

Chastichnaia amputatsiia vlagalishchnoi chasti pri khronicheskom vospalenii matki : dissertatsii na stepen' doktora meditsiny / Il'ia Lapina.

Contributors

Lapin, Il'ia Ivanovich.
Maxwell, Theodore, 1847-1914
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

S.-Peterburg : Tip. A.S. Suvorina, 1887.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/vrf943wu>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Tracts 573

①

Ч Lapin (I.) Partial Amputation of vaginal portion in chronic inflammation of the uterus (*Tabular view of Cases*) [in Russian], 8vo. St. P., 1887

Tables

**ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМЪ ВОСПАЛЕНИИ МАТКИ.**

(Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. К. Ф. Славянского)

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Злима Лапина.

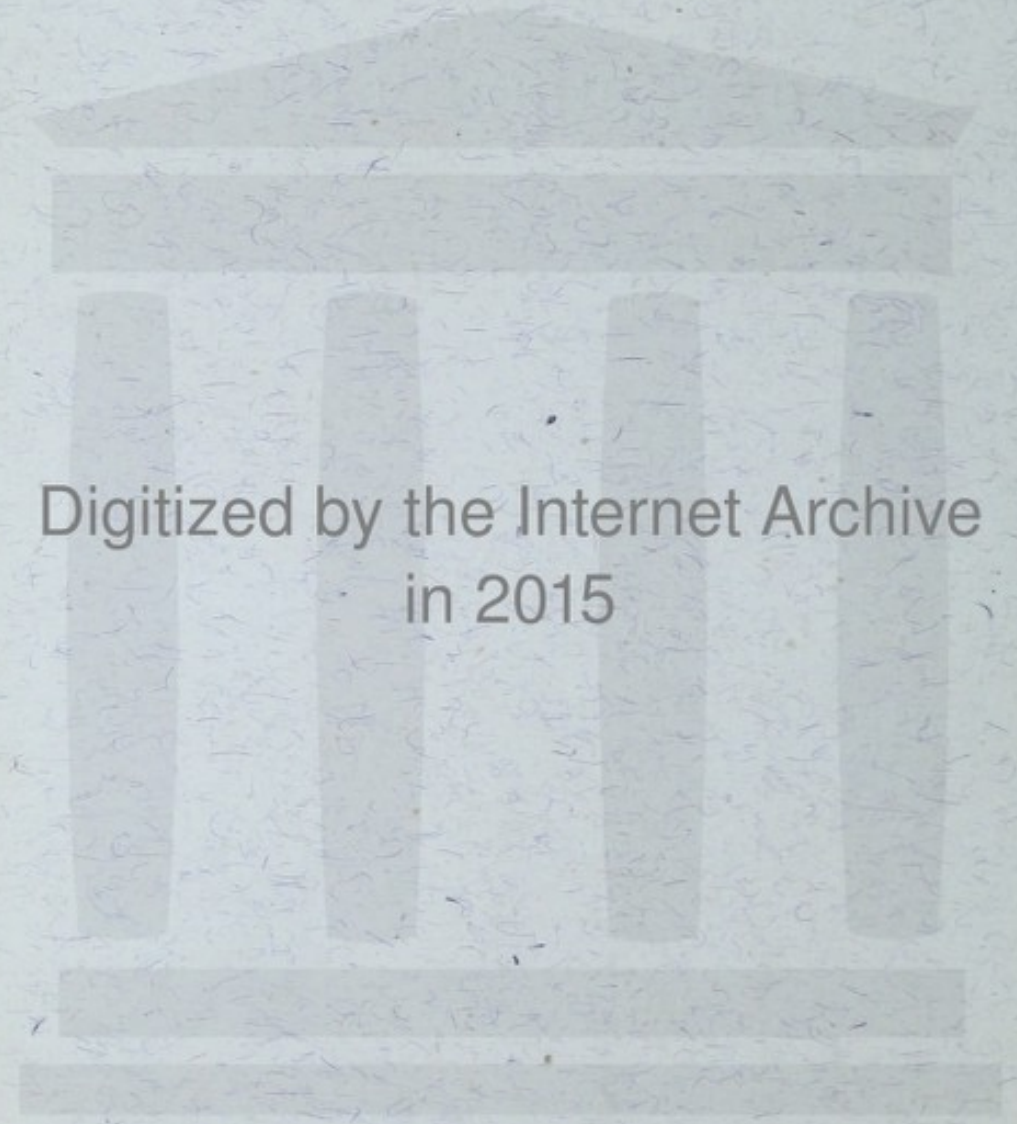


С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія А. С. Суворина. Эртелевъ пер., д. № 11—2

1887





Digitized by the Internet Archive
in 2015

<https://archive.org/details/b22307722>

ЧАСТИЧНАЯ АМПУТАЦІЯ

ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ

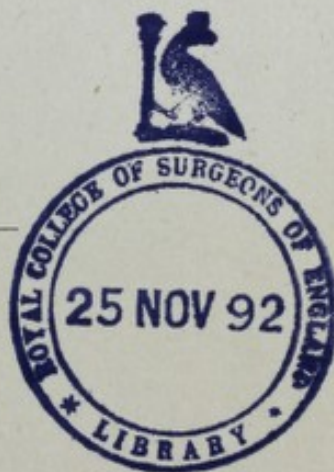
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМЪ ВОСПАЛЕНІИ МАТКИ.

(Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. К. Ф. Славянского)

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Ильи Латина.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія А. С. Суворина. Эртелевъ пер., д. № 11—2

1887



Докторскую диссертацию лекаря Ильи Лапина подъ заглавіемъ: «Частичная ампутація влагалищной части при хроническомъ воспаленіи матки» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, 30 марта 1887 года.

Ученый Секретарь В. Пашутинъ.

Для леченія хроническаго метрита, смотря по періоду развитія болѣзни, было предложено весьма много различныхъ средствъ, изъ которыхъ многія уже давно оставлены, другія же примѣняются и до настоящаго времени.

Чтобы уменьшить воспалительныя явленія въ пораженномъ органѣ, предлагали противувоспалительный методъ леченія и на первомъ планѣ ставили общія кровопусканія.

Лисфранкъ, съ цѣлью отвлеченія крови отъ матки, пораженной хроническимъ метритомъ, особенно часто прибѣгалъ къ венесекціямъ изъ руки—отъ нѣсколькихъ унцій до фунта—и повторялъ это у одной и той же больной нѣсколько разъ.

Англійскіе и французскіе врачи Robertson ¹⁾, Andral ²⁾, Chomel, Tilhos, Nonat ³⁾ и Duparquet также примѣняли общія кровопусканія для леченія хроническаго метрита.

Но однако скоро замѣтили, что подобный способъ леченія вредно дѣйствовалъ на общее состояніе организма, не улучшая мѣстнаго процесса.

Явилась мысль непосредственно извлекать кровь изъ сосудовъ пораженнаго органа.

J. Guilbert ⁴⁾ въ 1826 году первый примѣнилъ піявки на влагалищную часть.

¹⁾ Robertson. The Edinb. med. ang. surg. Journ. 1822.

²⁾ Andral. Die specielle Pathologie h. v. Latour, a. d. F. v. Unger. Berlin 1837 г. В. IV.

³⁾ Nonat. Traité pratique des maladies de l'uterus. Par. 1860 г.

⁴⁾ Guilbert. Considérat. prat. sur certaines affections de l'uterus etc., Paris 1826 г.

Приставленіе піявокъ по многимъ причинамъ оказалось неудобнымъ: иногда онѣ вызывали сильное кровотеченіе, коликообразныя боли, обмороки, запалывали въ полость матки и производили весьма бурныя явленія; наконецъ при помощи піявокъ невозможно было контролировать количество отнимаемой крови.

Предложили дѣлать скарификаціи и Tenner ¹⁾ въ 1841 году обратилъ вниманіе гинекологовъ на скарификаціи при леченіи хроническаго метрита.

Уменьшенія матки въ объемѣ думали достигнуть употребленіемъ разрѣшающихъ средствъ: ртути, іода, іодистаго калия, іодистаго желѣза и др.

Къ разрѣшающимъ средствамъ относится также тепло въ различныхъ видахъ: согрѣвающие компрессы, припарки на нижнюю часть живота, мѣстныя и общія ванны, какъ простыя, такъ и съ примѣсью различнаго рода лекарственныхъ веществъ и горячіе рукавные души. Предлагалась также цѣлая масса разрѣшающихъ лекарственныхъ средствъ, вводимыхъ въ рукавъ въ видѣ суппозиторій и глицериновыхъ тампоновъ.

Ожидали также хорошихъ результатовъ при леченіи хроническаго метрита отъ примѣненія отвлекающихъ средствъ, по поводу которыхъ Lisfranc ²⁾ говоритъ: «эти средства приложимы въ хроническомъ состояніи, чтобы разрѣшить простое воспаленіе безъ боли, или чтобы возбудить жизненность въ уплотненныхъ тканяхъ» ³⁾.

Agan, Robert, Johns смотрѣли на примѣненіе мушекъ при хроническомъ метритѣ, какъ на лучшее средство.

Съ цѣлью произвести реакцію въ тѣлѣ матки и поднять въ ней энергію питанія, прикладывали къ влагалищной части различнаго рода химическія caustica: азотнокислое серебро, liq.

¹⁾ Tenner. Schmidts Jahrb. 1841 г. В. 31.

²⁾ Lisfranc. Gaz. med. de Paris 1833.

³⁾ Ne conviennent guère que dans l'état chronique, soit pour dissiper une congestion simple sans douleur soit pour exciter les propriétés vitales dans les tissus blancs indurés.

Bellostii, двухлористое желѣзо, хлористый цинкъ, препараты *kali caustici*—вѣнское тѣсто и карандаши Filhos'a.

Прижигающими средствами пользовались Nonat, Richet, Amussat, Barnes ¹⁾, Rigby ²⁾, Dupuytren и др.

Для той же цѣли пользовались каленымъ желѣзомъ, которое предложилъ Jobert de Lamballe ³⁾. Особенно часто примѣняли каленое желѣзо Olivier, Courty и Gallard.

Въ 1853 году Marchal и Ellis ⁴⁾ предложили гальванокаутеръ.

Для леченія эрозій и катарровъ слизистой оболочки цервикальнаго канала и полости матки, какъ частыхъ спутниковъ хроническаго метрита, предлагалась также масса лекарственныхъ средствъ: спринцованія, присыпки, прижигающія средства, изъ которыхъ во Франціи особенною любовью пользовался *lapis infernalis* (Scanzoni, Chiari, Simpson, Richet и др.).

Изъ этого краткаго очерка можно видѣть, какая масса средствъ предложена для леченія хроническаго воспаленія матки.

Каждый практикъ, употребляя то или другое средство, смотря по развитію болѣзни, на примѣръ скарификаціи, въ первомъ періодѣ для уменьшенія гипереміи, или горячіе души—во второмъ, для усиленія регрессивнаго метаморфоза гиперплазированной соединительной ткани, замѣчалъ, что улучшеніе болѣзненныхъ припадковъ бывало не продолжительно и болѣзнь снова давала себя чувствовать какъ только прекращалось леченіе.

Сканцони говорилъ, что ни одинъ случай хроническаго метрита не можетъ быть вполне излечимъ; подобное же мнѣніе высказываетъ Seyfert ⁵⁾.

Veit ⁶⁾ считаетъ иллюзіей надежду, чтобы матка, бѣдная кровью и уплотненная, могла уменьшиться.

¹⁾ Barnes. The Lancet. 1856.

²⁾ Rigby. Med. Times. 1856.

³⁾ Jobert de Lamballe. Plaies d'armes à feu, Memoire sur la cauterisation, Par. 1833.

⁴⁾ Marchal u. Ellis. Presse médic. Belge 1853.

⁵⁾ Seyfert. Prog. Vtljschr. 1866.

⁶⁾ Veit. In Virchow's Hdb. d. Pathol. u. Therapie, Bd. 6. 1867.

Demarquay и Saint-Vel ¹⁾ въ главѣ о леченіи хроническаго метрита говорятъ, что болѣзнь эта весьма продолжительная, часто обостряющаяся и что излеченіе, въ смыслѣ анатомическомъ, т. е. возвращеніе матки къ ея прежнимъ размѣрамъ и первоначальному строенію, достигнуто быть не можетъ; можно приблизиться болѣе или менѣе къ этому и если болѣзнь освободилась отъ своихъ главныхъ тяжелыхъ симптомовъ, то мы вправѣ смотрѣть на подобный случай, какъ на излеченіе, какое бы ни было при этомъ анатомическое состояніе матки; въ большинствѣ же случаевъ излеченіе только относительное.

Въ 1864 году С. Браун ²⁾ предложилъ лечить хроническій метритъ ампутаціей шейки матки и въ 6-ти случаяхъ, которые онъ наблюдалъ, было замѣчено, что матка послѣ ампутаціи уменьшалась въ длину, причемъ стѣнки органа становились тоньше; въ одномъ случаѣ, который окончился летально отъ присоединившагося нефрита, констатировано, микроскопическимъ изслѣдованіемъ, жировое перерожденіе воспаленныхъ элементовъ матки.

По предложенію профессора К. Ф. Славянскаго мы, въ теченіе 2-хъ лѣтъ, собирали клинической матеріалъ, чтобы выяснитъ вліяніе ампутаціи влагалищной части на хроническое воспаленіе матки.

Мы имѣли возможность прослѣдить результатъ этой операціи, наблюдая больныхъ продолжительное время, и такимъ образомъ подтвердить, что операція, оказывая благотворное вліяніе на больной органъ и избавляя больныхъ отъ мучительныхъ припадковъ, не есть явленіе скоропроходящее.

Но прежде чѣмъ мы будемъ говорить о нашихъ наблюденіяхъ и о случаяхъ С. Браун'а, а также и другихъ гинекологовъ, скажемъ, кѣмъ и когда была предложена ампутація влагалищной части матки вообще.

¹⁾ Demarquay и Saint-Vel. *Traité clinique des maladies de l'uterus* 1876.

²⁾ С. Braun. *Ueber die fettige Involution des Uterus bei Bindegewebs-Veränderungen (bei chronischen Infarcten) desselben ausserhalb des Puerperiums*. *Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien* 1864 г.

Въ 16 столѣтїи французскій хирургъ Амбруазъ Паре ¹⁾ упоминаетъ объ ампутаціи влагалищной части при язвенныхъ процессахъ на ней.

Fulpius въ 17 столѣтїи ампутировалъ шейку два раза съ счастливымъ исходомъ.

Wrisberg въ 1787 г. и Monteggia въ 1788 г. также ампутировали шейку.

Osiander въ Göttingen'ѣ въ 1801 г. первый произвелъ эту операцію *in situ* на шейкѣ, пораженной раковымъ процессомъ; подобныхъ операцій имъ было произведено 24.

По методѣ Osiander'a въ Вѣнѣ оперировалъ Rust, но случай этотъ окончился летально.

Lisfranc ²⁾, Dupuytren, Recamier, Amussat, Sibold и Kilian ампутировали шейку при раковомъ поражениі.

Lisfranc, сдѣлавши 99 ампутацій, говоритъ, что подобная операція должна быть производима только при раковомъ поражениі шейки и хроническїи метритъ считалъ противупоказаніемъ.

Производя ампутаціи шейки матки, Lisfranc замѣтилъ весьма важный фактъ, а именно: послѣ ампутаціи матка сохраняла способность къ зачатію и изгнанію плода въ свое время; подобныхъ случаевъ было 9 и въ одномъ наступили преждевременные роды. Вспомнивъ, какъ трудно было въ то время поставить правильный діагнозъ между карциномою и хроническимъ метритомъ, осложненнымъ измѣненіями на губахъ зѣва, можно предположить, что Lisfranc, считая показаніемъ къ операціи только карциному, оперировалъ также и при хроническомъ метритѣ и замѣченный имъ фактъ относительно способности матки къ зачатію въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть отнесенъ къ послѣднему заболѣванію.

Съ развитіемъ гинекологіи и, въ особенности, съ введеніемъ антисептики показанія къ ампутаціи влагалищной части стали увеличиваться.

¹⁾ Oeuvres d'Ambroise Paré. T. II, стр. 744.

²⁾ Lisfranc. Clinique de la Pitié. Par. 1843 г. B. III.

Такъ Huguier ¹⁾ въ 1859 году производилъ эту операцію главнымъ образомъ при выпаденіяхъ матки, зависящихъ отъ надвлагалищной гипертрофіи шейки.

При давно существующей гипертрофіи влагалищной части матки, безъ выпаденія, замѣтили, что мѣстныя кровопусканія, различнаго рода разрѣшающія средства и мѣстныя прижиганія также не приносили ожидаемой пользы и въ подобныхъ случаяхъ стали производить ампутацію шейки.

Dr. Thoman ²⁾ въ 1868 г., желая вызвать частичную инволюцію матки при гипертрофіи шейки, ампутировалъ послѣднюю экразеромъ.

Многіе гинекологи производили эту операцію съ хорошимъ успѣхомъ.

Въ 1874 году Шредеръ ³⁾ высказался уже положительно категорически, что излеченія гипертрофированной влагалищной части можно ожидать только отъ ампутаціи.

Leroty ⁴⁾ при гипертрофіи шейки ампутируетъ ее на 1—2 сант. и смотритъ на эту операцію, какъ на радикальное средство.

Что касается до примѣненія ампутаціи влагалищной части, какъ средства для леченія хроническаго метрита, то операція эта все чаще и чаще стала практиковаться послѣ опубликованныхъ наблюденій С. Braun'a.

Какъ показанія къ ампутаціи *p. v.* все болѣе и болѣе расширялись, такъ и способы производства операціи значительно измѣнились.

Вначалѣ шейку ампутировали слѣдующимъ образомъ, какъ объ этомъ пишетъ Leblond ⁵⁾: больная лежитъ на спинѣ, опе-

¹⁾ Huguier. Memoir sur les allongements hypertrophiques du col de l'uterus Paris 1860.

²⁾ Dr. Thoman. Amputation der hypertrophirten vaginal portion der Gebärmutter mit gunstigen therapeut. Jahrbücher B. 142. S. 45.

³⁾ Schroeder. Hand. der Kranch. der Geschlechtsorgane. Leipz. 1874 г.

⁴⁾ Leroty. Hypertrophie de la portion vaginal du col. 1878 г.

⁵⁾ Leblond. De l'amputation du col de l'uterus. Cong. périod. internat. d. sc. med. Compte-rendu. Genew 1878 г.

раторъ вводитъ во влагалище указательный и средній пальцы лѣвой руки до шейки и по нимъ проводитъ мюзеевскіе щипцы и, фиксировавъ ими шейку, передаетъ ихъ помощнику; затѣмъ правой рукою по руководству пальцевъ вводитъ во влагалище длинныя ножницы, изогнутыя по плоскости, до шейки и затѣмъ медленно отрѣзываетъ циркулярный кусокъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда находили нужнымъ, чтобы влагалищная часть была видна во входѣ рукава, низводили матку постепенно книзу, въ продолженіи 10—12 минутъ и затѣмъ уже ампутировали ножницами или ножемъ. Когда кровотеченіе было сильное, то вводили въ рукавъ зеркало и прикладывали къ ампутаціонной ранѣ тампоны, пропитанные растворомъ *liq. ferri sesquichlor.*, а если это не помогало, то прижигали каленымъ желѣзомъ.

Лисфранкъ ¹⁾ оперировалъ, обнажая влагалищную часть двухстворчатымъ зеркаломъ, причемъ матка низводилась внизъ на сколько это было возможно; въ тѣхъ же случаяхъ, когда низведеніе не удавалось, оперировалъ *in situ*. Лисфранкъ боялся даже вводить тампоны, чтобы не вызвать этимъ перитонита, а для остановки сильныхъ кровотеченій, болѣе 16 — 24 унцій, прибѣгалъ къ горячимъ душамъ.

Sims ²⁾, боясь кровотеченій, раздѣлялъ операцію на два раза: раздѣливши шейку ножницами съ обѣихъ сторонъ до мѣста соединенія съ влагалищемъ, отдѣлялъ одну губу и, переждавъ одинъ, или два менструальныхъ періода, чтобы ампутаціонная рана зажила, отнималъ другую губу.

Но подобные способы ампутацій ножемъ или ножницами совершенно оставлены, такъ какъ ампутаціонная рана, заживая медленно, путемъ нагноенія, даетъ неправильный рубецъ, который, сокращаясь въ послѣдствіи, ведетъ къ послѣдовательному суженію зѣва, а прикладываніе тампоновъ тотчасъ послѣ операціи можетъ повести къ задержкѣ раневыхъ отдѣленій и къ ихъ разложенію.

¹⁾ Lisfranc. Jahrbücher. B. 5. 1835 г.

²⁾ Sims. Клиника маточной хирургіи 1871 г.

Въ 1859 Sims ¹⁾ первый предложилъ накладывать швы на ампутаціонную рану; случай этотъ онъ описываетъ такъ:

«Въ 1859 году ко мнѣ была прислана пациентка для ампутаціи шейки; больная не могла долго оставаться въ клиникѣ, почему я рѣшилъ отнять шейку экразеромъ. Послѣ того какъ больная была наэфирована, я узналъ, что единственный имѣвшійся экразеръ сломался. Мнѣ не оставалось поэтому другого выбора, какъ произвести операцію ножницами. Шейка была осторожно притянута впередъ и удержана крючкомъ, вколотымъ въ переднюю губу, и въ то же время я разрѣзалъ шейку съ двухъ сторонъ почти до мѣста прикрѣпленія влагалища, затѣмъ быстро отдѣлилъ переднюю, а потомъ заднюю губу. Я намѣревался предоставить по обыкновенію поверхности зажить грануляціоннымъ процессомъ, что потребовало бы отъ 3 до 6 недѣль. Но, пока я изслѣдовалъ рану и пережидалъ окончанія кровотеченія, у меня вдругъ явилась мысль покрыть поверхность разрѣза слизистою оболочкою влагалища, такимъ же образомъ, какъ мы покрываемъ ампутаціонную культу плеча или бедра кожей послѣ циркулярнаго разрѣза. Я тотчасъ же провелъ 4 серебряныя проволоки, по двѣ съ каждой стороны канала шейки, спереди назадъ чрезъ поверхность разрѣза влагалища, чрезъ что слизистая оболочка такъ натянулась на культу, что послѣдняя была вполне покрыта и лишь въ срединѣ ея осталось маленькое отверстіе, соответствовавшее отверстію канала шейки. Заживленіе произошло *per primam intentionem*; швы были удалены въ теченіе 8—10 дней».

Sims сталъ горячо рекомендовать этотъ способъ операціи, имѣя въ виду ускорить заживленіе раны, которая остается закрытою, и пользоваться швами для остановки кровотеченія.

Способъ подобнаго наложенія швовъ не могъ удержаться въ гинекологіи, потому что швы, соединяя только слизистую оболочку, не гарантируютъ отъ кровотеченія и скопленія крови за швами съ послѣдовательнымъ ея разложеніемъ. Но еслибы даже скопленія крови за швами не послѣдовало, то при заживленіи и послѣдующемъ стягиваніи рубца получается слишкомъ маленькое наружное маточное отверстіе, или же даже полное закрытіе зѣва.

Стягиваніе измѣненной слизистой оболочки при плотной р. v. не удается. Наконецъ, самый способъ наложенія швовъ можетъ быть примѣненъ только при полной ампутаціи, а не при частичномъ ея вырѣзываніи.

¹⁾ Sims. l. c.

Негар видоизмѣнилъ способъ наложенія швовъ и предложилъ проводить ихъ глубоко подъ поверхностью раны и соединять слизистую оболочку влагалища съ слизистой оболочкою цервикальнаго канала. Швы, наложенные по способу Негар'а, хорошо сдавливаютъ кровоточащія сосуды и не позволяютъ крови скопляться за ними.

Мартинъ по способу Негар'а произвелъ 45 ампутацій и замѣтилъ, что иногда бываетъ довольно трудно привести въ тѣсное соприкосновеніе края вагинальной и цервикальной слизистой оболочки; онъ часто наблюдалъ прорѣзываніе швовъ, кровотеченіе и заживленіе раны не первымъ натяженіемъ; наконецъ вытянутая слизистая оболочка цервикальнаго канала остается долгое время въ раздраженномъ состояніи отъ секрета вагины.

Въ виду того, что ампутація по способу Негар'а даетъ слишкомъ сильное натяженіе въ ранѣ, особенно при плотной и увеличенной въ объемъ р. ч., было предложено нѣсколько новыхъ способовъ.

Simon ¹⁾ предложилъ воронкообразное вырѣзываніе — *kegelmantelformige*; Kehrer ²⁾ — пирамидальное вырѣзываніе; Fritsch ³⁾ — клиновидное вырѣзываніе.

По каждому изъ этихъ трехъ способовъ мы можемъ удалить по возможности большій кусокъ изъ ткани шейки и этимъ уменьшить напряженіе въ ранѣ и получить зіяющій маточный зѣвъ.

Мы не будемъ входить въ критическій разборъ этихъ методовъ, но опишемъ ниже методъ операціи, который примѣнялся въ нашихъ случаяхъ.

Теперь переходимъ къ изложенію случаевъ С. Braun'а, который говоритъ, что Heschl, Kolliker и другіе весьма обстоя-

¹⁾ Ueber die kegelmantelformige Excision der Vaginalportion und ihre Anwendung. Archiv für Gynaecologie, 1875 г. В. 8-й.

²⁾ Kehrer. Operationen an der Portio vaginalis. Archiv für Gynaecologie В. 10. 1876.

³⁾ Fritsch. Die Lageferänderungen und die Entzündungen der Gebärmutter. Deutsche chirurgie herausgegeben von Billroth und Luccke 1885 г.

тельно разобрали обратный жировой пуэрперальный метаморфозъ матки. Жировое перерождение фиброидовъ, полиповъ, карциномъ есть анатомически извѣстный фактъ, что же касается до жировой инволюціи небеременной матки при соединительно-тканыхъ новообразованіяхъ, хроническомъ инфарктѣ, гипертрофіи тѣла и влагалищной части, при кажущемся prolaps'ѣ или, какъ выражается Вирховъ, при выпаденіи матки безъ опущенія, онъ, Braun, въ литературѣ указаній не нашелъ. Далѣе С. Braun говоритъ, что инволюція матки послѣ ампутаціи губъ при гипертрофіи влагалищной части наступаетъ почти всегда, причемъ длина полости матки укорачивается чаще всего на половину, стѣнки ея становятся тоньше, чего нельзя объяснить только потерю маточныхъ губъ. Въ одномъ случаѣ больная умерла черезъ мѣсяць послѣ ампутаціи отъ воспаленія почекъ и при вскрытіи нельзя было констатировать ни существовавшего выпаденія матки, ни увеличенія объема, ни инфаркта, ни удлиненія, ни утолщенія ея стѣнокъ.

Микроскопическое изслѣдованіе ткани матки произведено было профессоромъ Wedl'емъ, который нашелъ, что уменьшеніе органа наступило отъ жировой метаморфозы гипертрофированной соединительной ткани.

Наблюденіе первое. Выпаденіе матки безъ опущенія. Полная жировая инволюція. Смерть отъ воспаленія почекъ, мочевого пузыря и брюшины. Больная 29 лѣтъ, была принята въ клинику 30-го апрѣля 1863 г. Послѣдніе роды были два года тому назадъ. При изслѣдованіи было найдено, что передъ наружными половыми частями находится опухоль немного болѣе куриного яйца, на концѣ которой видна поперечная щель, окруженная плоскими язвами; черезъ эту щель маточный зондъ проникалъ на 6 дюймовъ. Передняя губа влагалищной части сильно гипертрофирована.

Дно матки при наружномъ оцупываніи или при помощи зонда стоитъ на $\frac{1}{2}$ до 1-го дюйма надъ лоннымъ соединеніемъ.

Подвижность матки ограничена, повидимому, вслѣдствіе фиксаціи къ задней стѣнкѣ таза какимъ-то организованнымъ эксудатомъ.

Такъ какъ пациентка очень страдала отъ задержанія мочи и не выносила никакого пессарія, то 22 мая передняя губа была ампутирована гальвано-каустическою петлею, причемъ удаленъ кусокъ длиною въ 4 линіи и шириною въ квадратный дюймъ. Черезъ три недѣли послѣ операціи развился метеоризмъ при сильномъ лихорадочномъ колебаніи, сильная болѣзненность

внизу живота, главнымъ образомъ, по направленію горизонтальныхъ вѣтвей лобковыхъ костей; къ этому присоединилась крайне вонючая моча, содержащая много гноя. Послѣ продолжительнаго метеоризма быстрый упадокъ силъ и 22 іюня смерть. При вскрытіи найдено, что передняя стѣнка матки мѣстами была фиксирована къ лонному соединенію соединительно-тканными перемычками; между маткою и переднею стѣнкою таза находятся хлопья гнойнаго эксудата. Петли Pei и S. R. соединены съ задней стѣнкою матки и съ задней стѣнкою таза; свободные промежутки между ними наполнены гнойнымъ эксудатомъ.

Матка длиною только въ 3 дюйма; слизистая оболочка сѣраго цвѣта; ампутаціонная рана зарубцована и рубецъ много меньше, чѣмъ первоначальная рана; слизистая оболочка мочевого пузыря инъецирована, мѣстами покрыта крупозными пленками; мочеточники расширены, почечныя лоханки наполнены гноемъ, ткань почекъ воспалена.

Микроскопическое изслѣдованіе ткани матки, вынутой изъ трупа, какъ уже это было сказано, было произведено профессоромъ Wedl'емъ.

Наблюденіе второе. Инволюція матки съ $4\frac{1}{2}''$ на $2\frac{3}{4}''$. Больная 19 лѣтъ, принята 1 апрѣля 1859 г.; 29 мая 1857 г. родила доношеннаго ребенка и съ ноября 1858 г. стала страдать болѣзненными менструаціями; за три недѣли до поступленія въ клинику стала страдать выпаденіемъ матки. При изслѣдованіи: между наружными половыми органами видна опухоль клиновидной формы, розовато-краснаго цвѣта, длиною болѣе $2\frac{1}{2}''$, на концѣ ея можно различить наружный зѣвъ; влагалищную часть можно прослѣдить вдоль по рукаву на 2 дюйма. Тѣло матки немного увеличено и вполнѣ подвижно, рукавъ не инвертированъ. Зондъ проникаетъ на $4\frac{1}{2}''$. 4 апрѣля гальванокаустической петлею отнять кусокъ длиною въ $1\frac{1}{2}''$. 30 апрѣля пациентка выписана. Зондъ въ этотъ день входилъ только на $2\frac{3}{4}''$. Въ слѣдующемъ году она родила благополучно и вполнѣ здорова.

Наблюденіе третье. Инволюція матки съ 7 на 3 дюйма. Больная 28 лѣтъ, не замужняя, принята въ клинику 14 декабря 1860 г. Въ 1854 г. родила и послѣ родовъ подняла тяжесть и вслѣдъ за этимъ произошло выпаденіе матки. Въ теченіе двухъ лѣтъ носила безуспѣшно маточное кольцо, которое въ послѣдній годъ она уже не могла удалить изъ влагалища.

При изслѣдованіи: между большими срамными губами находится опухоль, флюктуирующая по всей передней поверхности, величиною съ дѣтскую головку; на нижнемъ концѣ опухоли находятся губы зѣва, которыя покрыты многочисленными язвами. Изъ растянутаго пролябирующаго мочевого пузыря выпущена моча и тогда въ заднемъ сводѣ найденъ старый инкрустированный каучуковый пессарій, который съ большимъ трудомъ удаленъ корнцангомъ, послѣ чего опустилась и задняя стѣнка влагалища. Дно матки заняло нормальное положеніе; зондъ показывалъ длину матки въ 7 вѣнскихъ дюймовъ. 14-го марта гальванокаустической петлею отнять толстый кусокъ шейки въ одинъ квадратный дюймъ. 4-го апрѣля найдено, что влагалищная часть сформировалась, струпъ повсюду отдѣлился; выпавшая часть немного отечна и

для уничтоженія отека дѣлали бинтованіе липкимъ пластыремъ. Репозиція проляпса. 1 мая гранулирующую раневую поверхность прижигали каутеромъ.

Въ началѣ іюня кончилось рубцованіе, матка уменьшилась до 4" (на 3 дюйма).

Наблюденіе четвертое. Инволюція матки съ 5" на 3" длины. Больная 46 лѣтъ. Принята 17 іюля 1862 г. Рожала два раза въ 1852 г. и въ 1854 г. безъ помощи; два года тому назадъ подняла тяжелую ношу и съ тѣхъ поръ стала страдать выпаденіемъ матки; съ годъ носить кольцо. При изслѣдованіи найдено: передъ наружными половыми частями находится опухоль величиною болѣе кулака, которая въ нижней части разщепляется на двѣ губы, переднюю и заднюю, изъ которыхъ задняя плоска, тонка и на $1\frac{1}{2}$ " короче передней; послѣдняя толста, припухла и покрыта многими язвами. Зондъ проникалъ на 5 дюйм. надъ нижнемъ краемъ передней губы. 10 іюля сдѣлано отнятіе передней губы экразеромъ Шассенъяка, безъ реакціи. Послѣ прижигали рану нѣсколько разъ Arg. nitr. 3 августа полное рубцованіе и зондъ входилъ только на 3" надъ наружными краями маточнаго зѣва. 7 августа больная выписана здоровою.

Наблюденіе пятое. Инволюція матки съ 5" на $2\frac{1}{2}$ " длины. Больная 36 лѣтъ, принята 5 мая 1863 г.; 16 мѣсяцевъ тому назадъ родила и съ тѣхъ поръ считаетъ себя больною. Жалуется главнымъ образомъ на чувство тяжести въ тазу и на затрудненіе при ходьбѣ. Передъ наружными половыми частями находится увеличенная влагалищная часть; дно матки на нормальной высотѣ; матка увеличена на счетъ шейки—supra и infravaginal'ной части ея. Зондъ входилъ немного болѣе 5". Такъ какъ употребленіе пессарія не приносило облегченія, то 20 мая сдѣлали ампутацію гальванокаустическою петлею. Съ обѣихъ губъ отняли кусокъ длиною въ 3 линіи. Рубцованіе быстро прошло и проляпсъ исчезъ уже во время рубцованія. При изслѣдованіи 23 іюня ни при ходьбѣ, ни при стояніи влагалищная часть не показывалась передъ срамными губами; полость матки только $2\frac{1}{2}$ ". 24 іюня пациентка выписалась здоровою.

Наблюденіе шестое. Инволюція матки съ $4\frac{1}{2}$ " на $2\frac{1}{2}$ ". Больная 32 лѣтъ, не замужняя, принята 6 октября 1863 г. Послѣдніе роды 6 мѣсяцевъ тому назадъ. Послѣ родовъ черезъ 9 дней начала тяжелую работу, появилось кровотеченіе и на 14 день послѣ родовъ образовалось выпаденіе. При изслѣдованіи: передъ наружными половыми частями находится мягкая опухоль величиною, приблизительно, съ куриное яйцо, на нижнемъ концѣ которой находится наружный маточный зѣвъ, окруженный экскоріаціями; влагалище сильно инвертировано. Дно матки на нормальной высотѣ, шейка сильно утолщена надъ и подъ сводами, полость матки $4\frac{1}{2}$ ".

Послѣ того какъ убѣдились въ непримѣнности разнаго рода пессаріевъ, 1-го ноября сдѣлали ампутацію гальванокаустической петлей; отняли кусокъ въ $3\frac{1}{2}$ линіи, причемъ удалили болѣе съ передней губы, какъ болѣе длинной. 15-го декабря вовремя изслѣдованія нашли, что поверхность рыльца, которую нѣсколько разъ прижигали acetic. pyrolignos. почти зарубцовалась;

полость матки $2\frac{1}{2}$ ". Больная поправилась. 30-го января при изслѣдованіи найдено, что матка въ томъ же положеніи, несмотря на то, что пациентка работала и поднимала тяжести.

Наблюденія dr. Fürst'a изъ клиники проф. Gustav Braun'a ¹⁾).

Наблюденіе первое. Полное выпаденіе небеременной матки. Recto и Cystocele vaginalis. Ампутація изъ инфравагинальной части куска длиною въ $1\frac{1}{2}$ ". Уменьшеніе длины матки съ $5'' 7'''$ на $2'' 10'''$. Больная 45 лѣтъ, принята 7-го іюня 1863 года. На 20 году начала менструировать и регулы были правильны. Рожала два раза. Послѣдніе роды 15 лѣтъ тому назадъ. Послѣродовой періодъ протекалъ правильно. Нѣсколько недѣль тому назадъ, больная безъ всякой причины почувствовала ощущеніе тяжести во влагалищѣ, одновременно появилось затрудненное мочеиспусканіе и испражненіе; наконецъ показалась опухоль между срамными губами; въ настоящее время чувствуетъ затрудненіе при ходьбѣ и боли внизу живота.

При наружномъ изслѣдованіи: между большими губами замѣтна опухоль, величиною почти съ дѣтскую головку, подвижная, довольно упругая, покрытая какъ бы слизистою оболочкою. Опухоль пролябируетъ между бедрами, на переднемъ концѣ ея находится поперечная щель болѣе дюйма; края щели утолщены, передній край въ поперечникѣ болѣе $1\frac{1}{2}$ дюймовъ. На поверхности обѣихъ губъ замѣчается поверхностная потеря ткани, величиною приблизительно въ 3—4 зильбергроша. Маточный зондъ проходитъ на $5'' 7'''$. Послѣ репозиціи опухоли кончикъ инструмента прощупывается ясно чрезъ брюшные покровы въ области пупка. При введеніи зонда на 2 дюйма въ цервикальный каналъ ощущалось препятствіе и зондъ шелъ дальше только при извѣстномъ поворотѣ, а именно когда вогнутость зонда была обращена кзади. Отъ наружнаго отверстія цервикальнаго канала до дна матки — $5'' 7'''$.

Вложенъ Hebelpessarium, который неоднократно выходилъ изъ влагалища, особенно послѣ дефекаціи, потому что матка была тяжела, а стѣнки вагины не обладали значительной упругостью. Больная лежала 3 недѣли въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ, но длина матки не уменьшилась и при измѣреніи равнялась $5'' 7'''$. Задняя губа вдавалась во влагалище на 2". Послѣ этого рѣшили сдѣлать ампутацію задней губы посредствомъ гальванокаустической петли.

Во время операціи, когда петля была наложена на заднюю губу и раскалена и уже можно было констатировать ея дѣйствіе, она разорвалась, потому что заѣхла за мюзеескій крючекъ; тогда кончили операцію экразеромъ.

Во избѣжаніе кровотеченія, влагалище затампонировали. Черезъ часъ наступило значительное кровотеченіе, которое въ продолженіе часа не останавли-

¹⁾ Dr. Ludwig. Fürst. Beiträge zur fettigen Involution des Uterus bei Bindegewebsentartung desselben nach Amputation der vorderen und hinteren Lippe der Vaginalportion. Mittheilungen aus der Geburtshilfflich-gynäkologischen Klinik des Professors Gustav Braun in Wien. Wiener medizinische Presse. 1866 r. VII.

валось, тогда тампоны были удалены и сдѣлана инъекція во влагалище холодной воды; снова введены тампоны, смоченные въ растворѣ liq. ferri sesquichloreti. Кровотеченіе прекратилось. Спустя три дня послѣ операціи тампоны удалены и влагалище промыто тепловатою водой. Черезъ 8 дней струпь вполне отпалъ и ампутаціонная рана была чиста и слегка кровоточила. На 12-й день послѣ операціи снова повторилось кровотеченіе и снова потребовалось употребленіе liq. ferri sesquichloreti.

Въ первыхъ числахъ іюня мѣсяца пациентка жаловалась на ощущеніе тяжести и боли въ лѣвой паховой области и задержку испражненія; мочеиспусканіе было свободно. Больная была выписана. Въ октябрѣ 1863 г. снова принята въ клинику. При изслѣдованіи оказалось: ампутаціонная рана вполне зажила; длина полости матки равнялась 4" 2''; на передней маточной губѣ замѣтна язва, величиною съ талеръ, неровная, какъ бы посыпанная пескомъ, свѣтло-красная, легко кровоточивая, края ея были приподняты.

Для леченія язвы прибѣгали къ различнымъ средствамъ: растворы Arg. nitric, карандаши Filhosa, cuprum sulfuric., дымящаяся азотная кислота, каленное желѣзо; подобное леченіе продолжалось 11 недѣль безъ всякаго успѣха и полость матки имѣла прежнюю длину, т. е. 4" 2''.

Тогда ампутировали переднюю губу аппаратомъ Middeldorpf'a. Заживленіе раны послѣдовало довольно скоро и при осмотрѣ черезъ 4 недѣли оказалось, что передняя и задняя губы покрыты эпителиемъ и имѣютъ нормальный видъ. Длина маточной полости—2" 10''. На четвертый день послѣ операціи въ вагину введенъ Nebelpessarium и пока онъ лежалъ, пациентка не ощущала боли внизу живота, мочеиспусканіе и испражненіе были не затруднены. Послѣ удаленія пессарія снова появились эти припадки; при этомъ замѣтили, что матка черезъ 4 дня имѣла длину 3" 4''; пессарій снова введенъ и черезъ 5 дней полость матки 2" 10''. Припадки всѣ исчезли и больная, съ вложеннымъ пессаріемъ была выписана.

Наблюденіе второе. Anteversio uteri non gravidi. Infarctus uteri et hypertrophia portionis vaginalis.

Ампутація куска инфравагинальной части длиною въ 1¹/₂". Уменьшеніе длины матки съ 4" 6''' на 2" 10''. Больная 48 лѣтъ, принята 7-го апрѣля 1864 года. Въ ноябрѣ 1863 года простудилась и почувствовала боль внизу живота, которая распространялась отъ крестца до колѣнъ. Мочеиспусканіе было учащено; моча выдѣлялась только каплями; дефекація затруднена. Больная должна была отказаться отъ своихъ занятій.

Первая менструація была на 16 году, до 19 лѣтъ страдала аменорреей. Послѣ возвращенія регулъ черезъ 6 мѣсяцевъ забеременѣла и выкинула на 4-мъ мѣсяцѣ. Вторая беременность также не дошла до конца и въ первую треть появилось значительное кровотеченіе и выкидышъ. Эта метроррагія продолжалась въ теченіе послѣродового періода и въ послѣдующіе 8 мѣсяцевъ, хотя менѣе сильно. Въ послѣдніе годы больная теряла много крови во время регулъ. Была беременна въ 3-й и 4-й разъ. Послѣдніе роды, что было 10 лѣтъ тому назадъ, окончены поворотомъ и экстракціей послѣдующей головки; въ

постели оставалась 3 дня. Послѣ первыхъ родовъ стала чувствовать, что матка опускается.

При изслѣдованіи: влагалищная часть, особенно передняя губа, сильно увеличена, болѣе 2 дюймовъ въ длину, почти хрящевой консистенціи; въ переднемъ сводѣ прощупывается кругловатая, отчасти эластичная и легко подвижная опухоль, связь которой съ р. v. легко доказать, хотя угла нигдѣ нельзя найти. Зондъ входитъ безъ препятствія въ полость матки до дна на 4" 6", считая отъ наружнаго отверстія. Слегка приподнимая наклоненную ручку зонда, можно вывести матку изъ передняго свода и тогда пуговка прощупывается чрезъ брюшные покровы надъ лоннымъ соединеніемъ. При осмотрѣ зеркаломъ: края маточнаго рыльца слегка экскорірованы, orif. externum открыто, круглой формы.

Такъ какъ хрящевая консистенція р. v. привела въ сомнѣніе при постановкѣ діагноза, то вырѣзали изъ нея небольшой кусокъ для микроскопическаго изслѣдованія и проф. Wedl констатировалъ простое разроженіе элементовъ соединительной ткани. Пациентка носила Hebelpessarium въ продолженіе 13 дней и сила припадковъ уменьшилась, въ особенности со стороны мочеиспусканія, но боли въ лѣвой конечности и въ поясничной области не прекращались. Убѣдившись, что болѣзнь зависѣла отъ гипертрофіи р. v., рѣшили ампутировать послѣднюю. Пессарій вынуть. Сдѣлана ампутація гипертрофированной р. v., изъ которой удаленъ кусокъ длиною въ 1¹/₂".

Операція начата аппаратомъ Midderdorpf'a, который пришлось оставить, такъ какъ гальванокаустическая петля не накаливалась отъ того ли, что аппаратъ испортился, или мало было жидкости, или проводникъ разъединился. Послѣ этого G. Braun хотѣлъ сдѣлать ампутацію лигатурою Maisonneuve'a и наложилъ петлю приблизительно на ¹/₂ дюйма ниже мѣста прикрѣпленія влагалища (передъ ампутаціей пузырь катетеризованъ, а матка низведена пулевыми щипцами), но и это не повело къ цѣли, такъ какъ петля при натяженіи винтомъ довольно сильно вытянулась; повторно наложили укороченную петлю, но удаленіе р. v. не удалось; тогда прибѣгнули къ Зибольдовскимъ полиннымъ щипцамъ, которыми и удаленъ большой кусокъ очень помятой передней губы.

Не смотря на механическое насиліе, въ первые три дня послѣ операціи никакихъ осложненій не было. На 4-й день, чтобы способствовать всасыванію опухшей культи, раневая поверхность смазана разведенной Tinct. Jodi.

8-го мая состояніе было тоже, но вечеромъ сильный знобъ и температура поднялась; ночь безъ сна, боли внизу живота; животъ вздутъ; температура 39° Ц. Пульсъ 120. Изъ влагалища выдѣляется гноевидный секретъ съ дурнымъ запахомъ. 11-го мая къ сказанному присоединилась частая рвота. 12-го чувствительность внизу живота уменьшилась. Пульсъ 100, температура 37,5°. Рвоты нѣтъ. Отдѣленіе по прежнему. 13-го Diarrhoea 4 раза; менструація. 17-го менструація прекратилась. 18-го при изслѣдованіи: влагалищная часть значительно уменьшилась въ объемъ, длина ея равна ¹/₂", стоитъ по проводной линіи. Задній сводъ немного выпяченъ, чрезъ него прощупывается не-

подвижная опухоль эластической консистенціи, величиною съ кулакъ; опухоль эта принята за инкапсулированный перитонеальный экссудатъ. Назначены суппозитории с. kalio iodato, ванны и спринцованія. 22-го мая знобъ, t° 40,5. Пульсъ 120; чувствительность внизу живота не повышена. Назначено Inf. Digitalis ex β par. β VI. 26-го Пульсъ 80, t° 36,4; опухоль въ заднемъ сводѣ сохраняетъ прежнюю величину, но мягче. Влагалищная часть плотнѣе, длиною въ $\frac{1}{4}$ " , менѣе объемиста; ампуціонная рана заживаетъ. Лечение perimetrit'a тоже. 1-го іюня жидкія испражненія 2—3 раза въ день; больная жалуется въ послѣднее время на сильныя тенезмы; послѣднее явленіе объяснено при изслѣдованіи recti стенозомъ кишки, передняя стѣнка которой прижата экссудатомъ къ крестцовой впадинѣ; при изслѣдованіи рубецъ на передней губѣ р. v. свѣтло-красноватый. Длина полости матки 3".

10-го іюня. Экссудатъ съ голубиное яйцо. Матка меньше, легче. Тѣло матки не прощупывается въ переднемъ сводѣ. 12-го іюня пациентка выписана и во влагалище вложенъ пессарій. 8-го октября пациентка приходила въ клинику и заявила, что боли втеченіи 4-хъ мѣсяцевъ прекратились и она принялась за свои обычныя занятія и только нѣсколько дней стала чувствовать коликообразныя боли въ полости живота. При изслѣдованіи найденъ coprosthesis, какъ причина болей.

Экссудатъ всосался. Влагалищная часть стоитъ по проводной оси и имѣетъ форму кончика пальца. Длина полости матки 2"10". Пессарій лежалъ на мѣстѣ.

Послѣ этихъ наблюденій гинекологи, видя бесполезность различныхъ средствъ при леченіи хроническаго метрита, стали чаще и чаще прибѣгать къ ампуціи шейки.

Такъ Шпигельбергъ ¹⁾ говоритъ, что самые лучшіе результаты получаютъ послѣ ампуціи влагалищной части при гиперплазії шейки, гдѣ не преобладаетъ удлиненіе, при существованіи катарра и безъ него, а также и его послѣдствій—эрозій, фолликулярныхъ и папиллярныхъ разраженій; при заболѣваніи шейки, которое часто остается послѣ родовъ или же зависитъ отъ другихъ причинъ и является какъ слѣдствіе хронической гипереміи, какъ воспалительная индурация у женщинъ замужнихъ, но безплодныхъ. Иногда шейка представляетъ диффузное «фиброидное» перерожденіе, но процессъ рѣдко ограничивается шейкою и въ большинствѣ случаевъ захватываетъ весь органъ—«хроническій метритъ—инфарктъ». Далѣе Шпигельбергъ гово-

¹⁾ Spiegelberg. Ueber die Amputation des Scheidentheiles der Gebärmutter. Archif. f. Gynaekol. Band. 5. 1873 г.

рять, что известно, какъ часто хроническій метритъ упорно противостоитъ различнымъ средствамъ какъ общимъ, такъ и мѣстнымъ, даже каленному желѣзу и глубокимъ инцизіямъ; если убѣдились въ бесполезности этихъ средствъ, что замѣчаемъ скоро при сильной степени заболѣванія, тогда самое лучшее удалить въ большинствѣ случаевъ пораженную влагалищную часть. Во многихъ случаяхъ исцѣленіе наступаетъ тотчасъ же. При одновременномъ заболѣваніи тѣла удаление влагалищной части дѣйствуетъ очень благопріятно.

D-r. Odebrecht ¹⁾ сообщаетъ, что ампутація влагалищной части была сдѣлана въ клиникѣ Негар'а и въ частной практикѣ 99 разъ; въ число этихъ ампутацій входятъ ампутаціи *infra* и *supravaginal'*ной части. Показаніями къ операціи было:—сарцинома 15 разъ, торпидное папиллярное изъязвленіе около рыльца, отчасти на уплотненномъ основаніи,—11 разъ, при простой циркулярной гипертрофіи влагалищной части съ увеличеніемъ тѣла, или безъ него, обыкновенно же при хроническомъ инфарктѣ—всего 25 разъ; какъ предварительная операція при выпаденіяхъ матки (иногда ею одною довольствовались) 17 разъ; при *elongatio* съ суженіемъ наружнаго или внутренняго зѣва или всего канала, съ дисменореей и безплодіемъ—всего 31 разъ. При описаніи результатовъ операціи сказано, что изъязвленія, для леченія которыхъ долгое время употреблялось каленое желѣзо, послѣ ампутаціи совершенно проходили и въ одномъ случаѣ безплодія наступила беременность.

Odebrecht говоритъ, что онъ не можетъ дать подробныхъ свѣдѣній о результатахъ ампутаціи при циркулярной гипертрофіи влагалищной части, находящейся обыкновенно въ связи съ хроническимъ увеличеніемъ *corporis uteri*. Успѣхъ часто оставался неизвѣстнымъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ былъ довольно хорошъ, тѣмъ болѣе, что до этого въ теченіе долгаго времени были испробованы безуспѣшно другія средства. Въ

¹⁾ D-r. Odebrecht. Ueber die Amputation des Gebärmutterhalses. Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie Band. III, 1874.

одномъ случаѣ безплодія въ теченіе 9 лѣтъ, наступила беременность.

Markwald, описывая способъ операціи, предложенной Simon'омъ, между показаніями къ ампутаціи шейки считаетъ также хроническое воспаленіе р. v. или же всей матки.

Leopold¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе о клинообразной эксцизии обѣихъ маточныхъ губъ у больной 40 л., которая жаловалась на сильныя боли въ животѣ и крестцѣ, на чувство тяжести подъ ложечкою, кровотеченія и слизистыя истеченія. При изслѣдованіи было найдено, что vulva сильно зіяла, вслѣдствіе стараго разрыва промежности; матка была значительно увеличена, отклонена и изогнута взадъ; тѣло матки болѣзненно и подвижно кпереди. Полость матки была увеличена. Обѣ губы хоботообразны, сильно утолщены; слизистая оболочка эктропирована. Поставленъ діагнозъ *hypertrophia colli uteri infravaginalis. Retroflexio et descensus uteri*. 29 Сентября передъ операціей наложена на шейку эластическая лигатура и вырѣзано по большому клиновидному куску, сначала изъ задней, а потомъ изъ передней губы. Наложено по 3 глубокихъ и по 3 поверхностныхъ шва. Репозиція матки. Глицериновые тампоны. На слѣдующій день промываніе влагалища салициловымъ растворомъ. На 4-й день раневая поверхность склеилась *per grama*; всѣ швы удалены. Въ послѣдующіе дни салициловыя промыванія. На 9-й день ампутаціонная культа снаружи еще очень красна, слизистая оболочка выпячена, незначительное отдѣленіе гноя; матка въ *retroflex'ии*. Черезъ три недѣли послѣ операціи культа значительно меньше и уже. Обѣ губы закруглены. Припухлость слизистой оболочки цервикальнаго канала исчезла; слизистая оболочка втянулась. Полость матки меньше; матка легче и подвижнѣе. Самочувствіе хорошее.

Въ статьѣ Kehrer'a²⁾ объ операціяхъ на влагалищной части между показаніями мы находимъ, что ампутація шейки

¹⁾ Leopold. Mittheilungen aus der Gesellschaft für Geburtshülfe in Leipzig. 1875 г. Archiv. f. Gynaekol. Band. 9. 1876 г.

²⁾ Kehrer, l. c.

матки должна производиться при эксцентрической гипертрофii шейки съ сильнымъ утолщенiемъ, или изъязвленiемъ слизистой оболочки губъ. Если дѣло идетъ о долго существующемъ инфарктѣ съ гипертрофiей губъ, изъязвленiями, цервикальнымъ катарромъ, когда больныя жалуются на боли въ спинѣ и въ глубинѣ таза, на тяжесть внизу живота и когда всѣ эти явленiя значительно усиливаются при стоянii, ходьбѣ и работѣ, это тѣ случаи, которые прекрасно поддаются ампутацiи шейки. Kehrer, производя ампутацiи въ подобныхъ случаяхъ, наблюдалъ, что субъективныя жалобы на продолжительное время уменьшались, или же больныя чувствовали себя вполне здоровыми, пристрадавъ можетъ быть нѣсколько лѣтъ. При изслѣдованii было констатировано, что влагалищная часть уменьшалась, полость матки укорачивалась, весь органъ уменьшался.

A. Martin¹⁾ говоритъ, что при хроническомъ воспаленii матки, съ заболѣванiемъ слизистой оболочки или безъ него, мѣстная терапия мало помогаетъ и что ею нельзя достигнуть продолжительныхъ результатовъ при значительномъ развитii гипертрофированной соединительной ткани; въ настоящее время, продолжаетъ Мартинъ, можно сказать, что хроническiй метритъ не излечимъ при употребленii мѣстной лекарственной терапии. Немного лучшихъ результатовъ достигаютъ при продолжительныхъ скарификацiяхъ матки, но дѣйствiе ихъ сомнительно. Наилучшихъ результатовъ достигали при такомъ способѣ леченiя въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ уменьшенiя хроническаго катарра слизистой оболочки наступала беременность и гдѣ, затѣмъ, подъ влiянiемъ пуэрперальной инволюцiи гипертрофированная соединительная ткань возвращалась къ нормѣ. Мартинъ ссылается на изслѣдованiе Брауна, говоря, что подобная инволюцiя можетъ быть достигнута искусственнымъ путемъ—ампутируя влагалищную часть. Эта операцiя имѣетъ большой успѣхъ при циркулярной гипертрофii p. v. съ увеличенiемъ тѣла, или безъ него.

¹⁾ A. Martin. Zur Therapie der chronischen metritis. Berliner Klinische Wochenschrift 1878 г.

Мартинъ говоритъ далѣе, что онъ, послѣ продолжительнаго леченія хроническаго метрита чисто лекарственной мѣстной терапіей и мѣстными кровоизвлеченіями, обратился къ этому средству—ампутаціи влагалищной части и производилъ ее въ тѣхъ случаяхъ, когда вокругъ матки не было воспалительныхъ процессововъ, а также и тогда, когда болѣе или менѣе сильно утолщенная матка была еще мягка и сочна, равно и тогда, когда уже наступило рубцовое сморщиваніе. Мартинъ исключаетъ только тѣ случаи, гдѣ пуэрперальная инволюція была недавняго происхожденія и въ которыхъ можно было рассчитывать на успѣшность обыкновенныхъ резорбирующихъ средствъ. Изъ 109 ампутацій влагалищной части Мартинъ оперировалъ 72 раза по случаю хроническаго метрита. Во всѣхъ случаяхъ длинникъ и поперечникъ матки былъ болѣе или менѣе значительно увеличенъ (измѣреній не приведено), въ большинствѣ случаевъ шейка и въ особенности губы принимали участіе въ гипертрофій соединительной ткани. Больныя страдали: усиленной секреціей изъ половыхъ частей, неправильной менструаціей, болями въ крестцѣ и внизу живота, разстройствомъ пищеварительныхъ органовъ и разнообразными недомоганіями. Размѣры ампутированнаго куска колебались отъ 4 до 5 сантиметровъ. Первые 7—8 дней больныя оставались въ постели. При изслѣдованіи оказывалось, что длинникъ матки уменьшался на большую величину, чѣмъ отрѣзанный кусокъ.

Мартинъ выводитъ заключеніе, что не было сомнѣнія въ томъ, что вслѣдствіе реакціи на весь органъ произошло обширное измѣненіе *in toto*, благодаря которому длина полости матки уменьшилась на одинъ или два сантиметра.

Съ этимъ измѣненіемъ длины наступало и измѣненіе въ толщинѣ. Со временемъ консистенція матки приходила къ нормѣ и вмѣстѣ съ этимъ исчезали почти совершенно всѣ объективныя и, въ большинствѣ случаевъ, субъективныя жалобы больныхъ. Въ трехъ случаяхъ долго существовавшего безплодія наступила беременность. Мартинъ, сравнивая эти результаты съ прежними и при томъ полученными другимъ путемъ, приходитъ

къ тому заключенію, что ампутаціи шейки слѣдуетъ отдать предпочтеніе предъ всѣми другими средствами при леченіи хроническаго метрита. Тамъ, гдѣ обыкновенная терапия не ведетъ къ цѣли, тамъ, ампутируя шейку, достигаютъ вѣрнаго и скорого излеченія.

Ампутація шейки, по Мартину, можетъ быть произведена и въ раннихъ стадіяхъ развитія хроническаго воспаленія матки. Шредеръ ¹⁾ говоритъ, что ампутація влагалищной части приноситъ громадную пользу особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда толстая, гипертрофированная шейка вдается далеко въ просвѣтъ влагалища и что при этой операціи увеличенная матка не только теряетъ нѣкоторую часть, но вся гипертрофированная паренхима ея подвергается такому же обратному развитію, какъ въ послѣродовомъ періодѣ. Эта операція, по Шредеру, представляетъ еще и ту выгоду, что служитъ самымъ вѣрнымъ средствомъ для остановки обильныхъ, едва преодолимыхъ кровотеченій, происходящихъ иногда изъ воспаленной и утолщенной слизистой оболочки.

Leblond ²⁾ обращаетъ вниманіе на ампутацію шейки, какъ на лучшее средство при леченіи хроническаго метрита, когда болѣзнь противостоитъ другимъ терапевтическимъ средствамъ и когда послѣднія были тщетно испробованы.

Fritsch ³⁾ примѣняетъ при леченіи хроническаго метрита скарификаціи и глицериновые тампоны. Но, если вопреки леченію влагалищная часть остается весьма объемистой и если это не обуславливается легко опорожняемыми ovula Nabothi, то совѣтуетъ дѣлать клиновидную эксцизію изъ обѣихъ гипертрофированныхъ губъ влагалищной части.

Prof. Holst ⁴⁾ сообщилъ довольно интересный случай: больная 28 лѣтъ жаловалась на невралгію N. trigemini; менструація, которая показалась на 12 году, прекратилась на 16 году

¹⁾ Шредеръ. Женскія болѣзни. Цимсень, т. X, стр. 103.

²⁾ Leblond. Ann. de Gynec 1881. XVI.

³⁾ Fritsch. Женскія болѣзни 1882.

⁴⁾ Holst. Neuralgia des Trigemini geheilt durch Amputationen Vaginalportion. Jahrbücher B. 195.

послѣ купанья во время регулъ; чрезъ 9 мѣсяцевъ снова появилась, но съ сильными болями и одновременно съ этимъ разви- лась невральгія. 24 лѣтъ вышла замужъ. Не рожала. Жалова- лась на сильныя менструальныя колики, иногда очень болѣзнен- ныя. Лечение не помогало. При изслѣдованіи: сильная индурация и припухлость влагалищной части и значительный цервикаль- ный катарръ. Сдѣлана ампутація р. v. съ выскабливаніемъ слизистой оболочки цервикальнаго канала острою ложечкой. Чрезъ 8 дней показалась менструація безъ боли, на 2-й день въ слабой степени показалась невральгія.

Terrilon ¹⁾ говоритъ, что скарификаціи только временно облегчаютъ болѣзнь и совѣтуетъ также дѣлать ампутацію при хроническомъ воспаленіи матки.

Routier ²⁾, совѣтуя для леченія хроническаго метрита въ первомъ періодѣ скарификаціи и ванны, а въ періодѣ уплот- ненія — каленое желѣзо, говоритъ, однако, что при уплотнен- ныхъ и вывороченныхъ губахъ лучшее средство — ампутація влагалищной части.

Въ 1885 г. Fritsch говоритъ, что оперативное леченіе хро- ническаго метрита посредствомъ ампутаціи въ послѣднее время производится довольно часто и отъ чего бы независѣло умень- шеніе матки, операція эта производитъ благотворное вліяніе на болѣзненный органъ.

Въ руководствѣ Мартина ³⁾, которое составлено по его лек- ціямъ и издано имъ въ 1884 г., и въ которомъ онъ разбираетъ леченіе хроническаго метрита, сказано, что, если процессъ раз- вился, то терапия существенно будетъ зависѣть отъ того, въ какомъ періодѣ находится болѣзнь — свѣжая форма, или ста- рый запущенный процессъ. Въ раннемъ періодѣ необходимъ покой тѣла вообще и пораженныхъ частей въ частности.

Иногда при развитіи интеркуррентныхъ воспаленій покойное положеніе больной въ постели въ теченіе многихъ дней, съ хо-

¹⁾ Terrilon. Progres. med. 1884 г.

²⁾ Routier. l. c.

³⁾ August Martin. Патологія и терапия женскихъ болѣзней. 1886 г.

лодными компрессами или ледяными пузырями на животъ, дѣйствуетъ необыкновенно благотворно; при извѣстныхъ обстоятельствахъ методическое леченіе льдомъ одно можетъ доставить облегченіе. Необходимо возбуждать кишечникъ разнаго рода слабительными и назначать дезинфицирующія и вяжущія рукавныя впрыскиванія. Послѣ того какъ интеркуррентныя явленія устранены, въ неосложненныхъ формахъ хроническаго метрита являются необыкновенно полезными мѣстныя кровопизвлечения, которыя доставляютъ значительное облегченіе. Часто бываютъ полезны сидячія ванны. Раздраженіе кожи живота представлено вѣсикант. или горчишниковъ; назначеніе *secale cornuti*, горячихъ душъ и танинъ-глицериновыхъ тампоновъ.

Но не смотря на лучшій уходъ и методическое примѣненіе описанныхъ средствъ, говоритъ Мартинъ, болѣзнь нерѣдко не прекращается и не регрессируетъ; подобная терапія остается безсильной въ особенности тамъ, гдѣ отсутствуютъ внѣшнія условія для соотвѣтствующаго ухода, гдѣ вредныя вліянія продолжаютъ дѣйствовать и гдѣ леченіе предпринимается послѣ долготнаго существованія болѣзни. Въ подобныхъ случаяхъ единственное спасеніе Мартинъ видитъ въ *amputatio colli*, т. е. въ вырѣзываніи соотвѣтствующей части шейки матки.

Такъ какъ операція, выполненная *lege artis*, не представляетъ большихъ трудностей, то Мартинъ, не задумываясь, самымъ настойчивымъ образомъ рекомендуетъ ампутацію шейки при леченіи крайнихъ случаевъ хроническаго метрита.

Мартинъ настаиваетъ на этомъ леченіи тѣмъ болѣе, что при подобномъ оперативномъ методѣ мы въ то же время энергично дѣйствуемъ и на пораженія слизистой оболочки.

Выводы Мартина, которые опираются на цѣлый рядъ многочисленныхъ личныхъ наблюденій, показываютъ, что въ большинствѣ случаевъ послѣ ампутаціи удается достигнуть почти нормальной конфигураціи губъ маточнаго зѣва; матка подвергается обратному регрессивному метаморфозу, хроническій метритъ проходитъ и очень часто этимъ достигается не только облегченіе непосредственныхъ разстройствъ, но и очень благо-

пріятная переменѣна въ общемъ состояніи; женщины получаютъ свой прежній цвѣтущій видъ и вмѣстѣ съ чувствомъ здоровья къ нимъ возвращается также и полная жизненная дѣятельность.

Мартинъ убѣдился также, что этотъ родъ леченія оказываетъ очень благотворное вліяніе на устраненіе безплодія.

Thorburn ¹⁾ говоритъ, что если послѣ употребленія различныхъ средствъ для леченія воспалительной гипертрофіи шейки, какъ слѣдствія хроническаго метрита, не происходитъ улучшенія, а болѣзнь причиняетъ большія безпокойства, то въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ ампутировать всю влагалищную часть, или сдѣлать частичную ампутацію.

Müller ²⁾, разбирая показанія къ ампутаціи р. ч., говоритъ, что вырѣзываніе маленькаго куска изъ влагалищной части имѣетъ особенное преимущество при леченіи хроническаго паренхиматознаго заболѣванія матки—*metritis chronica*,—происходящаго или послѣ родовъ, или слѣдующаго за заболѣваніемъ слизистой оболочки. Заболѣваніе это противустоитъ всякой другой терапіи, или же часто рецидивируетъ. Для достиженія успѣха необходимо тщательное наблюденіе всего организма и постановка точнаго показанія къ операціи. Опасности при такихъ условіяхъ могутъ быть совершенно избѣгнуты и во всякомъ случаѣ, при соблюденіи всѣхъ правилъ предосторожности, онѣ не настолько велики, чтобы могли перевѣсить преимущества этого способа.

Hegar и Kaltenbach ³⁾ между показаніями къ ампутаціи влагалищной части ставятъ также и хроническій метритъ.

Winkel ⁴⁾ ампутируетъ шейку матки въ тѣхъ случаяхъ, когда она утолщена и удлинена.

Что касается до литературныхъ данныхъ въ Россіи, то они весьма малы.

¹⁾ Thorburn. A Practical Treatise on the Diseases of Women. 1885.

²⁾ Müller. Die Amputatio colli uteri. Ztsch. f. Geburtsh u. Gynäek. 1885. XI.

³⁾ Hegar und Kaltenbach. Operative Gynäcologie 1881 г.

⁴⁾ Winkel. Frauenkrankheiten, 1886 г.

Докторъ Ястребовъ ¹⁾ въ 1879 году сдѣлалъ сообщеніе изъ клиники проф. Славянскаго о больной, которая страдала *avogtus habitualis* вслѣдствіе хроническаго метрита и гдѣ, послѣ ампутаціи шейки, наступила беременность.

Случай этотъ слѣдующій: больная 31 года жаловалась на боль въ животѣ, особенно внизу, на затрудненное мочеиспусканіе съ незначительными болями, задержку испражнений дня по два, послѣ чего слѣдовалъ поносъ, на дурной аппетитъ и общую слабость. Первые крови пришли на 15 году, съ небольшими болями внизу живота, и продолжались 7 дней, изъ которыхъ въ первые три дня сильно, а въ остальные кровь показывалось понемногу. Вторые крови пришли ровно чрезъ 4 недѣли и продолжались 6 дней подобно первымъ.

Такимъ образомъ установился типъ кровей съ продолжительностью 6—7 дней и промежутками ровно въ 4 недѣли. Вышла замужъ 16 лѣтъ. Въ теченіе 15 лѣтъ замужней жизни больная имѣла 10 беременностей, изъ которыхъ первая, вторая, пятая, шестая и седьмая были совершенно нормальны. Срочные роды были не трудны, послѣ родовъ не болѣла, вставала рано, кормила сама. Третья, 4, 8, 9 и 10-я беременности представлялись патологическими, а именно, съ начала третьей беременности у больной стали являться время отъ времени обмороки, во время которыхъ часто падала и сильно ушибалась. Движеній ребенка больная не замѣчала. Беременность прервалась семи мѣсяцевъ. Родилась мертвая дѣвочка. Послѣ родовъ больная пролежала 4 недѣли, чувствуя боли въ животѣ, слабость и лихорадочное состояніе. Четвертая беременность до трехъ мѣсяцевъ протекала совершенно нормально, съ трехъ же мѣсяцевъ явились кровотеченія изъ половыхъ частей, которыя повторялись чрезъ небольшіе промежутки времени до 5¹/₂ мѣсяцевъ ея теченія, потомъ кровотеченія не повторялись и беременность протекла до конца.

Роды не трудны. Послѣ родовъ больная не была. Восьмая беременность прошла безъ особыхъ явленій почти до конца, за нѣсколько дней до родовъ явилось значительное кровотеченіе изъ половыхъ частей, которое окончилось съ родами. Роды не трудны; послѣ нихъ больная не была. Кормила сама. Девятая беременность прервалась на третьемъ мѣсяцѣ, когда явилось сильное кровотеченіе и больная выкинула. Послѣ выкидыша не лежала совсѣмъ, несмотря на боли внизу живота и лихорадку. До десятой беременности прошло шесть мѣсяцевъ, въ теченіе которыхъ крови приходили ровно черезъ мѣсяцъ и обильно. Десятая беременность прервалась также на третьемъ мѣсяцѣ вслѣдствіе сильнаго кровотеченія. Послѣ этого выкидыша, бывшаго 2-го сентября 1878 года, было сильное кровотеченіе, боли внизу живота и лихорадка. Больная не покидала постели и чрезъ недѣлю поступила въ Маріинскую боль-

¹⁾ Докторъ Ястребовъ. Ампутація влагалищной части матки, какъ методъ леченія хроническаго воспаленія матки. Протоколы Общ. Русск. Врачей 1879—80 г., стр. 611.

ницу, гдѣ пробыла три недѣли, затѣмъ выписалась и до поступленія въ клинику была дома, чувствуя постоянно тупыя боли внизу живота съ временнымъ ожесточеніемъ ихъ.

При наружномъ изслѣдованіи живота область матки болѣзненна, при внутреннемъ — матка антефлектирована, подвижна, плотна, болѣзненна при давленіи, увеличена, въ особенности шейка; влагалищная часть матки укорочена, но увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ. Слизистая оболочка гиперемирована. *Orificium externum uteri* въ видѣ неправильной поперечной щели; неправильность вида обуславливается разрывами влагалищной части особенно слѣва, меньше вправо, впереди и сзади. Слизистая оболочка цервикальнаго канала выворочена, такъ что кажущійся наружный зѣвъ (просвѣтъ цервикальнаго канала) представляется какъ бы окруженнымъ язвой значительныхъ размѣровъ. Принимая во вниманіе увеличеніе матки, плотность ея, чувствительность при давленіи, субъективныя ощущенія болей внизу живота, съ временнымъ ожесточеніемъ ихъ, затрудненное мочеиспусканіе и разстройство дефекаціи, а также и предшествовавшую исторію, поставленъ діагнозъ *metritis chronica* (преимущественно *metritis cervicalis chronica*).

Больная находилась въ клиникѣ съ 16-го января по 31-е марта 1879 г. и за это время, начиная съ 19-го января по 13-е марта, было примѣнено леченіе, начиная съ смазыванія влагалищной части матки 10% растворомъ *acidi carbolicum*, *tinct. jodi* и т. д., кончая скарификаціями; кромѣ этого назначались ванны, слабительныя, дѣйствующія на мочевой пузырь, и согрѣвающие компрессы. Результатъ отъ этого леченія былъ ничтоженъ; матка также увеличена, хотя менѣе чувствительна, влагалищная часть матки не много уменьшилась, выворотъ слизистой оболочки цервикальнаго канала остается въ томъ же положеніи, а равно и субъективныя ощущенія безъ перемѣны. Разстройство мочеиспусканія и дефекаціи, по прекращеніи леченія на нѣсколько дней, явилось въ той же силѣ, какъ при поступленіи.

Такимъ образомъ леченіе, примѣняемое въ теченіе почти двухъ мѣсяцевъ, не обусловило даже субъективнаго улучшенія, не говоря уже объ объективномъ *status quo*.

Принимая во вниманіе безуспѣшность леченія, рѣшено было ампутировать влагалищную часть шейки матки.

Ампутація была произведена профессоромъ К. Ф. Славянскимъ 14 марта 1879 г., безъ хлороформа, ножемъ; кровотеченіе остановлено металлическими швами, которыхъ было наложено 12, изъ нихъ два среднихъ проведены только чрезъ толщу губы, а именно: одинъ чрезъ переднюю, а другой чрезъ заднюю, такъ что эти проволоки были непосредственно обращены въ цервикальный каналъ. Зондъ, введенный въ полость матки до дна, показалъ длину маточной полости послѣ ампутаціи *portionis vaginalis* въ 6,8 стн. Въ теченіе 7 дней, доснятія швовъ, больная чувствовала себя относительно хорошо, жалуясь иногда на боли въ животѣ кишечнаго характера, которыя успокаивались согрѣвающими компрессами. Кровотеченій изъ половыхъ частей и вообще какихъ либо истеченій не наблюдалось. 22-го марта сняты швы. Съ правой

стороны края раны немного разошлись въ области слизистой оболочки. Влагалищная часть матки представлялась совершенно сформированною, длиною около одного сантиметра, съ наружнымъ отверстіемъ, обращеннымъ нѣсколько къзади, круглой формы, пропускающимъ головку хирургическаго зонда. 31-го марта пациентка оставила клинику при отличномъ самочувствіи.

На другой день по выходѣ у нея пришли крови, которыя продолжались съ 1-го по 7-е апрѣля съ небольшими болями внизу живота. Крови было много. Вторыя крови пришли ровно чрезъ мѣсяць и продолжались съ 1-го по 7-е мая. Крови было также много. Боли внизу живота меньше, чѣмъ въ прошлый разъ. Послѣ этихъ кровей больная забеременѣла въ 11-й разъ. Крови во время беременности не показывались, но съ самаго начала беременности показались бѣли, отъ которыхъ больная пользовалась пять мѣсяцевъ и до 24-го декабря чувствовала себя хорошо. 24-го декабря, т. е. на восьмомъ мѣсяцѣ беременности, у нея явились боли внизу живота и она обратилась къ доктору Соколовскому, который опредѣлилъ у нея *atresia utero-vaginalis acquisita* и демонстрировалъ эту больную обществу Русскихъ Врачей въ засѣданіи 27-го декабря 1879 года и поставилъ при этомъ очень дурной прогнозъ для родовъ.

21-го января больная снова поступила въ клинику профессора Славянскаго. При изслѣдованіи опредѣлена беременность въ началѣ 9-го мѣсяца. Влагалищная часть матки сильно размягчена, значительно укорочена, спереди сглажена. При изслѣдованіи зеркаломъ р. v. представляется укороченной, неправильной формы, темносняго цвѣта; *orificium externum uteri* круглой формы, смотритъ къзади, изъ него торчитъ конецъ слизистой пробки, выполняющей цервикальный каналъ; отверстіе совершенно свободно пропускаетъ хирургическій зондъ, который, проникая чрезъ него, попадаетъ въ широкую полость цервикальнаго канала, въ которую проходитъ на два сантиметра. Введеніе зонда дальше не было форсировано. Итакъ, на основаніи изслѣдованія видно было, что влагалищная часть матки укорочена, отчасти вслѣдствіе бывшей операціи, *orificium externum uteri* стенозировано, суженіе его поверхностно, вмѣстимость *canalis cervicis* нормальна.

По обѣимъ сторонамъ *orificii externi* находятся незначительныя возвышенія краснаго цвѣта, соотвѣтствующія швамъ. Рубцовыхъ уплотненій, какъ на ощупь, такъ и въ зеркалѣ—нѣтъ; мѣстами только видѣнъ линейный рубецъ отъ раны послѣ ампутаціи влагалищной части, зажившей первымъ натяженіемъ. Роды начались 10 февраля въ 9 часовъ вечера и кончились въ 7 часовъ утра 11-го. Первый періодъ родовъ длился 9 ч. 35 м., второй 5 м. и третій—20 мин. Въ первомъ періодѣ было оказано слѣдующее пособіе: въ *orificium externum* вставлена была *laminaria digitata*, $\frac{3}{4}$ стм. въ діаметрѣ на $1\frac{1}{2}$ часа и по удаленіи ламинаріи во влагалище введенъ кольпейринтеръ, послѣ котораго матка чрезъ 5 минутъ совершенно открылась и послѣдовало рожденіе ребенка. Ребенокъ живой, вѣсъ 3800 грам., длина 54 стм., прямая окружность головки 35 стм. Кровотеченія послѣ родовъ не было. Въ послѣродовомъ періодѣ три дня температура была нормальна, затѣмъ не много

поднялась. При изслѣдованіи оказалось, что на передней стѣнкѣ матки, на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, находилось много плотно сидѣвшихъ кровяныхъ сгустковъ, большая часть которыхъ, уже съ значительнымъ запахомъ, была удалена и затѣмъ назначена внутриматочная инъекція изъ 2% раствора карболовой кислоты. Въ дальнѣйшемъ теченіи температура одинъ разъ только на 8-й день достигла 38,7° Ц. и затѣмъ не превышала нормы. Больная была оставлена въ клиникѣ до 24-го дня послѣ родовъ и чувствовала себя хорошо.

Въ день выхода изъ клиники изслѣдованіе показало слѣдующее: матка нормальной величины, нечувствительна при давленіи, своды свободны, влагалищная часть матки мала, наружное отверстіе крестообразно разорвано, подобно тому, какъ у первородящихъ съ тѣмъ лишь отличіемъ, что слизистая оболочка цервикальнаго канала въ данномъ случаѣ не представлялась эктропированною.

Докторъ Холмогоровъ¹⁾ сообщилъ въ Московскомъ Обществѣ Русскихъ Врачей, что при родовспомогательномъ заведеніи за два года было произведено 22 эксцизии, изъ нихъ 10 при гипертрофіи шейки, 5 при суженіи наружнаго отверстія безъ увеличенія шейки, 4 при суженіи и одновременной гипертрофіи, 1 при упорныхъ ссадинахъ шейки, не уступавшихъ никакому леченію и умѣренной гипертрофіи и 2 при эмметовскомъ разрывѣ.

Послѣ операціи при гипертрофіи шейки замѣчали уменьшеніе тѣла матки на $\frac{1}{2}$ —1 сантим., которое наступало въ теченіи слѣдующихъ одного или двухъ мѣсяцевъ, при чемъ больныя избавлялись отъ мучительныхъ припадковъ болѣзни: чувства давленія и болей внизу живота, болей въ поясницѣ; бѣли также прекращались.

Докторъ Соловьевъ²⁾ ампутировалъ шейку 100 разъ при различныхъ ея заболѣваніяхъ, но результатъ операцій намъ не извѣстенъ. Онъ встрѣтилъ больную, съ хроническимъ воспаленіемъ маточной шейки, которая жаловалась на кровотечения, боли внизу живота и афонію. Послѣ ампутаціи влагалищной части, больная выздоровѣла и афонія не появлялась 14 мѣсяцевъ; съ неправильностью регулъ чрезъ 14 мѣсяцевъ снова явились припадки афоніи.

¹⁾ Докторъ Холмогоровъ. Эксцизія влагалищной части маточной шейки. Медицинское обозрѣніе 1885 г.

²⁾ Докторъ Соловьевъ. Оперативная гинекологія 1886 г.

Теперь переходимъ къ нашимъ наблюденіямъ.

При поступленіи больныхъ въ клинику послѣ анамнеза и осмотра наружныхъ покрововъ, слизистыхъ оболочекъ, видимыхъ глазомъ, костевой и мышечной системъ, изслѣдованія грудныхъ и брюшныхъ органовъ, производили гинекологическое изслѣдованіе, которое заканчивали измѣреніемъ длины полости матки. Измѣреніе полости матки производилось слѣдующимъ образомъ: больная помѣщалась на край стола въ ягодично-спинное положеніе, влагалищная часть матки обнажалась ложкообразными зеркалами и затѣмъ, въ первыхъ 16 наблюденіяхъ, вводили осторожно металлическій зондъ, вымытый въ 5⁰/₀ растворѣ *acidī carbolicī*, до дна матки и, приставивши конецъ указательнаго пальца къ краю маточныхъ губъ, выводили зондъ обратно и измѣряли сантиметровкой.

Каждое подобное измѣреніе провѣрялось еще введеніемъ эластическихъ бужей, также обеззараженныхъ. Въ остальныхъ случаяхъ всѣ измѣренія производились эластическими бужами, которые передъ введеніемъ въ полость матки брались изъ раствора сулемы 1:1000. При существованіи эктропіона губъ, передняя и задняя губа захватывалась мюзеевскими щипцами и послѣ соединенія ихъ вводили бужъ и производили измѣреніе.

Передъ началомъ каждой операціи измѣренія снова повторялись.

Приготовленіе больной къ операціи состояло въ томъ, что за два дня до операціи назначали легкія слабительныя, а наканунѣ вечеромъ ставилась клизма и затѣмъ больная принимала общую ванну. Кромѣ этого за три дня до операціи дѣлали спринцованія въ рукавъ утромъ и вечеромъ изъ раствора сулемы 1:2000.

Больная, приготовленная къ операціи, помѣщалась на операціонный столъ, гдѣ ее хлороформировали. По наступленіи полнаго наркоза (часть операцій производилась безъ наркоза) больную подвигали на край стола такъ, чтобы ягодицы слегка выдавались за край его. Два помощника удерживали ноги,

согнутыя въ колѣнныхъ суставахъ и приведенныя къ передней поверхности брюшныхъ стѣнокъ.

Операторъ, сидѣвшій впереди больной, производилъ тщательное обмываніе наружныхъ половыхъ частей мыломъ и затѣмъ 2% растворомъ *acidі carbolici*, или растворомъ сулемы 1:2000—3000. Когда наружные половые органы были дезинфицированы, вводили наконечникъ въ рукавъ и промывали его тѣмъ же растворомъ. Послѣ этого обнажали влагалищную часть ложкообразными зеркалами и захватывали переднюю губу мюзеевскими щипцами на томъ мѣстѣ, ниже котораго предполагали вырѣзать кусокъ.

Захвативши переднюю губу, верхнее зеркало удаляли, а нижняя ложка замѣнялась зеркаломъ Фритча. Затѣмъ осторожно, безъ особеннаго усилія, низводили матку книзу до тѣхъ поръ, пока влагалищная часть не показывалась во входѣ. Снова производили обмываніе шейки сильной струей, чтобы удалить слизь изъ наружнаго отверстія цервикальнаго канала.

Операторъ передавалъ мюзеевскіе щипцы помощнику, державшему лѣвую ногу больной, который и фиксировалъ матку.

Конецъ скальпеля вводили въ цервикальный каналъ и дѣлали два боковыхъ разрѣза, не доходя на нѣсколько линій до сводовъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ разрывы доходили до сводовъ, боковые разрѣзы доводились также до послѣднихъ.

Захвативши заднюю губу пинцетомъ, отводили ее отъ передней и вели разрѣзъ со стороны цервикальнаго канала; этотъ первый разрѣзъ начинался отъ конца бокового разрѣза и шелъ перпендикулярно къ поверхности губы, проникая приблизительно въ половину толщи ея. Слѣдующій разрѣзъ вели снаружи губы, начиная съ правой стороны косо книзу до середины губы и затѣмъ въ такомъ же направленіи кверху къ лѣвому боковому разрѣзу. Наружный и внутренній разрѣзы сходились между собою въ ткани губы почти подъ прямымъ угломъ. Вырѣзавши кусокъ, который имѣлъ форму клина, съ вершиною направленною къ внутреннему зѣву, накладывали 2—4 шелковыхъ шва для остановки кровотеченія. Подобнымъ же образомъ

вырѣзывали клиновидный кусокъ изъ передней губы и когда первый шовъ былъ проведенъ, то снимали мюзеевскіе щипцы и тогда уже завязывали лигатуру, которую передавали помощнику для фиксаціи матки.

Затѣмъ постепенно накладывали швы на переднюю и заднюю губы. Остающіяся свободными разрѣзанныя боковыя поверхности соединялись другъ съ другомъ двумя глубокими и однимъ поверхностнымъ швомъ, послѣдній обыкновенно накладывался на края раны. На передней губѣ швы проводились со стороны влагалища въ цервикальный каналъ и, чтобы не уколоть слизистую оболочку задней стѣнки его, вводился желобоватый зондъ; нѣкоторые швы проводились въ обратномъ порядкѣ. На задней губѣ швы проводились со стороны цервикальнаго канала. Швы проводились глубоко подъ раню. Для лигатуры употребляли крѣпкій сулемованный, или іодоформированный шелкъ, а для проведенія лигатуръ — изогнутыя иглы Мартина. Количество наложенныхъ швовъ колебалось отъ 10—20, смотря потому, на сколько была циркулярно увеличена влагалищная часть матки; швы завязывались на сколько возможно крѣпко. Величина вырѣзываемыхъ кусковъ равнялась приблизительно 1 сант. или немного болѣе. Операция производилась при постоянномъ орошеніи 2% растворомъ *acidı carbolicı*.

По окончаніи операціи прекращали орошеніе и наблюдали нѣкоторое время, не появится ли кровотеченіе и, если оно совершенно отсутствовало, то обрѣзывали всѣ швы довольно коротко (оставляя на 1 сант.) кромѣ одного, и производили измѣреніе длины полости матки.

Снова обмывали ампутаціонную рану, вытирали до суха кусочкомъ сулемованной ваты, обильно присыпали іодоформомъ и прикладывали къ р. в. два или три ватныхъ тампона, смоченныхъ въ растворѣ сулемы 1:1000 и осыпанныхъ іодоформомъ, затѣмъ отрѣзывали послѣдній шовъ и выводили нижнее зеркало.

Иногда случалось наблюдать пульсирующее кровотеченіе изъ уколовъ и тогда на подобныя мѣста накладывали поперечный шовъ.

Послѣоперационный періодъ. Вечеромъ, въ день операціи, вынимали тампоны, которые обыкновенно не были даже пропитаны кровью, и промывали влагалище растворомъ сулемы 1 : 2000—3000, въ 15—16° Р.

Послѣдовательныхъ кровотеченій во время заживленія раны ни разу не наблюдалось. Къ катетеризаціи мочевого пузыря прибѣгали рѣдко, такъ какъ нѣкоторые больныя не могли мочиться лежа.

Слѣдили за кишечникомъ и обыкновенно на 4-й день ставили клизму.

Въ первые 4 дня легкая діета, исключительно молоко и небольшія порціи вина. Ежедневно утромъ и вечеромъ, въ продолженіе 10—14 дней, а въ послѣдующіе дни—разъ въ сутки влагалище промывалось растворомъ сулемы 1 : 2000—3000.

Послѣ первыхъ операцій больныя обыкновенно оставались въ постели 15—16 дней, а швы снимались приблизительно на 14-й день; большая же часть больныхъ оставалась въ постели 8—9 дней, затѣмъ имъ позволяли ходить по комнатѣ и швы удаляли чрезъ 3 недѣли, а иногда и позже. Раннее снятіе швовъ было неудобно потому, что на 14-й день влагалищная часть была еще довольно сильно гиперемирована и мѣста послѣ швовъ кровоточили.

Снятіе швовъ производилось слѣдующимъ образомъ: положивши больную на край операціоннаго стола въ такое же положеніе какъ и во время операціи и обнаживъ влагалищную часть ложкообразными зеркалами, обмывали струею 2^o/_o раствора *acidі carbolicі*, обтирали сулемованной ватой и затѣмъ уже только приступали къ снятію швовъ при помощи длиннаго пинцета, которымъ захватывали концы лигатуръ, и изогнутыхъ остроконечныхъ ножницъ. Швы начинали снимать съ задней губы и удаливши ихъ всѣ, приступали къ снятію съ передней. По снятіи швовъ обмывали влагалищную часть такимъ же растворомъ карболовой кислоты, обтирали сулемованной ватой и обильно присыпали іодоформомъ. Передъ удаленіемъ зеркалъ во влагалище вводили одинъ ватный тампонъ, смоченный въ растворѣ

сулемы 1:1000, который удаляли чрезъ шесть часовъ. Въ этотъ день больная оставалась въ постели.

При снятіи швовъ мы особенно настаиваемъ соблюдать дезинфекцію, чтобы не вызвать осложнений. Въ подтвержденіе высказаннаго нами приведемъ мнѣніе Müller'a¹⁾, который говоритъ, что не смотря на то, что послѣ операціи влагалище промывается два раза въ день 2% растворомъ карболовой кислоты, всетаки въ рукавѣ находится секретъ, который можетъ разлагаться и такъ какъ мы при снятіи швовъ не всегда можемъ избѣжать пораненія инструментами, то возможно такимъ путемъ произвести инфекцію, на примѣръ, параметритъ, какой развивается даже послѣ обыкновенной скарификаціи.

Въ 33-хъ случаяхъ ампутацій влагалищной части, гдѣ до операціи не существовало остатковъ старыхъ экссудатовъ, по снятіи швовъ Müller наблюдалъ параметритъ.

Изъ прилагаемыхъ нами таблицъ видно, въ какихъ случаяхъ существовали старые параметрическіе воспалительные остатки (№№ 2, 7, 13, 18, 37, 39 и 43), или были поражены яичники (№№ 1, 4, 6, 11, 21, 28, 29, 30, 31 и 35), но намъ однако не пришлось наблюдать обостренія ихъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ правильно, безъ значительнаго повышенія температуры. Въ одномъ только случаѣ (№ 37) на 12-й день присоединилось крупозное воспаленіе верхней доли праваго легкаго и въ это же время появилась сильная болѣзненность внизу живота. При изслѣдованіи оказалось, что нижняя часть живота болѣзненна при ощупываніи, особенно надъ лѣвой пупартовой связкою; чрезъ влагалище — лѣвый сводъ весьма чувствителенъ, напряженъ и эластиченъ, но ограниченнаго экссудата не прощупывалось. Больной назначено было соотвѣтствующее леченіе, процессъ въ легкомъ разрѣшился, воспаленіе въ лѣвомъ сводѣ прошло и пациентка оставила клинику, чувствуя себя совершенно здоровою.

¹⁾ Müller l. c.

Въ 62-хъ случаяхъ заживленіе произошло *per gr̄itam* и только въ одномъ случаѣ поверхность раны сильно гноилась; но и этотъ случай протекъ безлихорадочно и безъ осложнений, благодаря частымъ инъекціямъ въ рукавъ дезинфицирующей жидкости.

Каждой пациенткѣ, по выходѣ изъ клиники, совѣтовали дѣлать по возможности ежедневно влагалищныя спринцованія, изъ комнатной воды съ прибавленіемъ на кружку воды одной чайной ложки *solut. cupri sulfurici* \mathfrak{Zi} — \mathfrak{Zi} , вести правильный образъ жизни, не приступать скоро къ тяжелымъ занятіямъ и воздерживаться отъ *coitus*. Покой вообще и половыхъ органовъ въ частности мы считаемъ необходимымъ, потому что измѣненія, которыя происходятъ въ маткѣ, какъ показываютъ наши наблюденія, продолжаются и въ послѣдующіе мѣсяцы, слѣдовательно органъ не скоро приходитъ къ нормѣ.

Переходимъ къ изложенію нашихъ случаевъ, которые располагаемъ въ видѣ таблицъ ¹⁾.

¹⁾ Во всѣхъ случаяхъ было хроническое воспаленіе шейки и тѣла матки.

ТАБЛИЦЫ.

№ по порядку.	№ врачебнаго жур-нала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время произво-ства операціи.		Длина полости матки въ сант. цм.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по-слѣ операціи.	Время свитія швовъ. Заживле-ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦИИ.
			До операціи.	Послѣ операціи.	Время.	Длина поло-сти матки.						
1	1885 г. 77	<p>Больная 27 л. Начала менструиро-вать на 14 году. Регулы чрезъ 3 недѣ-ли, по 3—4 дня. Рожала одинъ разъ 5 лѣтъ тому назадъ. Послѣ родовъ ре-гулы приходили чрезъ 2—3 недѣли, по 4 дня, были обильны и болѣзненны. За послѣдній годъ почти чрезъ каждыя двѣ недѣли бываетъ обильное отдѣленіе жидкой крови въ продолженіе 5—7 дн. Въ регулы сильныя боли внизу живо-та и ощущение тяжести. Запоры.</p> <p>Влагалищная часть матки цилиндри-ческой формы, увеличена въ объемъ, пло-тна и болѣзненна, съ боковъ разрывы до сводовъ; задняя губа немного длиннѣе передней; губы эктропированы и покры-ты эрозіями. Матка увеличена въ объемъ, слегка отклонена къзади, подвижна, плот-на и болѣзненна. Левый яичникъ немно-го увеличенъ и болѣзненъ при ощупы-ваніи. Длина полости матки 9,0 стн.</p>	3/ш	9,0	8,0	Хлор. 14	37,4	22/ш Prima	22/ш 10/у	7,0 6,3	10/у. Влагалищная часть сформирована правильно, невелика и не болѣзненна; зѣвъ круглой формы. Сли-зистая оболочка церви-кальнаго канала, видимая глазомъ, безъ измѣненій. Матка меньше въ объемъ, стѣнки ея тоньше, под-вижна, неплотна и не бо-лѣзненна; положеніе орга-на нормальное. Левый яич-никъ безъ измѣненій. Послѣ операціи регулы были не обильны и безболѣзненны. Остальные болѣзненные придатки прекратились.	
2	102	<p>Больная 25 л. Начала менструиро-вать на 15 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 4</p>	27/ш	8,4	7,4	Хлор. 16	37,2	8/ш Pr.	15/ш 8/IV	6,7 6,0	8/IV. Влагалищная часть сформирована правильно,	

Вѣдѣніе акушерской клиники. Москва. 1885. Въ продолженіи 30-лѣтняго...

Литература. Шамуринъ, К. П. М. Съ сообщеніемъ...

<p>звѣвъ круглой формы. Матка въ прежнемъ положеніи, но уголъ между тѣломъ матки и р. v. менѣе выраженъ. Органъ меньше въ объемѣ, стѣнки его тоньше, болѣзненности нѣтъ. Припухлость въ лѣвомъ сводѣ in statu quo.</p>					
<p>Первая менструація, послѣ операціи, была болѣзненна; второя регулы пришли незамѣтно для пациентки. Бѣли прекратились. Кишечникъ по вренамъ работаетъ неправильно.</p>					
<p>10/v. Влагалищная часть сформирована правильно, не велика; звѣвъ круглой формы. Матка менѣе въ объемѣ, менѣе плотна и не болѣзненна. Положеніе органа нормальное.</p>	<p>30/IV Pr.</p>	<p>37,0 16</p>	<p>9,8 8,8</p>	<p>17/III</p>	<p>7,0 7,0</p>
<p>По выходѣ изъ клиники имѣла регулы, которыя были не обильны и не болѣзненны.</p>					
<p>Бѣли прекратились. Моcheиспусканіе правильно.</p>					

дня. Бышла замужъ 18 л. Съ появленіемъ первыхъ кровей чувствовала боли въ поясничной области въ первые два дня. За послѣдній годъ регулы приходили весьма неправильно чрезъ 2—3—4 недѣли, всегда обильны и болѣзненны. Бѣли. Запоры.

Влагалищная часть матки конической формы, рѣзко увеличена въ объемѣ и немного удлинена, плотна и болѣзненна. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется тягучая прозрачная слизь. Матка ретрофлектирована, увеличена въ объемѣ, подвижна, легко выпрямляется, мѣстами плотна, болѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ разлитая плотная припухлость, безболѣзненная на ощупь. Длина полости матки 8,4 сант.

Большая 45 л. Начала менструировать на 14 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 6 дней. Рожала три раза, послѣдніе роды 8 л. тому назадъ. Послѣ послѣднихъ родовъ регулы приходили неправильно чрезъ 2—4 недѣли, обильны и всегда болѣзненны. Въ регуль постоянное чувство тяжести внизу живота. Частые запоры и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ продолженіе 6 л. бѣли.

Влагалищная часть матки рѣзко увеличена въ объемѣ, плотна, болѣзненна, съ боковъ разрывы до сводовъ. Губы

3 119

Имя. Последняя менструация была в марте 1877 г. в 17 лет.

Мм. Матка безболѣзненна. 19/п 87 г. Сообщила, что 26 июня 86 г. въ 9 ч. вечера начались родовыя боли и въ 3 ч. 10 м. дня 27 июня родила здоров. ребенка. Вста- ла на 6 день. Не корми- ла. Послѣ родовъ регулы приходять до сего времени безъ малѣйшей боли чрезъ 3 недѣли по 3 дня и никог- да не были обильны. При изслѣдованіи матки имѣеть нормальн. положеніе, зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Съ лѣвой стороны незна- чительн. разрывъ. Слизис- тая оболочка цервикальн. канала видимая глазомъ безъ измѣненія. Р. ч. и матка при ощупываніи безболѣз- ненны. Тазъ ср. П. 24; Сг. П. 27; Соң. ext. 20; Tr. 32.

17/vi. Шейка матки сфор- мирована правильно, зѣвъ круглой формы. Слизистая оболочка цервикальнаго канала не представляетъ измѣненій. Матка менѣе

Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, плотна и болѣзненна, съ лѣ- вой стороны разрывъ до свода; на гу- бахъ зѣва эрозіи. Матка отклонена вле- редъ, увеличена въ объемъ, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, плотна, подвижна и болѣзненна. Правый яич- никъ немного увеличенъ и болѣзненъ. Для расширенія цервикальнаго канала два раза вставляли *tupelo* въ резино- вомъ мѣшкѣ. 5 марта произведено вы- скабливаніе полости матки острою лож- кою съ послѣдовательнымъ промывані- емъ полости 2% растворомъ *acidi sal- volici*. 9 марта было незначительное от- дѣленіе крови. До 19 марта крови не показывалось и большая была выписана изъ клиники. Чрезъ 3 дня показалась кровь и продолжала отдѣляться до 29 марта; въ этотъ день снова принята въ клинику. 1 апрѣля отдѣленіе крови прекратилось. Длина полости матки 9,1 стн.

Большая 39 л. Начала менструиро- вать на 13 году. Регулы чрезъ 3 не- дѣли, по 4 дня. Вышла замужъ 17 л. Рожала 4 раза, послѣдніе роды 13 л. тому назадъ. За послѣдніе 4 года регу- лы приходили неправильно чрезъ 2—4

5 226

24/v

9,0

8,0

Хлор. 37,6
24

7/vi
Pг.

17/vi 6,0

№ по порядку.	№ врачебнаго жур- нала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗЛЪДОВАНИЕ.	Время провао- дства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum ° по- слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживле- ніе.	Послѣд. наблден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѣ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ опера- ціи.				Время.	Длина поло- сти матки.	
6	246	недѣли, по 4—7 дней, всегда были обильны и сопровождалась болями внизу живота. За послѣдній годъ дурнаго и появленіе крови послѣ каждаго coitus. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемъ, плотна, болѣзненна; губы зѣва эктропированы и покрыты эрозіями, кровотокащими при легкомъ дотрогиваніи. Матка отклонена немного впередъ, увеличена въ объемъ, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, плотна, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 9,0 сант.	$\frac{5}{v}$	9,5	8,5	Хлор. 26	37,6	$\frac{14}{v}$ Pг.	$\frac{5}{vi}$	7,2	въ объемъ, мѣстами плотна, но безболѣзненна. Положеніе органа нормальное. Регулы окончились 14 іюня, были безболѣзненны и продолжались 3 дня.
		Большая 26 лѣтъ. Начала менструировать на 21 году; замужъ вышла 16 лѣтъ. Типъ мѣсячныхъ установился съ первыхъ кровей; регулы приходили черезъ 4 недѣли, по 5—6 дней, особенно обильны никогда не были. За послѣдніе два года замѣтила, что коли-	$\frac{5}{vi}$	9,5	8,5	Хлор. 26	37,6	$\frac{14}{v}$ Pг.	$\frac{5}{vi}$	7,2	До отъѣзда изъ Петербурга одинъ разъ были регулы, но при этомъ боли не чувствовала. Нервные припадки стали рѣже повторяться. Сонъ лучше. Запоры и метеоризмъ ме-

За послѣдній годъ больная стала раздражительна, страдала частыми сердцебіеніями, бессонницею и истерическими припадками. Бѣли. Частые запоры и вздутіе живота.

Влагалищная часть матки конической формы, увеличена въ объемѣ и удлинена; плотна на ощупь и весьма болѣзненна. Наружное отверстіе цервикальнаго канала свободно пропускаетъ зондъ. На задней губѣ эрозія. Матка немного отклонена впередъ, рѣзко увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ, плотна, подвижна и весьма болѣзненна. Правый яичникъ увеличенъ и болѣзненъ. Полость матки 9,5 сант.

7 248

Больная 38 лѣтъ. Начала менструировать на 14 году. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 3—4 дня. Вышла замужъ 17 лѣтъ. Рожала въ срокъ 3 раза. Послѣдніе роды 16 лѣтъ тому назадъ. Послѣ послѣднихъ родовъ, которые продолжались 5 дней, стала чувствовать боли внизу живота. Регулы приходили въ тѣ же сроки, не были обильны, но всегда болѣзненны. За послѣдніе 4 года регулы приходили чрезъ 3—4 недѣли, продолжаясь 3—5 дней, а иногда и 2 недѣли, при этомъ боли

Слизистая оболочка цервикальнаго канала красна.

Матка въ томъ же положеніи, менѣе объемиста, но слегка чувствительна. Общее состояніе лучше.

10/vi 8,0
17/vi 7,0
10/vii4/vi
Pг.

37,4

Хлор.
25

9,6

10,5

21/v

10/vii. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, были не обильны и безболѣзненны. Боли въ области колчика прекратились и только въ первый день регулъ чувствуется легкую боль въ этомъ мѣстѣ. Истерическіе припадки ни разу не повторились. Моченосканіе правильное. По временамъ запоры. Шейка сформирована пра-

№ по порядку.	№ врачебнаго жур-нала.	АНАМНЕЗЪ И ИСПЬЮДОВАНИЕ.	Время прозвод-ства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по-сть операціи.	Время сшатія швовъ. Заживле-ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ операціи.				Время.	Длина поло-сти матки.	
8	251	<p>внизу живота были на столько сильны, что больная не могла оставить постель. За послѣдній годъ во время регулъ частые истерическіе припадки; постоянная боль въ области кончика. Запоры и затрудненное мочеиспускание.</p> <p>Влагалищная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемъ, плотна и весьма болѣзненна при оупываніи. Наружное отверстіе цервикальнаго канала пропускаетъ только тонкій бужъ. Матка отклонена вперед и вправо, увеличена въ объемъ, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, плотна, мѣстами хрящеватой плотности, болѣзненна; подвижность матки ограничена. Въ лѣвомъ сводѣ разлитая припухлость, болѣзненная при оупываніи. Полость матки 10,5 сант.</p>	5/v	9,6	9,0	Хлор. 18	37,6	22/v Pr.	24/v	7,8	<p>вильно, зѣвъ зяетъ, круглой формы. Положеніе матки нормальное. Матка меньше въ объемъ, неплотна и неболѣзненна. Припухлость въ лѣвомъ сводѣ in statu quo.</p> <p>24/v. Шейка сформирована правильно, зѣвъ зя-</p>

<p>5—8 недѣль по 5—9 дней и были очень обильны. За послѣдній годъ сильныя боли въ видѣ схватокъ внизу живота, даже внѣ регулъ. Частое мочеиспускание и запоры.</p> <p>Влагалищная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемѣ, плотна, мало болѣзненна, съ лѣвой стороны разрывъ до свода; на задней губѣ эрозія. Матка увеличена въ объемѣ, плотна, подвижна, болѣзненна, отклонена впередъ и влѣво. Своды своободны. Полость матки 9,6 сант.</p>				<p>гана менѣе плотна и мало болѣзненна.</p>
<p>9 305</p> <p>Больная 37 лѣтъ. Начала менструировать на 17 году. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 4 дня. Рожала въ срокъ 7 разъ. Послѣдніе роды 10 лѣтъ тому назадъ. За послѣдніе два года регулы приходятъ въ тѣ же сроки, продолжаютъ 5 дней, но количество крови весьма значительно и регулы болѣзненны. Частые позывы къ мочеиспусканию. Постоянное ощущение тяжести внизу живота. Запоры.</p> <p>Влагалищная часть матки, образена кзади, цилиндрической формы, увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна при ощупываніи, съ боковъ разрывы почти до сводовъ; губы эктро-</p>	<p>$\frac{4}{VI}$ 9,0 8,0 — 18</p>	<p>$\frac{19}{VI}$ 37,6 Pr.</p>	<p>$\frac{19}{VI}$ 7,5 $\frac{3}{VII}$ 6,8 $\frac{12}{VII}$ 6,4</p>	<p>$\frac{12}{VII}$. Регулы были два раза, промежуткомъ между ними 3 недѣли, не болѣзненны и не обильны.</p> <p>Шейка сформирована правильно, зѣвъ зияетъ, круглой формы.</p> <p>Матка уменьшена въ объемѣ, неплотна и не болѣзненна. Тяжести внизу живота не чувствуется. Мочеиспускание правильное. По временамъ запоры.</p>

№ по порядку.	№ врачебнаго жр-наго.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время произво-ства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по-сть операціи.	Время снятія швовъ. Заживле-ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦИИ.
				До операціи.	Послѣ операціи.				Время.	Длина поло-сти матки.	
10	339	<p>шированы и покрыты эрозіями. Тѣло матки прощупывается чрезъ передній сводъ; матка увеличена въ объемъ, плотна, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Полость матки 9,0 сант.</p> <p>Больная 27 лѣтъ. Начала менструировать на 15 году; замужь вышла 21 г. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 3—4 дня. Рожала въ срокъ 3 раза. Последніе роды 7 лѣтъ тому назадъ. За послѣдніе 3¹/₂ года регулы приходили неправильно, чрезъ 2—3—4 недѣли, были обильны и всегда сопровождалась болями внизу живота. При ходьбѣ чувствуется тяжесть и боль внизу живота. Моченіе учащено и болѣзненно. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемъ, плотна и болѣзненна. Матка отклонена впередъ, подвижна, плотна, увеличена въ объемъ и болѣзненна. Своды свободны. Полость матки 9,0 сант.</p>	16/vi	9,0	8,0	—	37,6	30/vi Pг.	3/vii 12/vii 1886 18/xii	7,0 6,0 7,0	<p>Послѣ операціи регулы были 16/vii, продолжались 3 дня, были не обильны и безболѣзненны. Остальные болѣзненные припадки прекратились. 21 января 1886 года была осмотрѣна и опредѣлена беременность на 5 мѣсяцѣ. При изслѣдованіи ложкообразными зеркалами найдено, что влагалищная часть матки сформирована совершенно правильно, зѣвъ круглой формы, величину съ серебряный гривенникъ.</p>

При описаніи по плану.

ныхъ губахъ замѣтны расширенныя вены. На нижнихъ конечностяхъ до колѣнъ замѣтны расширенныя вены.

9 мая 1886 года пацієнтка была принята въ Покровскій родильный пріютъ. При изслѣдованіи найдено: животъ весьма сильно увеличенъ въ объѣмъ; матка отклонена вправо и впередъ. Измѣреніе живота: окружность на уровнѣ пупка 114 с., выше—113 с., ниже—112 с. Разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка 48 с. Высота дна матки надъ лобкомъ 36 с., надъ пупкомъ 14 с.

Сердцебіеніе плода — вправо около бѣлой линіи. Тазъ: Sp. П. 24; Cr. П. 26,5, Conj. ext. 19, Tr. 32. Отношеніе плода къ маткѣ и тазу — продольное; спинка влѣво и впередъ. Предлежитъ голова. Внутреннее изслѣдованіе —

№ по порядку.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Время произво- ства операціи.	Длина полости матки въ сант. До операціи. Точная по- сть опера- ціи.	Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по- сть операціи.	Время снятия швовъ. Заживле- ніе.	Послѣд. наблюден. Время. Длина поло- сти матки.	СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
								<p>шейка матки сглажи- вается.</p> <p>Наружный зѣвъ. } на два по- Внутренний зѣвъ } перечныхъ нальца.</p> <p>Пузырь цѣль и напря- женъ.</p> <p>Предлежащая часть— головка, которая стоитъ надъ входомъ—подвижна; вправо около головки про- щупывается петля пупови- ны и локоть. Темперагу- ра при поступленіи 37,2, пульсъ 78, дыханіе 24.</p> <p>Боли начались 9 мая, въ 6 час. вечера. Воды отошли въ 1 часъ 27 мин. ночи ¹⁰/_v.</p> <p>Матка совершенно от- крыта въ 5 ч. утра. За ночь продолжительность схватокъ 1 ¹/₂—2—3 мин.</p>

температура 37,4, пульсъ 90, дых. 40. Въ 8 ч. 15 м. клизма съ прибавленіемъ 15 капель tinct. opii simpl. Въ 9 ч. схватки сильнѣе и продолжительнѣе. Въ 9 ч. 38 м. начало врѣзыванія. Младенецъ родился въ 10 ч. 1 м. утра ¹⁰/v. Примѣнено было выжиманіе плода по Кристеллеру. Польшдъ вышелъ въ 10 ч. 20 м. утра. Credé. Положеніе младенца 1 затылочное, передній видъ.

Продолжительность родовъ:

I періодъ = 11 ч. — м.
 II періодъ = 5 » 1 »
 III періодъ = — » 19 »

Итого . . 16 ч. 20 м.

Вѣсъ ребенка 4700 грм., длина 54 сант.; жировой. Прямая окружность головки 37. На седьмой день выписана; осложненій не было. 18 декабря 1886 г. была осмотрѣна и оказалось слѣдующее: р. v. цилиндрической формы, не-

№ по порядку.	№ врачебнаго жур- нала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время прозвоста операціи.		Длина полости матки въ сант. До операціи. Точка операціи.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по- слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживленіе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
			Время прозвоста операціи.	Длина полости матки въ сант.	До операціи.	Точка операціи.				Время.	Длина полости матки.	
11	356	Больная 27 л. Начала менструировать на 14 г. Были одни срочные роды 3 года тому назадъ. Два года тому назадъ выкинула на 4 мѣсяцѣ. Послѣ выкидыша было постоянное отдѣленіе крови въ продолженіе 2 мѣс. 15 дней. Послѣ этого регулы приходили неправильно чрезъ 2—3 недѣли, по 7—12 дней, всегда были обильны и болѣзненны. Вѣкъ регулъ постоянное чувство тяжести внизу живота. Бѣли. По вре-	27/vi	9,5	8,6	— 16	37,5	5/vii Pr.	5/vii 10/viii	7,5 6,2	плотна, съ лѣвой стороны разрывъ почти досвода; губы зѣва безъ измѣн. Матка отклонена впередъ и вправо, подвижна, не велика и не болѣзненна. Послѣ родовъ и до сего времени регулъ не было. Ребенка кормить сама. Чувствуетъ себя хорошо. На 10 день послѣ родовъ начала работать.	
											10/viii. Два раза были регулы по 3 дня, обильны и не болѣзненны. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Слизистая оболочка цервикальнаго канала красна. Матка уменьшена въ объемѣ, подвижна, неплотна и безболѣзненна.	

12	367	<p>Большая 43 л. Начала менструировать на 18 г. Вышла замужъ 18 л. Регулы приходили черезъ 4 недѣли, по 7 дней. Рожала 8 разъ, послѣдніе роды 12 л. тому назадъ. 8 л. тому назадъ выкинула на 3 мѣсяцѣ. Послѣ выкидыша регулы приходили весьма неправильно черезъ 2—3—4 недѣли, по 8—9 дней, всегда были обильны и болѣзненны. Послѣ каждаго регулъ чувствовала сильную слабость. За послѣдніе 2 года чувствуетъ постоянную боль внизу живота и въ поясницѣ. Частое и болѣзненное мочеиспусканіе. Запоры. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна, съ лѣвой стороны разрывъ почти до свода. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется прозрачная тягучая слизь. Матка рѣзко увеличена въ объемѣ, особенно въ пе-</p>	11/vii	9,5	8,4	—	37,4	24/vii Pг.	31/vii 6/viii 1887 10/1	7,5 7,2 6,3	<p>10 декабря 1877 г. При изслѣдованіи: влагаліщная часть сформирована правильно, зѣвъ круглой формы, слизист. оболочка цервикальн. канала безъ измѣненій. Матка мала, подвижна, мягка и небо-лѣзненна. Регулы приходили черезъ 3 недѣли, по 4 дня, были не обильны и совершенно безболѣзненны. Мочеиспусканіе правильно. По временамъ за-поры.</p>
----	-----	---	--------	-----	-----	---	------	---------------	----------------------------------	-------------------	---

№ по порядку.	№ врачебнаго жуп-нага.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время произво-ства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по-слѣ операціи.	Время снятия швовъ. Заживле-ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ опера-ціи.				Время.	Длина поло-сти матки.	
13	371	редне-заднемъ размѣръ, подвижна, отклонена впередъ, плотна, мѣстами хрящеватой плотности и болѣзненна. Своды свободны. Полость матки 9,5 сант.	$13/vii$	9,7	8,5	— 18	37,5	$28/vii$ Рг.	$2/viii$	7,0	$2/viii$. Послѣ операціи были регулы, продолжались 3 дня, но были не обильны и не болѣзненны. Мочениспусканіе правильное. Тяжести внизу живота не чувствуется. Запоры рѣже. Р. в. сформирована правильно, зѣвъ зияетъ, круглой формы. Матка въ томъ же положеніи, но она менѣе объемиста и безболѣзненна, подвижность то-же ограничена.

14 897
 БОУСНІ ДІ ПІЧІ ДІСІ ДІСІ ДІСІ
 БІТЬ НА 14 І. І ОБІДЛА 5 РАСІ. ДІСІ

последних родовъ, которые были 6 мѣс. тому назадъ, чувствуетъ постоянныя боли внизу живота; въ этотъ промежутокъ времени регулы приходили чрезъ 2 недѣли, по 5—7 дней, всегда обильны и сопровождаются схватками внизу живота.

Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, на ощупь мягка и болѣзненна. Матка увеличена въ объемъ, отклонена впередъ, подвижна, мягка и болѣзненна. Своды свободны. Полость матки 9,1 сан.

15 416
 Больная 26 л. Начала менструировать на 15 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 7 дней. Рожала два раза. Последніе роды два года тому назадъ. За последние два года регулы приходили неправильно чрезъ 2—4 недѣли, были обильны, но сопровождалась всегда сильными болями внизу живота. По временамъ сердцебіенія. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, плотна и болѣзненна. Матка рѣзко увеличена, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, плотна и болѣзненна, подвижна. Своды свободны. Полость матки 10,0.

Остальные болѣзнен. припадки прошли. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы, зяетъ. Матка не велика, безболѣзненна, подвижна; положеніе органа нормальное. Консистенція матки болѣе упруга.

10/внн. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы, зяетъ. Положеніе матки нормально, органъ уменьшенъ въ объемъ, подвиженъ и безболѣзненъ. Имѣла регулы въ продолженіе 3-хъ дней; регулы были безболѣзненны.

24/внн 10,0 9,1 — 37,3 7/внн 10/внн 7,2
 16 Pr.

№ по порядку.	№ врачебнаго журнала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.				СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.				
		Время привязки.	До операціи.	Потъасъ нота операціи.	Наркозъ и число швовъ.	Maximum ° по-слѣ операціи.	Время снятия швовъ. Важныя швы.	Время.	Послѣд. наблюденіе.	Длина полости матки въ сант.
16	426	21/vii	10,0	9,0	— 14	37,4	31/vii Pг.	3/viii 1887 29/i	8,4 6,2	29 января 1887 г. Вла- галищная часть сформиро- вана правильно, зѣвъ груглой формы, зяетъ. По- ложеніе матки нормальное. Матка мала, подвижна и совершенно безболѣзнен- на. Регулы всегда прихо- дили черезъ 3 недѣли, по 3 дня, были небольшие и со- вершенно безболѣзненны. Тяжести внизу живота не чувствуется.

Большая 33 лѣтъ. Начала менструи-
ровать на 16 г. Рожала одинъ разъ,
годъ тому назадъ. Роды продолжались
3 дня и были окончены щипцами; по-
слѣ родовъ была больна 2 мѣсяца, при-
чемъ было отдѣленіе крови и боли вни-
зу живота. Съ апрѣля 1885 г. чув-
ствуетъ постоянную тяжесть внизу жи-
вота. Хотя регулы приходятъ черезъ 3
недѣли, но количество ихъ стало боль-
ше и онѣ всегда болѣзненны. Иногда
въ промежуткѣ между регулами появ-
ляется жидкая кровь на день или на
два.

Влагалищная часть матки увеличе-
на въ объемъ, плотна и болѣзненна. На-
мѣстѣ наружнаго зѣва ощущается вла-
вленіе и губы плотно прилежатъ одна
къ другой. Матка отклонена впередъ и
вправо, рѣзко увеличена въ объемъ,
особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ,
плотна, подвижна и болѣзненна. Сбо-

17	446	<p>Болезнь 42 лѣтъ. Начала менструировать на 16 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 5 дней. Рожала три раза. Последніе роды 7 лѣтъ тому назадъ. Регулы приходили чрезъ 2—3 недѣли, обильны и болѣзненны. За послѣдній годъ крови стали настолько обильны и болѣзненны, что не могла ходить и прируждена была лежать. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ и удлинена, плотна и болѣзненна. Матка отклонена впередъ, рѣзко увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ, плотна, подвижна, болѣзненна. Своды свободны. Плотность матки 10,5 сант.</p>	27/vii	10,5	9,4	— 14	37,4	12/viii Pг.	10/ix	7,5	<p>10/ix 1885 г. Регулы продолжались 4 дня, не обильны и не болѣзненны. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы, зяегъ. Слизистая оболочка цервикальнаго канала красна. Матка меньше въ объемъ, неплотна и не болѣзненна.</p>
18	462	<p>Болезнь 24 лѣтъ. Начала менструировать на 16 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 6 дней. Два года тому назадъ родила въ срокъ; послѣ этого регулы стали приходять чрезъ 4—6 недѣль, всегда обильны и болѣзненны. Во время регулъ сердцебіеніе. Dyspareunia. Бѣли; запоры.</p> <p>За послѣдніе два мѣсяца постоянное отдѣленіе крови, которое прекратилось 7 дней тому назадъ.</p> <p>Влагалищная часть матки увеличе-</p>	23/vii	8,5	7,8	— 18	37,0	13/viii Pг.	17/viii 10/ix	7,0 7,0	<p>10/ix 1885 г. Регулы были не обильны и не болѣзненны, продолжались 5 дней, въ остальное время отдѣленій крови не было. Сердцебіеніе не повторялось. Бѣли прекратились. P. v. сформирована правильно, зѣвъ круглой формы, зяегъ. Матка въ прежнемъ положеніи, стѣнки ея тоньше, неплотна</p>

№ по порядку.	№ врачебнаго жр-нага.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время производства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum ° по-слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживленіе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ операціи.				Время.	Длина полости матки.	
19	466	на въ объемъ, плотна и болѣзненна. Матка антефлектирована, увеличена въ объемъ, подвижна, плотна и слегка болѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ остатки стараго параметрита. Полость матки 8,5 сант.	30/уи	8,5	8,0	— 18	37,5	12/уи Рг.	18/уи	7,5	и болѣзненна. Остатки параметрита in statu quo.
		Болная 24 лѣтъ. Начала менструировать на 14 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 7 дней. 3 года тому назадъ родила въ срокъ. Послѣ родовъ регулы приходили чрезъ 2—3 недѣли, по 8—9 дней и сопровождались болями внизу живота. Съ 5 апрѣля 1885 г. почти постоянно отдѣляется кровь. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, плотна и болѣзненна. Тѣло матки ретровертировано, весьма чувствительно, плотно и мало подвижно. Своды болѣзненны, но патологическаго въ нихъ ничего не прослѣживается. Полость матки 8,5.									18/уи. Регулы продолжались 4 дня, не болѣзненны и не обильны. Р. в. сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка въ прежнемъ положеніи, мѣнѣе объемиста, не такъ плотна и совершенно безболѣзненна.

21	504	<p>Болезнь на 17 г. Была замужем 10 лет, детей чрезъ 5 родовъ, по 5 дѣтей.</p> <p>Рожала четыре раза, послѣдніе роды 5 л. тому назадъ. За послѣдніе 4 года регулы приходили чрезъ 4—6—8 недѣль, по 6 дней, но всегда были обильны и болѣзненны. Бѣли. Болѣзненное мочеиспусканіе. Влагалищная часть матки рѣзко увеличена въ объемъ, плотна, болѣзненна, на губахъ зѣва эрозій. Матка слегка отклонена впередъ, увеличена въ объемъ. Своды свободны. Плотность матки 10,0 сант.</p>	19/viii	10,4	9,5	—	37,2	6/ix	Pr.	8,2	7,0
		<p>Болезнь на 28 лѣтъ. Начала менструировать на 14 г. Вышла замужъ 26 л. Регулы всегда были неправильны, чрезъ 3—4—6 недѣль, по 4—7 дней и болѣзненны. Два раза былъ выкидышъ, на 2 и 3 мѣсяцѣ. Послѣдній выкидышъ годъ тому назадъ. За послѣдній годъ количество отдѣляемой крови значительно больше, появились боли внизу живота. Dyspareunia. Сильныя бѣли. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, мягка и болѣзненна. Изъ цервикальнаго канала выделяется густоватая слизь желтаго цвѣта. Матка рѣзко увеличена, особенно въ переднезаднемъ размѣрѣ, антефлексирована, подвижна, мѣстами плотна и весьма болѣзненна при ощупываніи. Яичники</p>	20/ix	Выписана изъ клиники. Р. vag. сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка меньше въ объемъ, не такъ плотна и совершенно болѣзненна.							
			8/ix	20/ix							

№ по порядку.	№ врачебнаго жур-нала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.		Время произво-дства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum ° по-слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживле-ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
		До операціи.	Послѣ операціи.		Время.	Длина поло-сти матки.						
22	516	немного увеличены и болѣзненны. По-лость матки 10,4 сан.	26/viii	9,0	8,0	—	21	37,0	2 ^o /ix Pг.	20/ix 18/xii	7,0 6,2	18/xii 85. Регулы при-ходили чрезъ 3 недѣли по 4 дня, не обильны и не бо-лѣзненны. Бѣли прекрати-лись. Кишечникъ работа-етъ лучше. Р. в. сформи-рована правильно; зѣвъ круглой формы. Положеніе матки нормальное; матка уменьшена, неплотна и не болѣзненна.
23	530	Большая 36 л. Начала менструиро-вать на 15 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 6 дней. До замужества регулы бы-	2/x	9,0	8,1	—	13	37,4	2 ^o /xi Pг.	2 ^o /xi 1886 11/ii	7,0 5,8	11/ii 86. Первая менструа-ція послѣ операціи была бо-лѣзненна. Регулы прихо-

24	636	<p>Большая 33 л. Начала менструировать на 13 г. Регулы чрезъ 4 недѣли, по 6 — 7 дней. Вышла замужъ 20 л. Рожала 11 разъ. Последніе роды 2 г. тому назадъ. За послѣдніе два года регулы приходили чрезъ 2—3—4 недѣли; обильны и болѣзненны. Постоянный боли внизу живота. Моченспусканіе учащено и болѣзненно. Бѣли. Влажная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна; матка увеличена въ объемѣ, плотна, подвижна, болѣзненна, отклонена впередъ. Своды свободны. Полость матки 10,0 сан.</p>	26/x	10,0	8,9	Хлор. 14	37,5	14/xi Pг.	16/xi 1886 11/ii	8,0 6,2	<p>11/ii 86. Регулы чрезъ 3 недѣли по 4 дня, не обильны и не болѣзненны. Моченспусканіе правильное. Бѣли прекратились. Р. v. сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка уменьшена въ объемѣ, неплотна и не болѣзненна.</p>	<p>11/ii 86. Регулы чрезъ 3 недѣли по 4 дня, не обильны и не болѣзненны. Моченспусканіе правильное. Бѣли прекратились. Р. v. сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка уменьшена въ объемѣ, неплотна и не болѣзненна.</p>
* 25	677	<p>Большая 35 л. Начала менструировать на 14 г. Регулы чрезъ 4 недѣли,</p>	27/xi	9,0	8,0	Хлор. 11	37,6	22/xii Pг.	22/xii 1886 4/ii	7,0 6,0	<p>4 февраля 86 г. Шейка матки сформирована пра-</p>	<p>4 февраля 86 г. Шейка матки сформирована пра-</p>

№ по порядку.	№ врачебнаго жур-нала.	АНАМНЕЗЪ И ИСЛѢДОВАНИЕ.	Время произво-ства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum т° по-слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживле-ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ операціи.				Время.	Длина поло-сти матки.	
26	703	<p>по 4 дня. Замужъ вышла 19 л. Рожала 4 раза. Послѣ послѣднихъ родовъ, что было 9 л. тому назадъ, регулы приходили въ тѣ же сроки, но были обильны и болѣзненны. Чувство тяжести внизу живота. Сильныя бѣли. Мочепусканіе учащено и болѣзненно. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемъ, плотна и болѣзненна; губы эктропированы и покрыты эрозіями; съ лѣвой стороны разрывъ до свода. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется прозрачная, клейкая слизь. Матка отклонена впередъ, увеличена въ объемъ, плотна, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Полость матки 9,0 сант.</p>	16/xii	9,4	8,5	Хлор. 17	37,4	1886 21/i	1886 21/i	7,3 6,0	<p>вилно, зѣвъ круглой формы. Отдѣленіе изъ цервикальнаго канала не замѣтно. Положеніе матки нормальное. Матка уменьшена въ объемъ, плотна и не болѣзненна. Регулы были не обильны и неболѣзненны, приходили чрезъ 4 недѣли, по 4 дня.</p> <p>4 февраля 1886 года. Влагалищная часть сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка меньше въ объемъ, не бо-</p>

болѣзненны. За послѣдній годъ такъ

много отдѣлялось крови во время регулъ, что больная сильно ослабѣла; появились истерическіе припадкы. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, немного удлинена, плотна и болѣзненна. Матка отклонена впередъ, подвижна, болѣзненна и мѣстами плотна. Своды свободны. Полость матки 9,4 сант.

27 1886 г.

86

Больная 38 лѣтъ. Начала менструировать 13 л. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 7 дней. Рожала 3 раза. Послѣдніе роды 3 года тому назадъ. Послѣ родовъ родовъ было два выкидыша на 3 мѣсяцѣ. За послѣдніе три года регулы приходили неправильно, чрезъ 2—4 недѣли, по временамъ обильны и всегда сопровождались сильными болями внизу живота. Въ регулъ чувствуетъ боль внизу живота. Сильныя бѣли. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, увеличена въ объемъ, плотна и болѣзненна. Губы зѣва эктропированы и покрыты эрозіями. Матка увеличена въ объемъ, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, слегка отклонена впередъ, подвижна, плотна и болѣзненна. Длина полости матки 10 сант. Своды свободны.

¹⁶/ш

10,0

9,0

Хлор.
17

37,4

²⁰/ш
Рг.²⁰/ш

7,6

²⁰/ш. При выходѣ изъ клиникъ в. сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Слизистая оболочка цервикальнаго канала гиперемирована. Матка уменьшена въ объемъ, неплотна и не болѣзненна. Имѣла регулы почти безъ боли. При ходѣ бѣ, боли не чувствуютъ. Бѣли прекратились.

№ по порядку.	№ врачебнаго журнала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время производа- ства операціи.	Длина полости матки въ сант. им.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по- слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживле- ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ опера- ціи.				Время.	Длина поло- сти матки.	
28	160	<p>До поступленія въ клинику лечилась 1¹/₂ мѣсяца скарификаціями, но не получила ни малѣйшаго облегченія.</p> <p>Большая 41 г. Начала менструировать 13 л. Регулы чрезъ двѣ недѣли, по 7 дней. Вышла замужъ 16 л. Рожала 3 раза; послѣдніе роды 17 лѣтъ тому назадъ. Между первыми и вторыми родами былъ выкидышъ на 3 мѣсяцѣ. За послѣдніе 4 года регулы приходили чрезъ 2 недѣли по 7 дней, но были обильны и болѣзненны. Въ первые три дня регулъ чувствовала на столько сильную головную боль, что не могла вставать съ постели. Въ регулъ постоянная тупая боль въ поясницѣ и внизу живота. Около года сильная боль. Влагалищная часть матки увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна. Матка увеличена въ объемѣ, плотна, отклонена немного назадъ, подвижна и болѣзненна. Лѣвый яичникъ слегка увеличенъ. Длина полости матки 9 4 сант.</p>	1886 11/III	9,4	8,3	Хлор. 14	37,5	12/IV Pг.	12/IV 1887 7/II	7,5 5,5	<p>При изслѣдованіи 7 февраля 1887 г.: влагалищная часть сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Слѣдовъ бывшей операціи не замѣтно. Матка имѣетъ нормальное положеніе, не увеличена, не плотна и не болѣзненна. Послѣдняя менструація кончилась 5 февраля. Пациентка сообщила, что во время первыхъ регулъ послѣ операціи чувствовала легкую головную боль, которая болѣе не повторялась. Тупая боль въ поясницѣ и внизу живота прекратилась. Бѣлей нѣтъ.</p>

30	294	30	4/vi	9,0	8,1	Хлор. 17	37,3	30/vi 1887 20/1	7,5 6,5	При изслѣдованіи 27 января 87 г. шейка сфор- мирована правильно, зѣвъ круглой формы; положеніе органа нормальное. Матка не болѣзненна, на ощупь эластична, не велика. Ре- гулы приходили чрезъ 4 недѣли по 3 дня, не обиль- ны и совершенно безболѣз- ненны. Кишечникъ рабо- таетъ правильно. Боли
30	294	30	4/vi	9,0	8,1	Хлор. 17	37,3	30/vi 1887 20/1	7,5 6,5	При изслѣдованіи 27 января 87 г. шейка сфор- мирована правильно, зѣвъ круглой формы; положеніе органа нормальное. Матка не болѣзненна, на ощупь эластична, не велика. Ре- гулы приходили чрезъ 4 недѣли по 3 дня, не обиль- ны и совершенно безболѣз- ненны. Кишечникъ рабо- таетъ правильно. Боли
30	294	30	4/vi	9,0	8,1	Хлор. 17	37,3	30/vi 1887 20/1	7,5 6,5	При изслѣдованіи 27 января 87 г. шейка сфор- мирована правильно, зѣвъ круглой формы; положеніе органа нормальное. Матка не болѣзненна, на ощупь эластична, не велика. Ре- гулы приходили чрезъ 4 недѣли по 3 дня, не обиль- ны и совершенно безболѣз- ненны. Кишечникъ рабо- таетъ правильно. Боли
30	294	30	4/vi	9,0	8,1	Хлор. 17	37,3	30/vi 1887 20/1	7,5 6,5	При изслѣдованіи 27 января 87 г. шейка сфор- мирована правильно, зѣвъ круглой формы; положеніе органа нормальное. Матка не болѣзненна, на ощупь эластична, не велика. Ре- гулы приходили чрезъ 4 недѣли по 3 дня, не обиль- ны и совершенно безболѣз- ненны. Кишечникъ рабо- таетъ правильно. Боли
30	294	30	4/vi	9,0	8,1	Хлор. 17	37,3	30/vi 1887 20/1	7,5 6,5	При изслѣдованіи 27 января 87 г. шейка сфор- мирована правильно, зѣвъ круглой формы; положеніе органа нормальное. Матка не болѣзненна, на ощупь эластична, не велика. Ре- гулы приходили чрезъ 4 недѣли по 3 дня, не обиль- ны и совершенно безболѣз- ненны. Кишечникъ рабо- таетъ правильно. Боли
30	294	30	4/vi	9,0	8,1	Хлор. 17	37,3	30/vi 1887 20/1	7,5 6,5	При изслѣдованіи 27 января 87 г. шейка сфор- мирована правильно, зѣвъ круглой формы; положеніе органа нормальное. Матка не болѣзненна, на ощупь эластична, не велика. Ре- гулы приходили чрезъ 4 недѣли по 3 дня, не обиль- ны и совершенно безболѣз- ненны. Кишечникъ рабо- таетъ правильно. Боли

вать на 16 г. регулы чрезъ 4 недѣли, по 4—5 дней. Вышла замужь 22 л. Рожала 5 разъ; послѣдніе роды 3^{1/2} г. тому назадъ. За послѣдніе три года регулы приходили въ тѣ же сроки, но стали обильны и болѣзненны. Постоянная боль внизу живота и въ крестцовой области. Влагалищная часть матки рѣзко увеличена въ объемѣ, плотна, болѣзненна, на задней губѣ эрозіи. Матка отклонена впередъ, плотна, мало болѣзненна, увеличена въ объемѣ, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ. Лѣвый яичникъ увеличенъ, опущенъ и болѣзненъ. Длина полости матки 8,2 сант.

Большая 27 л. Начала менструировать на 16 г. Регулы чрезъ 4 недѣли, по 3 дня. Рожала 3 раза. Послѣдніе роды 5 мѣсяцевъ тому назадъ. Регулы обильны и болѣзненны. Постоянная боль внизу живота. Запоры. Влагалищная часть матки увеличена въ объемѣ, съ лѣвой стороны разрывъ немного не доходящей до свода; р. V. мягка и болѣзненна при ощупываніи. На губахъ зѣва эрозіи. Матка антефлексирована, увеличена въ объемѣ, мѣстами плотна

вара 1887 г. шейка матки мала, не увеличена въ объемѣ, при ощупываніи эластична и не болѣзненна; зѣвъ круглой формы, на губахъ его нѣтъ измѣненій. Положеніе матки нормальное; органъ не увеличенъ въ объемѣ. Матка неплотна и не болѣзненна. Лѣвый яичникъ безболѣзненъ при ощупываніи. Регулы приходили всегда чрезъ 3 недѣли по 4 дня, не обильны и безболѣзненны. Боли внизу живота и въ крестцовой области прекратились.

При изслѣдованіи 27 января 87 г. шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы; положеніе органа нормальное. Матка не болѣзненна, на ощупь эластична, не велика. Регулы приходили чрезъ 4 недѣли по 3 дня, не обильны и совершенно безболѣзненны. Кишечникъ работаетъ правильно. Боли

№ по порядку.	№ врачебнаго курса.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время прозводства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° послѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживленіе.	Послѣдніе наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ операціи.				Время.	Длина полости матки.	
31	334	и весьма болѣзненна при ощупываніи. Правый яичникъ увеличенъ и болѣзненъ. Длина полости матки 9,0 сант. Больная 28 лѣтъ, начала менструировать на 16 г. Регулы чрезъ 4—5 недѣль, по 3 дня. Вышла замужъ 17 л. Были одинъ роды 5 л. тому назадъ. За послѣдніе 4 года регулы приходили чрезъ 3—4 недѣли, по 5 дней, всегда обильны и болѣзненны. Боли внизу живота. Dyspareunia. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, мягка и болѣзненна, съ боковъ небольшіе разрывы. Матка увеличена въ объемъ, отклонена взадъ, подвижна, болѣзненна, плотна. Правый яичникъ увеличенъ и болѣзненъ. Длина полости матки 10,0 сант.	4/vi	10,0	9,2	— 15	37,6	27/vi Рг.	1887 20/i	6,2	внизу живота прекратились. При изслѣдованіи, 20 января 1887 г.: шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка отклонена немного взадъ, не увеличена и не болѣзненна. Своды безболѣзненны. Регулы приходили чрезъ 4 недѣли, по 5 дней, были не обильны и не болѣзненны. Послѣдняя менструація кончилась 10 января.
32	375	Больная 41 г., начала менструировать на 16 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 3 дня. Вышла замужъ 17 л. Рожа-	19/vi	10,0	9,0	— 15	37,0	15/vii Рг.	16/ix	6,8	16/ix. Шейка сформирована правильно, слизистая оболочка цервикальнаго

ми. Матка не велика, неплотна и не болѣзненна. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 3 дня, были не обильны и не болѣзненны. Жалуется на бѣли. Сдѣлано смазываніе слизистой оболочки цервикальнаго канала tinct. iod. Смазываніе было повторено 3 раза. Сосочки исчезли. Бѣли прекратились.

^{20/1} 1887 г. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка не велика и совершенно безболѣзненна. Регулы приходили чрезъ 3^{1/2} недѣли, по 3 дня, были не обильны и не болѣзненны.

^{20/1} 1887 г. Шейка

да на 3-мъ мѣсяцѣ; послѣ выкидыша регулы стали обильны и болѣзненны. Постоянное чувство тяжести внизу живота. Сильныя бѣли.

Влагалищная часть матки увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна; съ боковъ разрывы почти до сводовъ; губы зѣва эктропированы и покрыты эрозіями. Матка увеличена въ объемѣ, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, отклонена впередъ, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 10 сант.

Больная 30 л. Начала менструировать на 16 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, дня по 3—5. Вышла замужъ 18 л. Рожала 1 разъ, 12 лѣтъ тому назадъ. За послѣдніе 2 года регулы стали обильны и болѣзненны. Постоянная тяжесть внизу живота. Бѣли. Влагалищная часть матки увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна, съ лѣвой стороны разрывъ до свода; на задней губѣ эрозіи. Матка антефлексирована, увеличена въ объемѣ, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 10,8 сант.

Больная 22 л. Начала менструиро-

8,5

^{16/IX}

7,0

1887

^{20/1}^{16/IX}

Pr.

37,0

—

16

9,7

10,8

^{17/VIII}

37,5

^{25/IX}

37,5

^{25/IX}

Хлор.

37,5

9,0

10,2

^{2/IX}

8,0

^{25/IX}

№ по порядку.	№ врачебнаго жур-нала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время прозвон-ства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum ° по-слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Заживле-ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦИИ.
				До операціи.	Послѣ опера-ціи.				Время.	Длина поло-сти матки.	
		вать на 14 г. Регулы чрезъ 4 недѣли, по 5 дней. Рожала 1 разъ, годъ тому назадъ. Послѣ родовъ чувствуетъ по-стоянную боль внизу живота и въ по-ясницѣ. Регулы обильны и болѣзненны. Бѣли. Влагалищная часть матки уве-личена въ объемѣ, съ боковъ разрывы до сводовъ, тѣстовата и болѣзненна на ощупь. Задняя губа эктропирована и покрыта эрозіями. Матка антевертиро-вана, увеличена въ объемѣ, мѣстами плотна, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 10,2 сант.				12			1887 20/1	5,8	сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Мат-ка имѣетъ нормальное по-ложеіе, не велика, упру-га, безболѣзненна. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 4 дня, были не обиль-ны и безболѣзненны. Бѣли прекратились.
35	583	Больная 35 лѣтъ. Начала менструи-ровать на 14 г. Регулы чрезъ 3 недѣ-ли, по 4—5 дней. Рожала одинъ разъ, 11 л. тому назадъ. Вышла замужъ 17 л. До замужества регулы всегда сопровож-дались болями внизу живота и въ по-ясницѣ. Послѣ родовъ была больна 6 мѣсяцевъ, въ это время шли сильныя	24/IX	10,5	9,4	Хлор. 12	37,4	18/X Pг.	18/X 28/XII	8,3 7,0	28/XII. Шейка сформирова-на правильно, зѣвъ круглой формы. Матка уменьшена въ объемѣ, неплотна и не болѣзненна. Положеніе ор-гана нормальное. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 4 дня, не обильны и без-

рѣдко.

болѣзненны. За послѣдніе два года количество отдѣляемой крови во время регулъ стало значительно меньше, но боли стали еще сильнѣе. Болѣзненное и учащенное мочеиспусканіе. Запоры. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ и въ длину, весьма плотна и болѣзненна. Матка увеличена въ объемъ, слегка наклонена къзади, мало подвижна, весьма плотна и болѣзненна. Лѣвый яичникъ немного увеличенъ и болѣзненъ. Въ правомъ сводѣ остатки параметрита. Длина полости матки 10,5 сант.

36 607

Больная 34 л. Начала менструировать на 17 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 3 дня. Вышла замужъ 19 л. Рожала три раза. Послѣдніе роды 9 л. тому назадъ. За послѣдніе 4 года регулы были обильны и болѣзненны. Съ марта 1886 г. регулы стали запаздывать, чрезъ 4—5 недѣль и количество крови рѣзко уменьшилось; иногда регулы продолжались только одинъ день. Постоянная боль внизу живота. Бѣли. Запоры. Dyspareunia. Головокруженія. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, плотна и болѣзненна; съ боковъ разрывы до сводовъ. Изъ цервикального канала выдѣляется про-

20/1 1887 г. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка меньше, неплотна и не болѣзненна. Положеніе органа нормально. Регулы приходили чрезъ 3 недѣли, по 3 дня, были не обильны и не болѣзненны. Остальные болѣзненные припадки совершенно прекратились.

7,0
6,3
14/x
1887
20/114/x
Pг.

37,6

Хлор.
11

8,2

9,5

18/x

№ по порядку.	№ врачебнаго журнала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время производства операции.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.		Наркозъ и часло швовъ.	Maximum t° по сѣ операции.	Время снятия швовъ. Важныя швы.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНИЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦИИ.
				До операции.	Точная послѣ операция.			Время.	Длина полости матки.		
37	621	<p>зрачная клейкая слизь. На губахъ зѣва эрозія. Матка увеличена въ объемъ, очень плотна, подвижна, болѣзненна, отклонена немного назадъ. Своды свободны. Длина полости матки 9,5 сант.</p>	17/ix	9,5	8,4	Хлор. 10	Въ первые 12 дней.	20/x Рт.	23/xii 7,0	<p>Въ первые 12 дней послѣ операции большая чувствовала себя хорошо. Вечеромъ 29/ix сильный потрясающій знобъ. t° 40,8. Пульсъ 100; дыханіе 35. Дѣвѣй сводъ болѣзненъ. При выслушиваніи легкихъ жесткое дыханіе. 30/ix. Въ дѣвѣмъ сводѣ припухлость увеличилась, болѣзненность также. При тушеніи перкуторнаго тона на верхушкѣ праваго легкаго выше лопаточной ости; жесткій выдохъ на</p>	

болѣзненная при ошупываніи. Длина
полости матки 9,5 сант.

ня верхней доли правого
легкого. Воспаленіе въ лег-
комъ разрѣшилось на 9-й
день. За это время при-
пухлость въ лѣвомъ сводѣ
не увеличилась. Лечение
состояло въ назначеніи Inf.
Digital. изъ 8 гр. на 6 ун-
цій, антифибрина и при-
кладываніи пузыря со
льдомъ на нижнюю часть
живота. Съ 7 по 23 t° бы-
ла нормальна и большая
чувствовала себя хорошо.
²³/x. Шейка сформиро-
вана правильно, зѣвъ кру-
гой формы. Матка не бо-
лѣзненна. Въ лѣвомъ сво-
дѣ незначительн. припух-
лость, слегка болѣзненная.
²³/xii. Матка уменьше-
на въ объемѣ, неплотна
и не болѣзненна. Регулы
чрезъ 3 недѣли по 3 дня
безъ боли. Мочиспуска-
ніе по временамъ учащено
и болѣзненно.

⁶/xi. Шейка сформирована
правильно, зѣвъ круглой
формы. Матка не болѣз-
ненна. Во время пребыва-

7,0

⁶/xi⁶/xi
Pг.

37,4

Хлор.
16

7,5

8,5

⁹/x

Большая 42 л. Начала менструиро-
вать на 19 году. Регулы чрезъ 4 не-
дѣли, по 3 дня. Рожала 2 раза; по-
слѣдніе роды 14 л. тому назадъ. По-

38 647

№ по порядку.	№ врачебнаго журнала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время производа- ства операціи.	Длина полости матки въ сант.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum ° по сть операціи.	Время снятія швовъ. Заживле- ніе.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Потъасъ по- сть опера- ции.				Время.	Длина поло- сти матки.	
39	656	<p>слѣ послѣднихъ родовъ встала на 2-й день, съ тѣхъ поръ чувствуетъ постано- янная боли внизу живота и въ пояс- ницѣ. Регулы неправильны, обильны и болѣзненны. Влагалищная часть матки увеличена въ объемѣ, плотна и болѣз- ненна. Матка отклонена взадъ, увели- чена въ объемѣ, плотна, подвижна, болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 8,5 сант.</p>	10/x	11,0	9,4	Хлор. 10	37,4	12/xi Рг.	12/xi 23/xii	8,2 7,4	<p>вія въ клиникѣ имѣла ре- гулы съ 26 по 30 ноября, регулы не были обильны, но сопровождалась болью внизу живота. При ходьбѣ боли не чувствуютъ.</p>
		<p>Больная 30 лѣтъ. Начала менструи- ровать на 13 году. Регулы чрезъ 4 не- дѣли, по 3 дня. Рожала 6 разъ; по- слѣдніе роды 2 года тому назадъ. За послѣдній годъ регулы приходили весь- ма неправильно, чрезъ 2—3—4 недѣ- ли, всегда обильны и болѣзненны. Въ первый день регулъ боли внизу живо- та на столько сильны, что больная должна лежать, при этомъ чувствуетъ сильную головную боль, тошноту и сердцебіеніе; явленія эти иногда повто- ряются и въ слѣдующіе дни регулъ.</p>									<p>23/xii. Шейка правильно сформирована, не велика и безболѣзненна; зѣвъ круг- лой формы. Матка значи- тельно уменьшена въ объ- емѣ, имѣетъ нормальное положеніе, плотна и безболѣзненна. Регулы безъ боли, необильны. Го- ловная боль, тошнота и сердцебіеніе не повторя- лись. Въ лѣвомъ сводѣ из- мѣненія in statu quo.</p>

40	671	<p>боковъ разрывы до сводовъ; губы зѣва эктропированы и покрыты эрозіями. Матка антефлектрирована, рѣзко увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна; подвижность матки уменьшена, особенно слѣва направо. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается нѣсколько ложныхъ перемычекъ, болѣзненныхъ при ощущиваніи. Полость матки 11 сант.</p>	12/х	10,0	8,0	Хлор. 37,5 10	31/х 15/х 14/х	7,0 6,1 5,6	<p>14/хл. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы; р. v. неплотна и не болѣзненна. Матка уменьшена въ объемѣ, неплотна и не болѣзненна. Регулы были не обильны, въ первый день чувствовала легкую боль внизу живота. Остальные болѣзненные припадки прекратились.</p>
41	686	<p>Большая 31 года. Начала менструировать на 13 г. Регулы чрезъ 5 недѣль, по 3—4 дня. Вышла замужъ 17 л. За послѣдніе 2 года регулы приходили чрезъ 3—4 недѣли, по 4 дня, обильны и всегда болѣзненны. Постоянная тупая боль внизу живота. За послѣдній годъ, по окончаніи регулъ, чувствовала сильная схватки внизу живота, которыя продолжались 5 дней и въ это время не могла вставать съ постели. Мочеиспусканіе учащено и болѣзненно. Запоры. Влагалищная часть матки конической формы, увеличена, плотна и болѣзненна. Матка антефлектрирована, увеличена въ объемѣ, особенно въ переднезаднемъ размѣрѣ, плотна, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 10 сант.</p>	17/х	11,0	10,0	Хлор. 37,3 15	6/х Рг.	8,5 7,5	<p>12/хл. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой</p>

№ по порядку.	№ врачебнаго жупрала.	АНАМНЕЗЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ.	Время прозводства операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.		Наркозъ и число швовъ.	Maximum t° по-слѣ операціи.	Время снятія швовъ. Закрытие.	Послѣд. наблюден.		СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ ОПЕРАЦІИ.
				До операціи.	Послѣ операціи.				Время.	Длина полости матки.	
42	700	дѣли, по 8 дней. Вышла замужъ 19 л. Рожала 4 раза; послѣдніе роды 13 л. тому назадъ. За послѣдніе 3 года регулы приходили чрезъ 2—3 недѣли, по 8 дней, обильны и болѣзненны. Во время регулъ учащенное мочеиспусканіе. Постоянная боль внизу живота. Влагалищная часть матки увеличена въ объемъ, плотна и болѣзненна; на задней губѣ эрозія. Матка увеличена въ объемъ, отклонена немного впередъ, плотна, подвижна и болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 11 сантимет.	22/x	9,5	8,5	Хлор. 15	37,0	14/xi Pr.	14/xi 12/xii	7,5 6,5	формы. Положеніе матки нормально. Матка уменьшена, плотна и не болѣзненна. Регулы не обильны и безболѣзненны. Мочеиспусканіе правильно.
		Большая 28 лѣтъ. Начала менструировать на 14 году. Регулы чрезъ 3—4 недѣли, по 5—6 дней. Вышла замужъ 18 л. Съ появленіемъ первыхъ регулъ чувствовала боли внизу живота; регулы до сего времени болѣзненны. За послѣдніе два года регулы стали обильны. Сильныя головныя боли и частое мочеиспусканіе. Влагалищная часть									12/xii. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Слизистая оболочка цервикальнаго канала мѣстами покрыта красными сосочками. Матка въ прежнемъ положеніи, но меньше и мало болѣзненна. Регулы были 1-го де-

безболѣзненны. Сдѣлано смазываніе цервикальнаго канала tinct. iodi.

²⁹/1 1887 г. Шейка сформирована правильно, зѣвъ круглой формы. Матка меньше въ объемѣ, неплотна и не болѣзненна. Первые регулы были болѣзненны, но не обильны и сопровождались сердцебиеніемъ. Слѣдующія регулы были безболѣзненны и не сопровождались болѣзненными признаками. Моченосканіе правильно. Бѣли прекратились. По временамъ запоры.

6,5
6,2

⁶/xii
1887
²⁹/i

⁶/xii
Рг.

37,2

Хлор.
14

7,5

9,0

²⁹/x

въ объемѣ, мѣстами плотна, болѣзненна. Матка ретрофлексирована, весьма плотна, подвижна, болѣзненна. Своды свободны. Длина полости матки 9,5 сан.

Большая 30 л. Начала менструировать на 14 г. Регулы чрезъ 3 недѣли, по 3—4 дня. Вышла замужъ 17 л. Рожала 2 раза; послѣдніе роды 12 л. тому назадъ. 7 лѣтъ тому назадъ выкинула на 3 мѣсяцѣ; послѣ выкидыша въ продолженіе 2-хъ мѣсцевъ отдылялась кровь. Регулы приходили чрезъ 2—3 недѣли, всегда обильны и болѣзненны. За послѣдніе два года во время регулъ сильная головная боль, сердцебиенія и схватки внизу живота. Постоянное напираніе на прямую кишку. Съ марта 86 г. регулы показывались чрезъ 1—2—3 недѣли по 6 дней. Затрудненное моченосканіе. Запоры. Бѣли. Влажная часть матки увеличена въ объемѣ, плотна и болѣзненна; съ боковъ разрывы до сводовъ; губы зѣва эктропированы и покрыты эрозіями. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется густая желтая слизь. Матка отклонена назадъ, плотна, подвижна и болѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается, плотная, разлитая припухлость, слегка болѣзненная. Длина полости матки 9,0 сант.

732

43

Изъ приведенныхъ таблицъ видно, что частичная ампутація влагалищной части матки оказываетъ благотворное вліяніе на состояніе больныхъ, которыя избавляются отъ своихъ мучительныхъ припадковъ: регулы принимаютъ правильный типъ, количество отдѣляемой крови уменьшается, дизменоррея и метроррагія исчезаютъ, истеченіе изъ родовыхъ путей прекращается; мочеиспусканіе становится правильнымъ, отчасти улучшается также состояніе кишечника. Больныя перестаютъ чувствовать тяжесть внизу живота, боли въ тазу и поясницѣ прекращаются.

Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (№ 7) постоянная боль въ копчикѣ послѣ ампутацій влагалищной части прекратилась.

Нервные явленія во время регулъ, какъ то сильныя головныя боли, сердцебіенія, прекращаются.

Подобное улучшение въ общемъ состояніи организма, конечно, зависитъ отъ тѣхъ измѣненій, которыя происходятъ въ маткѣ. Во всѣхъ случаяхъ матка уменьшалась въ длину—отъ 1,5 до 3 см., стѣнки матки становились тоньше, органъ уменьшался въ объемъ, становился мягче, легче, подвижнѣе, болѣзненность исчезала.

Операція дѣйствуетъ также благотворно и на слизистую оболочку цервикальнаго канала и полости матки, выскабливанія которой передъ операціей мы не дѣлали.

Наши наблюденія показываютъ также, что улучшение болѣзненныхъ припадковъ и уменьшеніе матки не есть явленіе скоропроходящее и что наружное отверстіе цервикальнаго канала, оставаясь круглымъ, не суживалось впослѣдствіи.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ въ клиникѣ проф. Славянскаго было сдѣлано еще 20 ампутацій влагалищной части при хроническомъ метритѣ, но случаи эти мы здѣсь не приводимъ потому, что передъ операціей измѣреній сдѣлано не было. Но, однако, наблюдая этихъ больныхъ, мы можемъ сказать, что у нихъ послѣоперационный періодъ протекалъ безлихорадочно, ампутаціонная рана заживала первымъ натяженіемъ, матка уменьшалась въ объемъ, стѣнки становились тоньше, болѣзнен-

ность органа исчезала и больные чувствовали себя хорошо. Уменьшение матки въ объемѣ послѣ ампутаціи С. Braun и Wedl¹⁾ объясняли жировымъ метаморфозомъ гипертрофированной соединительной ткани. Это было единственное наблюдение, такъ какъ послѣ этой операціи, при хроническомъ метритѣ, смертельныхъ случаевъ не было. Мартинъ потерялъ одну больную послѣ ампутаціи влагалищной части отъ присоединившагося чрезъ три недѣли брюшного тифа, но вскрытія, по нѣкоторымъ обстоятельствамъ, сдѣлано не было.

Фактъ, что матка уменьшается въ объемѣ и въ длину, замѣченъ былъ еще Hugnier²⁾, который, какъ это уже было сказано выше, производилъ ампутацію шейки при выпаденіяхъ, зависящихъ отъ надвлагалищной гипертрофіи; онъ замѣтилъ, что измѣненія въ маткѣ продолжались 2 или 3 мѣсяца и къ этому времени матка уменьшалась отъ 1 до 1^{1/2} снт.

Уменьшение органа Hugnier объясняетъ слѣдующимъ образомъ: «нужно приписать это послѣдовательное уменьшение органа воспаленію и нагноенію, которыя слѣдовали за постояннымъ отдѣленіемъ, а также сокращенію, производимому рубцомъ»³⁾.

Шпигельбергъ говоритъ, что послѣдующее нагноение, повидимому, способствуетъ сморщиванію и инволюціи тѣла, почему охотно прибѣгаетъ къ гальванокаустической петлѣ.

Olshausen объясняетъ уменьшение матки потерю крови во время операціи, послѣдовательнымъ покоемъ и осторожнымъ образомъ жизни, хотя и не отвергаетъ жирового перерожденія.

Мартинъ, Винкель, Шредеръ, объясняя измѣненія въ маткѣ послѣ ампутаціи, ссылаются на микроскопическое изслѣдованіе Braun'a и Wedl'я.

¹⁾ С. Braun l. c.

²⁾ Hugnier. l. c.

³⁾ «Faut attribuer ce retrait consécutif de l'organe au dégorgeement et à la suppuration, qui ont suivi la solution de continuité, ainsi qu'à la rétraction causée par la cicatrice».

Spiegelberg l. c.

Конечно нельзя отвергать, что потеря крови во время операции, покой и правильный образъ жизни послѣ операции имѣютъ вліяніе на уменьшеніе матки и ослабленіе болѣзненныхъ припадковъ, но придавать имъ исключительное значеніе нельзя.

Общій покой послѣ операции бываетъ не продолжителенъ, больныя остаются въ постели 8—14 дней и еслибы матка уменьшалась только на время, то съ возвращеніемъ пациентокъ къ ихъ прежнему образу жизни, она снова увеличилась бы.

Наши наблюденія говорятъ противъ этого.

При производствѣ ампутаціи гальванокаустическою петлею, гдѣ отсутствуетъ кровотеченіе, всетаки наблюдали уменьшеніе матки и исчезновеніе болѣзненныхъ припадковъ; въ такихъ случаяхъ, какъ уже сказано было, Шпигельбергъ объяснялъ эффектъ операции послѣдовательнымъ нагноеніемъ.

Въ настоящее же время, когда кровотеченіе въ большинствѣ случаевъ бываетъ ничтожно и рана заживаетъ безъ нагноенія, можно предположить, что тѣ стойкія измѣненія, которыя пріобрѣтаетъ матка послѣ ампутаціи шейки, зависятъ отъ болѣе глубокихъ измѣненій—жирового метаморфоза гипертрофированной соединительной ткани, какъ это наблюдали Braun и Wedl.

Условія для производства операции.

Для болѣе удобнаго производства ампутаціи маточной шейки требуется, чтобы влагалищная часть была вполне доступна, и съ этою цѣлью, не форсируя, слѣдуетъ низводить матку, захвативши мюзеевскими щипцами за одну изъ губъ шейки, до тѣхъ поръ пока шейка не покажется во входѣ рукава. Въ тѣхъ случаяхъ, когда матка не такъ подвижна, ее все таки можно низвести въ нижнюю треть рукава, не опасаясь вызвать осложненій, если только не примѣнять большой силы. Передъ низведеніемъ слѣдуетъ выяснитъ отношеніе шейки къ сводамъ, чтобы разрѣзъ вышелъ надлежащей величины.

Большинство гинекологовъ считаетъ низведеніе матки не-

обходимымъ условіемъ даже и въ томъ случаѣ, когда около матки существуютъ старые воспалительные процессы.

Такъ Simon низводитъ матку до тѣхъ поръ, пока р. v. покажется между срамными губами, или же низводитъ еще ниже.

Шредеръ ¹⁾ первымъ условіемъ для производства операціи ставилъ низведеніе матки; въ тѣхъ же случаяхъ, когда вокругъ матки существовали старые воспалительные процессы, онъ низводилъ матку книзу на столько, на сколько позволяли воспалительныя сращенія и весьма рѣдко получалъ при этомъ обостреніе процесса.

На основаніи своей опытности Шредеръ ²⁾ считалъ, что низведеніе матки, при существованіи воспаленій кругомъ ея, совершенно безопасно. Онъ говоритъ: «мы убѣдились, что брюшина обладаетъ способностью локализовать воспаленіе; съ нею можно сдѣлать, что угодно: разорвать, разрѣзать на куски, раздавить, размозжить, оторвать—и никогда не появится классическая картина общаго перитонита. Раневыя поверхности всегда спаиваются съ сосѣдними частями брюшины, а постороннія тѣла, наприм. кровь, часть опухоли, лигатуры инкапсулируются мѣстнымъ экссудатомъ. Картина, которую мы называемъ общимъ перитонитомъ, принадлежитъ септическому перитониту».

Müller говоритъ, что не всѣ воспалительные остатки одинаково опасны для производства ампутаціи маточной шейки: периметриты легче обостряются, чѣмъ параметриты.

Изъ 117 ампутацій вообще въ 74 случаяхъ были остатки периметрита и Müller наблюдалъ въ 24-хъ обостреніе процесса; въ чистыхъ же случаяхъ стараго параметрита ни разу не наблюдалъ обостренія. Самыя опасныя субъакутныя формы перитонита, oophorit'a и regioophorit'a—гдѣ этиологія гонорея.

Въ нашихъ случаяхъ, какъ это уже выше сказано, были воспалительные остатки въ боковыхъ сводахъ, а также забо-

¹⁾ Schroeder. Zur Technik der plastischen Operationen am Cervix uteri. Charité Annalen 1878.

²⁾ Schroeder. Berich. über 50. Lister'she Ovariectomien. Berlin. Klin. Wochens. № 11. S. 147.

лѣванія яичниковъ и только въ одномъ случаѣ (№ 37) получилось обостреніе процесса. Хотя трудно сказать, что собственно послужило толчкомъ для обостренія процесса въ этомъ случаѣ, низведеніе ли матки во время операціи, или инфекция была занесена извнѣ, такъ какъ эта больная была изслѣдована кураторами два раза до 12 дня.

Кромѣ наблюдаемыхъ нами 63 больныхъ, мы заимствовали изъ клиническихъ листковъ исторіи болѣзни, начиная съ Сентября 1881 года, чтобы на большомъ числѣ случаевъ показать, насколько низведеніе матки вліяло на обостреніе старыхъ воспалительныхъ остатковъ около нея.

Ампутація влагалищной части была произведена ножемъ.

1) При хроническомъ воспаленіи всей матки—20 разъ и одинъ разъ при воспаленіи шейки, при чемъ въ 5 случаяхъ были остатки параметрита и въ одномъ случаѣ—периметрита, но обостренія ихъ не наблюдалось.

2) При выпаденіи матки—25 разъ, изъ этого числа въ 6 случаяхъ были остатки параметрита и въ одномъ случаѣ на 4-й день замѣчено было обостреніе процесса.

3) При раковомъ пораженіи влагалищной части—14 разъ, изъ этого числа съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ—6 разъ, три раза съ прижиганіемъ аппаратомъ Пакелена и три раза съ наложеніемъ лигатуръ на *arter. uterinae*; во всѣхъ случаяхъ воспалительныхъ явленій въ сводахъ не было и послѣоперационный періодъ протекалъ безъ повышенія температуры.

Д-ръ Кирѣевъ ¹⁾, въ засѣданіи Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова, демонстрировалъ больную, у которой послѣ высокой ампутаціи маточной шейки, съ воспалительными остатками около матки, кромѣ инволюціи органа не только не наступило обостренія процесса, но, напротивъ того, воспалительные продукты почти исчезли.

¹⁾ Докторъ Кирѣевъ. Къ оперативному леченію неврввимыхъ, неполныхъ выпаденій матки. Еженедѣльная клиническая газета, № 12, 1886 г.

Инструменты для производства операціи.

Что касается до выбора инструмента для производства ампутаціи влагалищной части матки то, кромѣ ножа, предлагали экразеръ и гальванокаустическую петлю, при чемъ главнымъ образомъ имѣли въ виду избѣжать кровотеченія во время операціи.

Ампутація экразеромъ за послѣднее время практикуется все рѣже и рѣже, такъ какъ помимо того, что способъ этотъ даетъ мятую раневую поверхность, которая заживаетъ нагноеніемъ, онъ не предохраняетъ также отъ послѣдовательныхъ кровотеченій, ведетъ къ суженію наружнаго зѣва и, даже при самомъ осторожномъ наложеніи цѣпи, или проволоки экразера, операторъ никогда не можетъ быть вполнѣ увѣренъ, что не ранитъ сосѣднихъ органовъ.

Sims ¹⁾, употребляя для ампутаціи экразеръ, нѣсколько разъ наблюдалъ пораненіе сосѣднихъ органовъ и послѣ первыхъ ампутацій замѣтилъ, что рыльце матки часто было до того изрубцовано и стянуто, что онъ принужденъ былъ оставить экразеръ и замѣнить его ножницами.

Alfred Meadows ²⁾, оперируя проволочнымъ экразеромъ влагалищную часть при ея гипертрофіи, вскрылъ мочевою пузырь и дугласъ.

Odebrecht ³⁾, описывая операціи Негар'а, говоритъ, что они примѣняли экразеръ четыре раза и въ трехъ случаяхъ онъ дѣйствовалъ неудовлетворительно и кровотеченіе пришлось останавливать каленымъ желѣзомъ, или кончать операцію ножемъ.

Dr. Härlin ⁴⁾ приводитъ случай, довольно поучительный, гдѣ передняя губа маточной шейки была ампутирована ножемъ

¹⁾ Sims l. c.

²⁾ Meadows. Case of amputation of the cervix uteri. Transact. of obstetr. Soc. London Vol. XI, p. 102.

³⁾ Odebrecht. l. c.

⁴⁾ Härlin. Zur Casuistik der Amputation des Cervix uteri in der Schwangerschaft. 1879 г.

и ножницами, а задняя — проволочнымъ экразеромъ, который поранилъ задній сводъ, причемъ получило отверстие величиною въ 10 пфенниговъ, ведущее въ задній дугласъ; пришлось накладывать швы. Операция была произведена по поводу ракового поражения.

Gustav Simon ¹⁾ сообщаетъ, что при гипертрофiи влагалищной части, употребляя экразеръ, онъ часто замѣчалъ поврежденiе рыхлой клетчатки, причемъ инструментъ часто ломался во время операции, такъ что приходилось кончать операцию ножомъ.

Fritsch высказывается также противъ экразера, говоря, что операторъ никогда не можетъ быть увѣренъ, что не поранитъ сосѣднихъ органовъ.

Mörrike ²⁾ сообщаетъ, что ампутація влагалищной части матки была произведена Шредеромъ 100 разъ: при cancer 32, при prolapsus 15, при цервикальныхъ катаррахъ и желѣзистомъ перерожденiи 34, при гипертрофiи 12, при elongatio 7, — во всѣхъ случаяхъ употребляли ножъ и только въ одномъ случаѣ — экразеръ (при carcinom'ѣ), которымъ вскрыли дугласово пространство.

O. Saint-Vel ³⁾ приводитъ случай, гдѣ послѣ ампутаціи гипертрофированной шейки линейнымъ экразеромъ, черезъ день послѣ операции появилось воспаленiе въ широкихъ связкахъ и чрезъ 2 дня смерть.

Послѣдователи гальванокаустическаго способа предпочитаютъ его потому, что ампутація р. v. производится весьма быстро, въ 30—40 секундъ, при отсутствiи кровотеченiя.

Что ампутація гальванокаустическою петлею, или ножомъ, производится весьма быстро, въ этомъ конечно нельзя сомнѣваться.

Но быстрота способа не искупаетъ тѣхъ непрiятныхъ послѣдствiй, которыя развиваются послѣ операции, а иногда даже и во время самаго производства ея.

¹⁾ Simon. Operationen an den weiblichen Geschlechtstheilen. Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Band. 13. 1859 г. S 419.

²⁾ Mörrike. Ueber die Amputationen der Portio vaginalis. Zeitschr. f. Geburs. u. Gynäk. Band 3, 1878 г.

³⁾ Saint-Vel. Jahrbucher 1870. B. 145.

Не говоря о томъ, что гальванокаустическая петля отъ нагрѣванія дѣлается ломкою, часто рвется во время операціи, аппаратъ отказывается работать, эти неудобства еще преодолимы, но главное — при этомъ способѣ могутъ быть послѣдовательныя кровотеченія, стенозы отъ сокращенія рубца и даже полная атрезія маточнаго рыльца.

Шпигельбергъ ¹⁾, ампутируя влагалищную часть матки (саркома шейки 22, коническая шейка 5, шейка въ видѣ крыла и хобота 10, циркулярная гипертрофія при роларс'ѣ 10, простая воспалительная гипертрофія р. в. 7) примѣнялъ 39 разъ гальванокаустическую петлю и 4 раза экразеръ.

Приводимые случаи изъ таблицъ Шпигельберга наглядно говорятъ противъ употребленія петли.

Время произ- водства опе- рации.	Годъ отъ ро- ду. Рожала или нѣтъ.	Показанія къ операци.	Оперативный способъ.	Осложненія при производ- ствѣ операци.	П о с л ѣ д с т в і я .
1870 г. 27/v	43 лѣтъ. Рожала 8 разъ.	Гиперплазія влагалищ- ной части съ уплотненіемъ. Гнойный катарръ.	Гальвано- каустиче- ская петля.	Умѣрен. кровогеч. изъ субвагинальной вены. Вне- запный шокъ и смерть 28/v.	
7/vii	40 лѣтъ. Давно без- плодна.	Воспалительное уплот- неніе и гипертрофія вла- галищной части съ изъяз- вленіями при давней ге- troflex'ии матки.	Тоже.	Сильное послѣдователь- ное кровотеченіе.	Хорошій эффектъ на общее самочувствіе. До операциі пациентка въ теченіе долга- го времени употребляла различныя сред- ства, какъ общія, такъ и мѣстныя, но безъ всякаго результата. Въ маѣ 1871 г. появился стенозъ, который скоро пере- шелъ въ агрезію наружнаго отверстія съ умѣренной гематометрою. Въ 72 г. больная снова оперирована для уничто- женія агрезіи.
1872 г. 22	26 лѣтъ. Рожала 1 разъ.	Prolaps. Удлиненіе шейки, цир- кулярная гипертроф. вла- галищной части.	Тоже.		Pelvi—peritonitis. Выздоровленіе.
iv	40 лѣтъ. Безплодна.	Разлитое фиброзное пе- рерожденіе. Длинная утол- щенная р. v. Механическое раздраженіе vagin'ы.	Тоже.		Значительное ослабленіе болѣзнен. припадковъ. Приблизительно черезъ годъ стенозъ os externi. Билятеральная ин- цизія безъ дурныхъ послѣдствій.

Шпигельбергъ говоритъ, что отпаденіе струпа послѣ употребленія гальванокаустической петли начинается на 3 день и продолжается до 8—10 дня и во все это время можетъ быть послѣдовательное кровотеченіе; далѣе онъ высказываетъ, что послѣ отнятія р. v. гальванокаустическою петлею нельзя избѣгнуть стеноза.

Carl Braun ¹⁾ при 35 ампутаціяхъ влагалищной части матки гальванокаустическою петлею наблюдалъ довольно часто болѣе или менѣе значительныя кровотеченія. Струпъ отпадалъ на 10 день и рана заживала чрезъ мѣсяць. Иногда было на столько обильное разращеніе грануляцій, что приходилось прижигать ихъ каленымъ желѣзомъ или аппаратомъ Пакелена. Во избѣжаніе появленія стеноза послѣ рубцованія, Braun совѣтуетъ разрѣзывать на нѣсколько линий по бокамъ новообразованный *orificium externum*. При диффузной гиперплазии шейки, гдѣ была употреблена для ампутаціи гальванокаустическая петля, Braun наблюдалъ появленіе гематометры.

Dr. Eustache ²⁾, ампутируя влагалищную часть матки гальванокаустическою петлею, часто кончалъ операцію ножемъ.

Dr. Byrne ³⁾ также наблюдалъ послѣдовательныя кровотеченія.

Dr. John Scott ⁴⁾ изъ Санъ-Франциско, примѣняя гальванокаустическую петлю для ампутаціи шейки, наблюдалъ очень часто послѣдовательное стягиваніе и сильный стенозъ *orif. ext.*, что подвергало пациентокъ сильнымъ страданіямъ во время менструацій.

Д-ръ Noeggerath ⁵⁾, ампутируя влагалищную часть матки при ея гипертрофії, наблюдалъ два раза послѣдовательныя кровотеченія: въ одномъ случаѣ на 18-й день, въ другомъ—въ концѣ

¹⁾ C. Braun. Lehrbuch der Gesamnten Gynäcologie 1881 г.

²⁾ Dr. Eustache. Le progrès médical. t. VIII, 1880 г.

³⁾ Dr. Byrne. } Excision of the cervix uteri i its Indications and Methods.
The American Journal of obstetrics. v. x. 1877 г.

⁴⁾ John Scott l. c.

⁵⁾ Noeggerath. l. c.

второй недѣли при сильномъ разрастаніи фунгозныхъ грануляцій на культѣ. Кромѣ этого, еще въ одномъ случаѣ, онъ послѣ ампу- тациі гальванокаустическою петлею наблюдалъ сѣуженіе зѣва.

Д-ръ Hugenberger¹⁾ послѣ ампу- тациі гальванокаустиче- ской петлею наблюдалъ вскрытіе мочевого пузыря и два раза полное закрытіе наружнаго зѣва съ задержкою регуль.

Galabin²⁾ говоритъ, что способъ этотъ имѣетъ много не- удобствъ: инструментомъ можно пользоваться только въ боль- шихъ городахъ, аппаратъ часто не дѣйствуетъ, петля недоста- точно накаливается какъ разъ въ тотъ моментъ, когда это всего нужнѣе, гранулирующая поверхность оказываетъ наклонность къ фунгознымъ разращеніямъ и такимъ образомъ вызываетъ сокращеніе, или даже полное закрытіе остальной части церви- кального канала. Galabin также примѣнялъ гальванокаустиче- скую петлю для ампу- тациі, но когда получилъ полное закрытіе зѣва, то совершенно отказался отъ ея примѣненія.

Odebrecht сообщаетъ случай, когда во время ампу- тациі галь- ванокану- стическая петля, отдѣливъ четверть шейки, охладѣла и операцію кончили ножемъ.

Hegar и Kaltenbach³⁾ наблюдали также сильное послѣдо- вательное кровотеченіе.

Gergardt⁴⁾ приводитъ наблюденіе Grünvald'a, который ви- дѣлъ смертельное артеріальное кровотеченіе послѣ отнятія р. v. гальванокаустическою петлею.

Онъ же приводитъ четыре случая Вугне'a, въ которыхъ послѣ ампу- тациі маточной шейки гальванокаустическою петлею на- ступилъ стенозъ и одна изъ паціентокъ обвинила его въ дур- номъ леченіи, которое вызвало безплодіе, за что ему, по при- говору суда, пришлось заплатить штрафъ въ 25000 фунтовъ стерлинговъ.

¹⁾ Hugenberger. Centralblatt f. Gyn. II. 78.

²⁾ Galabin. The Lancet. 1877 г.

³⁾ Hegar и Kaltenbach l. c. стр. 465.

⁴⁾ Hergardt. Ueber die Amputationen der Vaginalportion, ihre Indicationen und Methoden. 1883 г.

Кромѣ этого приведенъ еще случай Вугне'а, когда онъ при вскрытіи, чрезъ четыре года послѣ операціи, нашелъ слѣдующія измѣненія: наружный зѣвъ суженъ, шейка расширена, въ верхней трети влагалища рубцовое сокращеніе.

Послѣ этого Вугне отказался отъ петли для ампутаціи шейки.

Приведенные нами случаи Fürst'a тоже говорятъ противъ примѣненія какъ экразера, такъ и гальванокаустической петли.

Schroeder, Sims и Meadows наблюдали пораненіе брюшины.

Hunter¹⁾ наблюдалъ три раза послѣдовательное кровотеченіе у одной больной.

Müller²⁾ говоритъ, что производство ампутаціи влагалищной части матки наложеніемъ холодной или горячей петли можетъ считаться устарѣлымъ способомъ, потому что при помощи ея нельзя точно опредѣлить величину удаляемаго куска; способъ этотъ не предохраняетъ отъ послѣдовательныхъ кровотеченій и вторичной инфекціи и къ тому же можетъ вести къ послѣдовательнымъ стенозамъ новообразованнаго *orific. exter.*

Д-ръ Соловьевъ³⁾, ампутируя влагалищную часть 100 разъ при различныхъ хроническихъ страданіяхъ шейки, говоритъ: «что касается до ампутаціи гальванокаустическою петлею гипертрофированной или удлинненной р. v., а также при хроническомъ воспаленіи матки, то мы положительно вооружаемся противъ примѣненія этого способа, потому что послѣдствія этого отжиганія до такой степени въ нѣкоторыхъ случаяхъ неблагоприятны, что всегда ведутъ къ атрофіи и сморщиванію оставшагося отрѣзка шейки, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и къ зарощенію канала. Въ началѣ нашей практики мы исключительно примѣняли способъ отжиганія шейки гальванокаустическою петлею. По мѣрѣ того, однако, какъ опытъ насъ училъ, что заживленіе происходитъ крайне медленно, что получающійся послѣ операціи рубецъ годами представлялся темно краснаго цвѣта,

¹⁾ Hunter. Hemorrhagia after Amputation of the cervix by galvano-cautery. The American Journal of. obstr. XII, 1879 г.

²⁾ Müller l. c.

³⁾ Соловьевъ l. c.

легко кровоточащимъ, что остатокъ шейки атрофировался, что иногда слизистая оболочка шейки служила продолженіемъ слизистой оболочки влагалища, при чемъ сводъ рукава исчезалъ и ткань шейки прощупывалась чрезъ ткань рукава, наконецъ, на основаніи того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы наблюдали атрезию матки съ послѣдующимъ скопленіемъ въ ней крови (haematometra), мы рѣшительно отказались отъ этой операціи, предпочитая ей рѣжущіе инструменты».

Въ настоящее время, когда техника гинекологическихъ операцій достигла такого совершенства, конечно неумѣстно прибѣгать къ экразеру или гальванокаустической петлѣ съ цѣлью произвести ампутацію влагалищной части матки. Употребляя ножъ, мы можемъ удалить кусокъ какой угодно величины, избѣгаемъ при этомъ раненія сосѣднихъ органовъ, а накладывая швы, избѣгаемъ осложнений, которыя могутъ быть при нагноеніяхъ, предохраняемъ больную отъ послѣдовательныхъ кровотеченій, даемъ возможность ранѣ зажить первымъ натяженіемъ и проводимъ послѣопераціонный періодъ безлихорадочно.

Производя ампутацію маточной шейки ножомъ и накладывая швы, мы придаемъ зѣву такую форму, которая не могла бы во время заживленія измѣниться и повести къ стенозу или атрезіи.

Итакъ ампутація ножомъ съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ для остановки кровотеченія заслуживаетъ предпочтенія передъ всѣми другими методами, какъ съ хирургической точки зрѣнія, такъ и съ терапевтической.

Въ двухъ нашихъ случаяхъ послѣ ампутаціи маточной шейки послѣдовала беременность, и роды, наступившіе въ срокъ, окончились благополучно.

Одна пациентка была бесплодна семь лѣтъ и черезъ два мѣсяца послѣ операціи забеременѣла; другая, будучи бесплодной два года, забеременѣла чрезъ шесть мѣсяцевъ.

Продолжительность родовъ въ первомъ случаѣ—16 час. 20 мин.; во второмъ—18 ч. 10 м.

Въ приведенномъ случаѣ д-ра Ястребова роды продолжались 10 час. и окончились также благополучно.

Müller¹⁾ наблюдалъ, что въ 26 случаяхъ послѣ ампутаціи влагалищной части матки не происходило затрудненій во время родовъ, только первый періодъ нѣсколько затягивался и въ одномъ случаѣ пришлось сдѣлать нѣсколько неглубокихъ надрѣзовъ на краяхъ зѣва.

Послѣдній случай Müller описываетъ такъ: «въ концѣ шестого мѣсяца наступили роды; сильныя боли начались вечеромъ и продолжались до утра. Пробовали зондомъ сдѣлать расширение зѣва, но безъ успѣха. Сокращенія матки принимали спазматическій характеръ; данъ былъ морфій и хотя послѣ этого боли не имѣли спазматическаго характера, но тѣмъ не менѣе зѣвъ не раскрывался. Зондомъ разорвали пузырь. Роды подвигались очень медленно, тогда сдѣлали нѣсколько неглубокихъ надрѣзовъ по краямъ зѣва, достаточныхъ для того, чтобы прошелъ шестимѣсячный плодъ. Тотчасъ же произошли роды; потребовалось ручное удаленіе послѣда, который былъ твердъ, съ сильно разращенной соединительной тканью и былъ плотно прикрѣпленъ къ маточной стѣнкѣ». Müller дѣлаетъ заключеніе, что, вѣроятно, такое состояніе послѣда и было причиною наступленія преждевременныхъ родовъ.

Д-г. Н. Fritsch говоритъ, что въ концѣ беременности, послѣ ампутаціи, рубцы на влагалищной части матки размягчаются и едва ли могутъ служить препятствіемъ для родовъ.

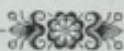
Fritsch наблюдалъ роды при сильныхъ рубцахъ на р. v., которые остались отъ предъидущихъ родовъ, когда накладывали щипцы и кончили кефалотрипторомъ и все таки роды окончились благополучно и нормально.

На основаніи сказаннаго слѣдуетъ считать, что линейные рубцы, которые остаются послѣ ампутаціи на влагалищной части матки, не могутъ служить препятствіемъ для родовъ.

Въ заключеніе скажемъ, что если матка, пораженная хроническимъ воспаленіемъ, увеличена въ объемъ и въ длину, плотна и болѣзненна, влагалищная часть также утолщена и

¹⁾ Müller, l. c.

плотна, губы зѣва эктропированы и покрыты эрозіями, то въ такихъ случаяхъ мы считаемъ неумѣстнымъ прибѣгать къ различнаго рода лекарственнымъ средствамъ, скарификаціямъ и прижиганіямъ, но совѣтуемъ дѣлать ампутацію влагалищной части, чтобы этимъ путемъ достигнуть болѣе скорого и въ то же время безопаснаго излеченія болѣзни.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Употребленіе провизорной лигатуры на влагалищную часть при ея ампутаціи не есть необходимое условіе.

2) Въ настоящее время слѣдуетъ предпочитать въ подходящихъ случаяхъ кесарское сѣченіе операціямъ, уменьшающимъ объемъ головки.

3) Промыванія желудка при хроническомъ катаррѣ приносятъ несомнѣнную пользу.

4) Холодные промывательныя составляютъ дѣйствительное и вѣрное жаропонижающее средство¹⁾.

5) При леченіи дизентеріи промывательныя съ прибавленіемъ $\frac{1}{2}$ —1% раствора *acidi carbolicі* приносятъ несомнѣнную пользу.

6) Повторныя смазыванія кожи *Ol. Terebinthinae* останавливаютъ распространеніе рожистаго процесса.



¹⁾ I. Lapin. Zur Kenntniss der kalten Klystiere. St.Petersburger Medicinische Wochenschrift. № 22. 1879.

