слегка вздутъ; назначено *cof. fein-natro-benzoici grjij + codein gr $\frac{1}{6}$ + magnes. ustae gr jiiij*. Больная на 15 мин. положена на лѣвый бокъ, послѣ этого она успокоилась. Отдѣленія блѣдны, въ небольшомъ количествѣ.

III день. 15/v. t° 37,4, пульсъ 84. Ночью спала хорошо. Съ раняго утра стали отходить газы. Больная чувствуетъ себя хорошо; рвоты не было; боли исчезли. Моча отходить рѣже прежняго, безъ болей. *Вечеромъ* t° 37,5, пульсъ 84, перемѣнъ нѣтъ. Языкъ обложенъ, животъ менѣе вздутъ; неприятный вкусъ. Втеченіе дня получала шампанское, кофе, чай. Отдѣлений мало, блѣдныя, безъ запаха.

IV день. 16/v. Ночью больная спала хорошо. t° 36,8, пульсъ 78. Утромъ сдѣлана клизма изъ трехъ стакановъ воды; желудокъ не подѣйствовалъ, лишь съ водой выдѣлилась нѣсколько каловыхъ комковъ. Газы продолжаютъ отходить. Животъ еще вздутъ, не чувствителенъ, языкъ обложенъ, но влаженъ. Даны двѣ

чайныя ложки magnes. sulfur. Пища: бульонъ, молоко, чай; шампанское замѣнено бѣлымъ виномъ. Вечеромъ температура 37,6°, пульсъ 80.

V день. 17/v. Больная всю ночь спала. t° 37,1; пульсъ 78. Сдѣлана клизма безъ результатовъ, хотя газы отходятъ. Отдѣленія попрежнему. Дано: magnes. sulfur. + natr. sulfur. aa 1 столовая неполная ложка; къ 5 ч. вечера обильное испражнение. Пища попрежнему; t° вечеромъ 37,6, пульсъ 80.

VI день 18/v. t° 37,6, пульсъ 78. Спала хорошо. Удаленъ вагинальный тампонъ и наполовину освобожденъ и отрѣзанъ внутренний; отдѣлений при этомъ оказалось немного, безъ запаха. У больной появился порядочный аппетитъ. Чувствуетъ себя прекрасно. Желудокъ дѣйствовалъ произвольно. Къ пищѣ прибавлено: два яйца въ смятку и супъ изъ крупы „Геркулесъ“. Вечеромъ t° 37, пульсъ 80. Больной позволено лежать на лѣвомъ боку.

VII день. 19/v. t° 37,1, пульсъ 76. Спала хорошо. Желудокъ утромъ подѣйствовалъ послѣ клизмы. Удаленъ весь тампонъ; рана чиста, покрывается грануляціями. Провизорныя лигатуры сняты. Послѣ промывки влагалища переваренной водой, вложены два рыхлыхъ тампона изъ іодоформной марли. Къ пищѣ прибавлена небольшая котлета изъ цыпленка. Вечеромъ t° 38, пульсъ 78.

VIII день. 20/v. t° 31,1, пульсъ 76. Желудокъ дѣйствовалъ. Вечеромъ температура 37,4, пульсъ 78.

IX день. 21/v. t° 37,2, пульсъ 74. Желудокъ дѣйствовалъ послѣ клизмы. Вечеромъ t° 37,2, пульсъ 74.

X—XIII дни. 22—25/v. Температура всѣ эти дни и въ послѣдующіе колеблется въ предѣлахъ 36,8—37,1, пульсъ 72. Все обстоитъ благополучно. Тампонъ мѣняется черезъ день. Пища въ достаточномъ количествѣ, питательная. Больной позволено понемногу сидѣть на кровати.

XIII день. 26/v. При перемѣнѣ тампона отошли справа пять лигатуръ.

XV день. 28/v. Слева отошли 6 лигатуръ.

XXI день. 3/vi. Справа отошли остальные 3 лигатуры, слева отошла 1 и 1 осталась.

Послѣдняя лигатура отошла черезъ мѣсяць и пять дней послѣ операціи. Къ концу второго мѣсяца рана совершенно зарубцевалась. Больную я и теперь наблюдаю: она чувствуетъ себя прекрасно, замѣтно поправляется.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать, что слишкомъ обильныя и продолжительныя регулы, неправильныя, часто повторяющіяся кровотеченія, затяжныя, не поддающіеся лѣченію помощью различныхъ прижигающихъ средствъ endometritis, въ особенности у молодыхъ, нерожавшихъ особъ.—

должны, по моему мнѣнію, служить обязательнымъ показаніемъ къ выскабливанію слизистой оболочки матки и выскаблиенныя массы должны быть подвергнуты тщательному микроскопическому изслѣдованію; и, если бы въ результатѣ получились указанія на злокачественный процессъ въ слизистой оболочкѣ, немедленно приступить къ total'ной exstirpatі'и матки. Этимъ путемъ, я увѣренъ, удалось бы предупредить не малое число, такъ называемыхъ «запущенныхъ, не оперируемыхъ» раковъ матки.
