

112,874^a

КЪ ВОПРОСУ
ОБЪ
ОБРАБОТКЪ НОЖКИ
ПРИ УДАЛЕНИИ
ФИБРОМЪ МАТКИ
ЧРЕВОСЪЧЕНИЕМЪ

Диссертация на степень доктора медицины

Владимира Испенскаго.



МОСКВА.

Типографія А. И. Снегиревой. Остоженка, Савеловскій пер., соб. домъ.
1894.

КЪ ВОПРОСУ
ОБЪ
ОБРАБОТКЪ НОЖКИ
ПРИ УДАЛЕНІИ
ФИБРОМЪ МАТКИ
ЧРЕВОСЪЧЕНІЕМЪ.

Диссертація на степень доктора медицины

Владимира Испенскаго.

МОСКВА.

Типографія А. И. Снегиревой. Остоженка, Савеловскій пер., соб. домъ.
1894.

Дозволено цензурою. Москва, 9 Апрѣля, 1894 г.

.

Д 123414

Оперативное удаленіе фиброміомъ матки чревосѣченіемъ до сихъ поръ стоитъ вопросомъ дня въ гинекологіи. На это указываетъ та масса литературныхъ работъ, которая ежегодно появляется по этому вопросу. На это - же указываетъ и тотъ живой интересъ, который возбуждаетъ этотъ вопросъ на всѣхъ медицинскихъ конгрессахъ. Между тѣмъ какъ до послѣдняго времени предметомъ обсуждения являлись преимущества и недостатки только двухъ конкурирующихъ способовъ, — внѣбрюшинной обработки ножки фибромы и внутрибрюшиннаго ея погруженія, — въ послѣднее время центръ тяжести этого вопроса немного перемѣстился въ сторону. Предложенъ новый, болѣе радикальный способъ удаленія фиброміомъ матки путемъ полного удаленія послѣдней. Этотъ новый методъ быстро вербуетъ себѣ видныхъ приверженцевъ и прежняя постановка вопроса относительно внѣбрюшиннаго и внутрибрюшиннаго способа замѣнилось обсужденіемъ сравнительныхъ преимуществъ этого новаго способа полного удаленія всей фиброматозной матки и прежняго внутрибрюшиннаго способа погруженія ножки. Такимъ образомъ, способъ полного удаленія матки при фиброміомѣ ея стремится вытѣснить внѣбрюшинный способъ и конкурируетъ съ внутрибрюшиннымъ методомъ. Не думается, впрочемъ, чтобы внѣбрюшинный способъ былъ совершенно вытѣс-

ненъ изъ оперативной гинекологіи: при разнообразіи свойствъ фибромъ и ихъ анатомическихъ отношеній, а также при нѣкоторыхъ условіяхъ со стороны больной, внѣбрюшинный методъ будетъ все-таки находить, правда, не частое примѣненіе, хотя-бы не какъ методъ выбора, а какъ методъ необходимости. Такое положеніе гарантируетъ внѣбрюшинному методу два его капительныя свойства, — это простота техники и быстрота производства операціи.

Въ этой работѣ я представилъ краткую исторію операціи гистероміомэктоміи, отмѣтилъ сравнительныя достоинства и недостатки трехъ, только что сказанныхъ, типовъ операціи и ихъ наиболѣе крупныхъ модификацій, и привелъ современное состояніе вопроса относительно обходнаго пути при лѣченіи фиброміомъ матки, вопроса о кастраціи при этихъ новообразованіяхъ.

Потомъ я перешелъ къ описанію новой модификаціи, по которой я производилъ операцію фибротоміи чревосѣченіемъ. Эта модификація представляетъ видоизмѣненіе внутрибрюшиннаго способа и по сопоставленію съ ретроперитонеальнымъ способомъ Chrobak'a, интрапаріетальнымъ Wolfler — Pasker'a, Fritsch'a, Sanger'a и проч., я, съ согласія автора этого метода, назвалъ его „ретропаріетальнымъ методомъ Снегирева“. Въ видѣ фактической почвы этого способа, я привелъ описаніе II-ти своихъ случаевъ фибротоміи по этому методу и помѣстилъ отчетъ о 90 случаяхъ проф. Снегирева по тому же способу.

Пользуюсь этимъ случаемъ, чтобы публично заявить свою благодарность моему учителю, Проф. Владиміру Феодоровичу Снегиреву, за его содѣй-

ствіе предоставленіемъ въ мое распоряженіе части его громаднаго казуистическаго матеріала; приношу ему благодарность, какъ консультанту Старо-Екатерининской больницы въ Москвѣ, за его постоянную готовность помочь талантливымъ совѣтомъ и дѣломъ.

За такое-же содѣйствіе приношу благодарность Профессору Юрьевского Университета, Александру Петровичу Губареву и ассистенту клиники Проф. Снегирева, В. Ф. Боброву за выборку клиническаго матеріала.

Вопросъ о фиброміомахъ матки, ихъ лѣченіи или, точнѣе, ихъ оперативномъ удаленіи составляетъ въ настоящее время одинъ изъ важныхъ и до сихъ поръ еще далеко не законченныхъ отдѣловъ въ гинекологіи. Важность эта обусловливается частотою этихъ новообразованій и серьезностью, даже опасностью вызываемыхъ ими симптомовъ съ одной стороны и трудностью, и еще до сихъ поръ довольно большой жизненной опасностью ихъ оперативнаго удаленія съ другой. Развиваются фиброміомы еще въ цвѣтущій періодъ женской жизни; хотя три четверти всѣхъ больныхъ фиброміомами и обращаются къ врачебной помощи между 30 и 50 годами, но это, конечно, нисколько не доказываетъ, чтобы онѣ не существовали гораздо раньше ¹⁾).

Самый главный и въ то же время самый опасный симптомъ фиброміомъ матки—это вызываемыя ими кровотечения. Ни при какой другой женской болѣзни, ни даже при злокачественныхъ новообразованіяхъ матки, мы не встрѣчаемъ такъ часто такихъ жестокихъ и въ то же время такъ часто повторяющихся кровотеченій, какъ при маточныхъ фиброміомахъ. Больныя нерѣдко прямо плаваютъ въ своей собственной крови, доходятъ до страшной анеміи, становятся блѣдными, какъ бумага; стоитъ такимъ больнымъ потомъ хоть немного опра-

¹⁾ Fehling. Lehrbuch d. Frauenkrankh 1893, S. 291.

виться отъ этой потери крови, какъ новое жестокое кровотеченіе приводитъ ихъ въ еще болѣе тяжелое положеніе, когда малѣйшее движеніе, приподнятіе головы или туловища сопровождается сильнымъ головокруженіемъ, темнотою въ глазахъ, дурнотою, а то и настоящими обмороками. И въ большинствѣ случаевъ такое состояніе дѣлается хроническимъ, положеніе больныхъ становится тяжелымъ, а при дальнѣйшемъ ростѣ опухоли и присоединяющихся другихъ симптомахъ состояніе больныхъ дѣлается прямо безпросвѣтнымъ: тѣмъ болѣе ухудшается дѣло, что терапевтическіе пріемы при этой болѣзни болѣею частью мало результатны, а надежды больныхъ и утѣшеніе врача остановкой роста опухоли и уничтоженіемъ ея симптомовъ въ климактерическомъ состояніи оказываются нерѣдко призрачными, да и климактерическое состояніе при этой болѣзни въ громадномъ большинствѣ случаевъ отодвигается къ 50 годамъ и далѣе. L. Tait ¹⁾ даже выдѣлилъ въ особый классъ мягкія отечныя міомы (Soft oedematous myoma), которыя растутъ и послѣ менопаузы, при которыхъ и искусственно вызываемый слухъ кастраціей часто не можетъ остановить дальнѣйшій ростъ опухоли.

Но еще важнѣе это вліяніе хроническаго малокровія на общее питаніе всего организма.

Къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще нѣтъ сколько-нибудь научныхъ изслѣдованій о состояніи крови, хотя бы о количествѣ красныхъ кровяныхъ клѣтокъ и гемоглобина въ крови при фиброміомахъ матки. Но несомнѣнно, количественный составъ крови при фиброміомахъ матки, вслѣдствіе хроническихъ кровотеченій, измѣненъ. Упомянемъ только объ одномъ случаѣ Wettergren'a, гдѣ пациентка, которая впрочемъ имѣла еще Базедову болѣзнь,

¹⁾ L. Tait. Diseases of Women and abdominal surgery, 1889, p. 184.

страдала кровотечениями отъ подслизистой фибромы матки и у которой изслѣдованіе крови дало 1,100,000 кровяныхъ тѣлецъ на 1 смм. По выдѣленіи фибромы наступило улучшение ¹⁾).

Весьма часто при операціяхъ это измѣненіе чрезвычайно бросается въ глаза; кровь становится свѣтло-розовою, особенно жидкою, мало свертывающеюся, съ маленькими рыхлыми бѣловато-розовыми сгустками; словомъ, макроскопически кровь становится похожею на кровь лейкемиковъ. Не удивительно, что при такомъ состояніи крови, при такой анеміи и гидреміи, происходитъ измѣненіе питанія всего организма, происходитъ пониженіе питанія сосудистыхъ стѣнокъ, отсюда часто блуждающіе отеки на различныхъ частяхъ тѣла, какъ при Брайтовой болѣзни. Но что особенно важно,—эта анемія и гидремія вызываетъ глубокое измѣненіе въ питаніи сердца; часто при вскрытіяхъ находятъ въ немъ различныя стадіи жироваго перерожденія и въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ, такъ называемую, бурую атрофію сердца ²⁾).

Не удивительно, что такія больныя трудно переносятъ одну изъ такихъ тяжелыхъ и опасныхъ, по общему признанію, операцій, какъ удаленіе фиброміомъ матки черезъ чревосѣченіе. При операціи происходитъ новая, хотя бы и не особенно большая потеря крови, да и изъ самой опухоли удаляется изъ организма довольно значительное количество крови ³⁾. И дѣйствительно при вскры-

¹⁾ Eira, 1890 № 11. Refer. in Jahresberich. 1891, p. 544.

²⁾ Fehling. Beiträg z. operativ. Behandlung d. Uterusmyomen. Stutg. 1887.
Hofmeyer, Ueber Erkrankung. d. Circulationsorg. bei Unterleibsgeschw.
Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 10, p. 366.

Dorn. Todesfälle nach Embolie bei Unterleibstum., ibid. S. 136.

Landau. Centr. f. Gyn. 1889.

³⁾ Chrobak. Centralblatt. f. Gyn. Extrabeilage p. 64.

тіяхъ больныхъ, умершихъ послѣ операціи фибротоміи, мы нерѣдко не находимъ объясненія печальнаго исхода операціи ни во внутреннемъ кровотеченіи, ни въ септическомъ зараженіи и проч., и при самомъ добросовѣстномъ изслѣдованіи не находимъ ничего, кромѣ анеміи и различныхъ стадій перерожденія сердца. И въ статистикахъ крупныхъ операторовъ, и въ то же время самыхъ добросовѣстныхъ, мы находимъ между причинами смерти послѣ операціи фибротоміи и рубрику „анемія“. Такъ Olshausen ¹⁾, отмѣчая еще и до сихъ поръ довольно большой процентъ смертности послѣ этой операціи, придаетъ большое значеніе анеміи, которая, кромѣ своего непосредственнаго вліянія, обуславливаетъ еще и усиленную всасываемость всѣхъ веществъ, а въ томъ числѣ и вредныхъ, изъ полости брюшины. Въ виду этого становится понятнымъ предложеніе многихъ гинекологовъ производить операцію myomhysterectomi'и раньше, когда организмъ больной еще не представляетъ явленій сильнаго малокровія и не истощенъ. Мартинъ ²⁾ потерялъ изъ 30 оперированныхъ больныхъ фиброміомой матки 3 отъ сильной анеміи и считаетъ съ полнымъ правомъ эту анемию за одинъ изъ сильныхъ доводовъ за болѣе скорое оперативное вмѣшательство. За равную операцію на этомъ же основаніи высказывается Chrobak ³⁾, который при операціи, особенно у молодыхъ особъ, съ большой опухолью выше пупка, наблюдалъ быстрое развитіе шока вслѣдствіе быстраго изъятія изъ организма большой массы крови въ опухоли. Въ томъ же смыслѣ, за раннее оперативное вмѣшательство, выска-

¹⁾ Die Laparotomien der Universitäts. Frauenklinik in Berlin während der 3 Jahre s. Mai 1887—1890.

²⁾ A. Martin. Ueber Myomoperationen, Zeitschrift für Geb. u. Gynäk. 1890.

³⁾ Ibidem.

зались Engström ¹⁾, Doyen и другіе. Можетъ быть отчасти этимъ же объясняется фактъ, описываемый Olshausen'омъ и Schröder'омъ, что опасность отъ операціи увеличивается вмѣстѣ съ ростомъ опухоли ²⁾, что также имѣетъ значеніе для ранняго оперативнаго вмѣшательства при фиброміомахъ тѣла матки.

Къ этому классу серьезныхъ и опасныхъ симптомовъ нужно присоединить симптомы, которые вызываются структурными измѣненіями въ самой опухоли; я говорю о различныхъ видахъ перерожденія этихъ опухолей, главнымъ образомъ кистозномъ и ихорозномъ распаденіи и нагноеніи, а также саркоматозномъ и карциноматозномъ ихъ перерожденіи. Эти измѣненія играютъ особенно важную роль при оперативномъ удаленіи фибромъ, ибо кистозное перерожденіе обуславливаетъ быстрый ростъ фибромъ, что само по себѣ представляетъ достаточное показаніе для ихъ оперативнаго удаленія; ихорозное распаденіе фибромъ обуславливаетъ особенную опасность операціи и вліяетъ очень дѣйствительно на выборъ оперативнаго метода удаленія. Слизистая оболочка матки при фибромахъ подвергается постояннымъ и значительнымъ измѣненіямъ ³⁾. Не удивительно, что при такомъ измѣненіи слизистой оболочки наблюдается и атипическое разрастаніе эпителія или саркоматозное измѣненіе ся.

¹⁾ Congrès periodique international de Gynecologie et d'obstetrique. 1892. p. 48.

Gynäkologische mittheilungen vom französischen Chirurgenkongress. 1893. Centralblatt. f. Gynäkol. 1893, № 24.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Wyders. Beiträg. z. normal. u. path. Histolog. d. Uterusschl. Arch. f. Gyn., 1878, Bd. 12. Die mucosa ut. bei Myomen. Онь же, Arch. f. Gyn. 1887, Bd. 29.

Campe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1884, Bd. 10.

На возможность злокачественнаго перерожденія фиброміомъ указываютъ всѣ авторы. Такъ Semb ¹⁾ отмѣчаетъ одновременное карциноматозное заболѣваніе тѣла матки.

Въ новѣйшее время Doran ²⁾ и Doyen, въ виду относительной частоты саркоматознаго и карциноматознаго перерожденія фибромъ, рѣшительно высказывается за раннее удаленіе фиброзной матки *per vaginam*. Rean ³⁾ тоже высказывается за раннее удаленіе фибромъ во избѣжаніе ихъ злокачественнаго перерожденія. Саркоматозное перерожденіе фибромъ наблюдалъ L. Tait ⁴⁾.

Точно также Kuinwächter ⁵⁾ отмѣчая одинъ очень практически интересный случай, гдѣ, существовавшая почти 40 лѣтъ доброкачественная фиброміома, къ 70 годамъ обнаружила карциноматозное перерожденіе съ метастазами въ сосѣдніе органы и въ мочевые пути, приводитъ взглядъ Мартина ⁶⁾ на міомы, именно, что эти новообразованія, считавшіяся до сихъ поръ доброкачественными, нерѣдко обнаруживаютъ такіа метаморфозы, которыя прямо не согласуются съ понятіемъ о доброкачественности.

Злокачественное перерожденіе самой фибромы эпителиальнаго характера, возможно, какъ показали новѣйшія изслѣдованія Breus'a ⁷⁾ надъ цистоміомами, изъ эпителія Гартнеровскаго канала или вслѣдствіе отшнурованія эпителія изъ матки. Balloch говоритъ, что переходъ доброкачественныхъ опухолей въ злокачественныя

¹⁾ Ueber das Verhalten d. Uterusschleimhaut bei Myomen. Arch. f. Gynäkol. B. XLIII, S. 200.

²⁾ Transact. of the pathol. soc. of London, 1890.

Doyen (ibidem).

³⁾ Gaz. des hopitaux 1886, 56.

⁴⁾ Diseases of women.

⁵⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXV, Hft. 2 S. 164.

⁶⁾ Martin, Verhandlungen d. deutsch. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. II Congr. Leipzig 1888, S. 125.

⁷⁾ Ueber wahre epithelführende Cystenbildung in Uterusmyomen. 1894.

наблюдается всего чаще на опухоляхъ, развивающихся изъ средняго зародышеваго листка (мезобласта) и въ особенности на фиброидахъ матки ¹⁾.

Вторая главная группа симптомовъ, вызываемыхъ присутствіемъ фибромъ въ маткѣ,—это припадки давленія на сосѣдніе органы. Эти симптомы вызываются какъ небольшими фибромами, пока онѣ находятся въ полости малаго таза, такъ и большими, развивающимися въ полости живота и притомъ первыя, развиваясь въ пространствѣ малаго таза, съ твердыми неуступчивыми стѣнками, вызываютъ часто гораздо значительнѣе симптомы давленія на окружающіе органы, чѣмъ болѣе крупныя, но свободно лежащія въ полости живота. Это давленіе на сосѣдніе органы, начинаясь съ легкой степени, доходитъ до такихъ явленій, когда жизнь больной становится невыносимой; крайнихъ степеней достигаютъ эти припадки при большихъ кистофибромахъ, которыя, достигая колоссальной величины, отдавливая вверхъ діафрагму, затрудняя дыханіе и кровообращеніе, угрожаютъ уже непосредственно жизни и въ этихъ случаяхъ нерѣдко весь остальной организмъ больной представляетъ только небольшой придатокъ къ брюшной опухоли.

Сверхъ всего нужно упомянуть о чрезвычайно часто встрѣчающейся комбинаціи фибромъ съ измѣненіями другихъ органовъ малаго таза и больше всего яичниковъ. Въ самомъ дѣлѣ, съ тѣхъ поръ какъ начали болѣе обращать вниманія на состояніе яичниковъ при фибромахъ матки, теперь приходится встрѣчать, какъ рѣдкое исключеніе, — случаи, гдѣ-бы яичники при одновременной фибромѣ матки были-бы не измѣнены. Теперь появилось много изслѣдованій относительно измѣненій

¹⁾ Med. News. Врачъ, 1893. № 6.

яичниковъ при фибромахъ матки. Я приведу для примѣра изслѣдованія Bulius'a ¹⁾ на 50 случаяхъ маточной фибромы, гдѣ онъ нашелъ въ нихъ характерныя измѣненія, которыя, по его мнѣнію, вѣроятно, не вторичны, но составляютъ одновременный результатъ причины, обуславливающей эти новообразованія матки.

Яичники всегда увеличены; гистологически дѣло идетъ о маленькихъ пролиферирующихъ кистахъ, образующихся путемъ активнаго вѣдренія эпителія въ ткань яичниковъ. Разсматриваемый процессъ постоянно связанъ съ сильными измѣненіями въ самой стромѣ яичника. Строма яичниковъ въ большинствѣ изслѣдованныхъ случаевъ состояла изъ очень плотной, волокнистой, богатой веретенообразными клѣтками соединительной ткани, нерѣдко инфильтрированной кучками мелкихъ клѣточекъ. Такая-же инфильтрація мелкихъ клѣточекъ встрѣчается въ особенности вокругъ сосудовъ и въ медулярномъ слоѣ. Далѣе, — артеріи и вены увеличены въ числѣ, стѣнки ихъ измѣнены, media утолщена часто въ 3—4 раза, клѣтки интимы находятся въ состояніи сильнаго размноженія, просвѣтъ сосуда становится все уже и уже и мало по малу совсѣмъ obturiruetся. По мѣстамъ мелкоклѣточная инфильтрація около сосудистой соединительной ткани; потомъ сосуды аневризматически расширяются. Увеличеніе числа и расширеніе сосудовъ и обуславливаютъ преимущественно увеличеніе яичниковъ при маточныхъ фибромахъ. Граафовы пузырьки или перерождаются въ небольшія, до голубинаго яйца, кисты, или же преждевременно атрофируются. Такимъ образомъ измѣненія яичниковъ при маточныхъ фиброміомахъ сводятся къ разрастанію стромы и къ преждевременнымъ измѣненіямъ во всемъ фолликулярномъ аппаратѣ.

¹⁾ Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. XXIII Hft. 2.

И при разсмотрѣніи нашихъ случаевъ удаленныхъ фиброміомъ матки, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ обращалось вниманіе на состояніе яичниковъ, эти послѣдніе оказывались глубоко измѣненными, что, по крайней мѣрѣ, макроскопически, выражалось увеличеніемъ, иногда даже значительнымъ, обоихъ яичниковъ, сильнымъ уплотненіемъ ихъ стромы до консистенціи фиброзной ткани и мелкокистознымъ ихъ перерожденіемъ. Иногда эти кисты достигали довольно порядочной величины и представляли полную картину обыкновенной формы гландулярной пролиферирующей кистомы яичника. Какая связь между фиброміомъ матки и только что сказанными измѣненіями яичника, какое генетическое соотношеніе существуетъ между ними, еще не рѣшено, но, въ виду частаго и одновременнаго существованія фиброміомы матки съ измѣненіями яичниковъ, думается, что эта связь не случайная только ¹⁾.

Уже этотъ краткій перечень симптомовъ фиброміомъ матки указываетъ на крайне серьезную форму страданія и это еще разъ подтверждаетъ взглядъ, что клинически, по своей важности и опасности, по трудности удаленія этой болѣзни, по еще значительной смертности послѣ операціи удаленія фиброміомъ тѣла матки, эти гистологически доброкачественныя новообразованія можно приравнять клинически къ злокачественнымъ.

Переходя теперь къ лѣченію, нужно, къ сожалѣнію, отмѣтить почти полную безпомощность нашихъ терапевтическихъ приѣмовъ противъ самой болѣзни; самое большее, чего мы достигаемъ, — это выполненія нѣкото-

¹⁾ Hegar. Z. Begriffsbestim. der Castration. Central. f. Gyn. 1887, № 44 S. 702.

Olshausen. Naturforsch. in Halle. 1891. Centr. f. Gyn. 1891, № 44, S. 888.

рыхъ симптоматическихъ показаній. Я не буду распространяться объ этихъ терапевтическихъ приѣмахъ, разсмотрѣніе которыхъ не входитъ въ рамки нашей темы. Скажу только, что тѣ надежды, которыя возлагались на терапевтическое лѣченіе въ началѣ ихъ предложенія, далеко не оправдались и оказались довольно призрачными. Упомянемъ о двухъ главныхъ терапевтическихъ приѣмахъ, это о лѣченіи фибромъ матки подкожными впрыскиваніями эрготина и электричествомъ. Горячія надежды, которыя возбудило это средство послѣ предложенія его Гильдебрантомъ, скоро разбились о дѣйствительность, — примѣненіе этого средства требуетъ и отъ врача, и отъ больной громадной затраты времени и труда, методъ примѣненія крайне болѣзненный для больной, часто сопровождается образованіемъ абсцессовъ, а польза отъ него часто только временная, а часто и совсѣмъ иллюзорная, не смотря на то, что это средство употребляется чуть не до наступленія эрготизма. Нѣкоторые отмѣчаютъ даже очень вредное вліяніе такого долгаго предшествовавшаго лѣченія эрготиномъ, которое увеличиваетъ опасность послѣдующей операціи. Такъ Landau ¹⁾ говоритъ, что продолжительное лѣченіе эрготиномъ вызываетъ такое же измѣненіе въ сердцѣ и въ остальномъ сосудистомъ аппаратѣ, какъ въ сосудахъ матки, именно процессы гіалиноваго тромбоза. Этимъ объясняется часто отмѣчаемая послѣ операціи смерть отъ слабости сердца. На эту причину Landau сводитъ смерть двухъ своихъ больныхъ послѣ операціи.

Другое средство, которое возбудило такія же sanguinистическія надежды, — это электричество въ большихъ дозахъ. Теперь уже прошло достаточно времени съ момента примѣненія этого метода и скопилось до-

¹⁾ Z. Prognose d. Myomoperation. Central. f. Gyn. 1889, XI, 169—172.

вольно большое количество матеріала, имѣются въ литературѣ взгляды авторитетныхъ гинекологовъ и мы сами провели этотъ способъ лѣченія на довольно большомъ количествѣ случаевъ ¹⁾. Не буду входить въ детальное разсмотрѣніе этого метода лѣченія фиброміомъ матки, вопроса, пожалуй еще и до сихъ поръ не законченнаго въ установкѣ показаній и способъ дѣйствія. Резюмирую только свое мнѣніе въ томъ смыслѣ, что теперь, когда общее увлеченіе этимъ методомъ лѣченія начинаетъ стихать, когда можно подвести непредубѣжденный отчетъ о результатахъ примѣненія этого лѣчебнаго метода, приходится отвести лѣченію электричествомъ фиброміомъ матки болѣе скромное мѣсто. Это есть палліативное средство и притомъ чрезвычайно часто невѣрное; требуетъ, точно также, какъ и лѣченіе эрготиномъ, массы времени и труда, далеко не безболѣзненно, по крайней мѣрѣ, въ большихъ—необходимыхъ дозахъ. Но что гораздо важнѣе, это средство далеко не безопасное. Примѣненіе его при постели больной требуетъ самой педантической асептики и антисептики, иначе больной грозитъ чрезвычайно тяжелое септическое зараженіе. Теперь, по крайней мѣрѣ, стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія фактъ, что и при примѣненіи положительнаго полюса возможно и наблюдается септическое зараженіе. Одинъ изъ оперированныхъ нами и ниже приведенныхъ случаевъ достаточно иллюстрируетъ только что сказанное. Въ этомъ случаѣ по той опасности, которая является результатомъ не совсѣмъ умѣлаго или недостаточно внимательнаго примѣненія этого метода, этотъ методъ нужно поставить на границѣ между терапевтическими и оперативными пріе-

¹⁾ Труды Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Москвѣ, отдѣльное изданіе.

мами, соединеннымъ съ извѣстными опасностями, минусъ радикальное излѣченіе.

Слѣдовательно, всѣ эти, а равно и другіе терапевтическіе методы лѣченія фиброміомы матки, вовсе не могутъ сколько-нибудь успѣшно конкурировать или исключить необходимость радикальнаго оперативнаго вмѣшательства, къ разсмотрѣнію методовъ котораго мы теперь и переходимъ.

При разсмотрѣніи методовъ оперативнаго удаленія фиброміомъ матки, я заранѣе исключаю изъ своей темы способы удаленія этихъ опухолей чрезъ рукавъ, при полномъ сохраненіи матки, такъ какъ глава эта въ гинекологіи представляется достаточно разработанной и почти законченной. Упомяну только, что въ послѣднее время, въ виду общаго стремленія къ консерватизму къ хирургіи, предложено расширить показанія къ удаленію фиброміомъ матки черезъ рукавъ и матку, путемъ энуклеаціи ихъ, при полномъ сохраненіи цѣлости матки и ея придатковъ. Это расширеніе показаній имѣетъ громадное значеніе въ еще продуктивномъ возрастѣ больной; да и помимо этого, при такомъ консервативномъ методѣ сохраняются нормальныя функціи полового аппарата, уничтоженіе которыхъ въ еще цвѣтущемъ возрастѣ вызываетъ потомъ массу, часто очень тяжелыхъ, нервныхъ явленій, а нерѣдко производитъ и замѣтное вліяніе на психику такихъ больныхъ (Keith).

Уже нѣсколько лѣтъ мы примѣняли такой консервативный методъ и намъ удавалось удалять черезъ рукавъ даже большія фибромы матки, больше головы взрослого человѣка, при такихъ условіяхъ, что такая фиброма совсѣмъ не входила въ полость малаго таза. При этомъ мы часто имѣли дѣло собственно съ интрастиціальными фибромами, потому что, покрывающая ихъ съ внутренней поверхности матки, сумка состояла не изъ

одной только слизистой оболочки, но еще изъ довольно толстаго слоя, часто до полсантиметра толщиною, мезометрія. При примѣненіи этого метода мы руководствовались, по возможности, наличиемъ одиночной фибромы и еще хотя-бы небольшою наклонностью этой фибромы къ опусканію въ полость матки. Последнее явленіе служило намъ косвеннымъ указаніемъ на большую толщину мышечнаго слоя матки съ наружной стороны фибромы, со стороны брюшины. Сначала мы разрѣзали съ обѣихъ сторонъ шейку матки до сводовъ и останавливали кровотеченіе наложеніемъ двухъ швовъ, по одному съ каждой стороны, выше угловъ разрѣза на своды; по пальцу разрѣзали сумку, покрывающую съ внутренней поверхности матки фиброміому, отдѣляли эту последнюю отъ покрывающей ее сумки, насколько хваталъ палецъ вокругъ всей фибромы, и наконецъ тампонировали іодоформной марлей матку и рукавъ. На слѣдующій день марля извлекалась и больной назначались горячія спринцеванія и эрготинъ въ довольно большихъ дозахъ, въ расчетѣ возбудить сокращенія матки и вызвать хотя небольшое опусканіе нижняго полюса опухоли внизъ. Какъ только возможно было захватить фиброму щипцами Мюзо, она, насколько возможно, сводилась внизъ и путемъ вырѣзыванія трехугольных кусковъ, постепенно, но по возможности за одинъ сеансъ, удалялась. Операция оканчивалась тампонаціей іодоформной марлей ложа опухоли. Отмѣчу здѣсь крайнюю важность асептики и антисептики; она должна быть проведена здѣсь съ тою-же педантичностью, какъ при ляпаротоміяхъ. При небольшомъ даже отдѣленіи опухоли отъ окутывающаго ее ложа, появляется очень легко наклонность къ омертвѣнію и ихорозному распаденію фибромъ съ послѣдующими тяжелыми, угрожающими жизни, септическими явленіями. При на-

ступленіи этихъ симптомовъ сепсиса нужно немедленно примѣнять постоянное орошеніе; если-же это не останавливаетъ дальнѣйшаго разложенія, нужно, не откладывая долго, попытаться спасти больную операціей удаленія всей матки вмѣстѣ съ придатками, всего лучше чрезъ влагалище, въ крайнемъ случаѣ чрезъ лапаротомію, по способу Freund'a. Но къ счастью, намъ лично ни разу не пришлось пережить этого осложненія.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію методовъ чрезбрюшиннаго удаленія фиброміомъ матки.

И здѣсь не буду говорить о способахъ удаленія фиброміомъ матки, сидящихъ на ножкѣ, которыя удаляются по способу почти одинаковому, какъ при овариотоміи; равно не буду касаться вопроса объ удаленіи интралигаментозныхъ фибромъ путемъ вылушенія ихъ изъ широкой связки; технику этой операціи нельзя подвести подъ извѣстныя рамки, вслѣдствіе крайняго разнообразія случаевъ.

Перебирая всѣ эти методы и ихъ разнообразныя видоизмѣненія, нужно прежде всего отмѣтить ихъ крайнюю многочисленность. Это богатство методовъ и до послѣдняго времени все еще пополняемое, съ одной стороны доказываетъ, что ни одинъ изъ нихъ, очевидно, не имѣетъ права претендовать на универсальность при разнообразіи формъ фиброміомъ и ихъ различныхъ анатомическихъ отношеній, а съ другой стороны это обиліе методовъ указываетъ на то, что вопросъ о чрезбрюшинномъ методѣ удаленія фиброміомъ матки, въ противоположность овариотоміи, есть не только далеко не законченный вопросъ, —напротивъ, наравнѣ, пожалуй, съ вопросомъ о вѣматочной беременности, онъ остается до сихъ поръ вопросомъ дня въ гинекологіи. Не проходитъ ни одного гинекологическаго конгресса, гдѣ бы этотъ вопросъ не былъ такъ или иначе затро-

нутъ, гдѣ-бы не предложили какой-нибудь новый методъ или, по крайней мѣрѣ, большую или меньшую модификацію; рѣдко можно найти двухъ трехъ работающих гинекологовъ, говоритъ Olshausen, которые были бы согласны въ томъ или другомъ методѣ удаленія фибромъ. Взгляды на показанія, принципы, методы, въ поискахъ за лучшими результатами, говоритъ Фричъ ¹⁾ съ годами постоянно измѣняются у одного и того-же гинеколога и никто не останавливается даже въ продолженіе одного десятилѣтія на одной и той-же точкѣ.

И не буду касаться подробно исторіи развитія этой, еще сравнительно молодой, не насчитывающей еще и пятидесяти лѣтъ, операціи, но которая, не смотря на свою молодость, имѣетъ уже богатую исторію. Исторія развитія этой операціи глубоко интересна и поучительна; она показываетъ какую массу труда и усилій со стороны лучшихъ умовъ нашей специальности затрачено на борьбу съ этою тяжелою болѣзною, угнетающею значительную часть женской половины человѣческаго рода и развивающеюся почти еще въ пвѣтущую, устойчивую пору женской жизни. Эта исторія имѣетъ и свой мартирологъ, она показываетъ, правда въ видѣ сухихъ статистическихъ цифръ процента смертности, сколько человѣческихъ жертвъ, сколько жизней стоили первые несовершенные приемы борьбы съ болѣзною, когда еще въ 1869 году Graily Hewitt ²⁾ писалъ, что мало паціентовъ переносятъ удаленіе фиброміомъ матки чрезъ чревосѣченіе. Исторія эта показываетъ, какъ съ дальнѣйшимъ прогрессомъ нашихъ знаній, усовершенствованіемъ методовъ и улучшеніемъ техники,

¹⁾ Bericht über gynäkolog. Operat. 1893.

²⁾ Diagnose, Pathologie u. Therapie der Frauenkrankh. Deutsch. herausgegeben von Beigel. 1869.

эта цифра процента смертности все уменьшалась, такъ что теперь, по словамъ Фрича ¹⁾, „мы требуемъ болѣе, чѣмъ чтобы больныя только переносили операцію“. Теперь наши стремленія сводятся къ тому, чтобы эта тяжелая операція переносилась съ наименьшими осложненіями, а то и совсѣмъ безъ осложненій.

Но и до сихъ поръ процентъ смертности отъ операціи чрезбрюшиннаго удаленія фиброміомъ матки еще довольно великъ, больше, чѣмъ при всякой другой гинекологической операціи; обработка методовъ еще далеко не достигла окончательнаго стадія, еще и до сихъ поръ не законченъ періодъ модификацій. И до сихъ поръ еще, говоритъ Fehling ²⁾, это молодое дѣтище гинекологической операціонной техники есть дитя заботъ (Sorgenkind), до сихъ поръ эта операція принадлежитъ еще къ труднымъ и опаснымъ, такъ что нѣкоторые хирурги въ Парижѣ, нишегъ Doyen (de Reims) ³⁾, дошли до того, что въ послѣднее время стали воздерживаться отъ операціи фибромы чрезъ ляпаротомію и перешли къ методу электризаціи ⁴⁾.

Я не буду приводить подробной исторіи этой операціи, она такъ богата, литература такъ обширна, что полное ея разсмотрѣніе можетъ составить предметъ особой и чрезвычайно поучительной работы, выходящей изъ предѣловъ рамокъ нашей темы.

Группируя всѣ методы чрезбрюшиннаго удаленія фиброміомъ матки и ихъ различныя модификаціи, нужно отмѣтить слѣдующіе ихъ главные типы: первый и исто-

¹⁾ Ibidem.

²⁾ Lehrbuch der Frauenkrank. 1893. S. 327—337.

³⁾ Traitement chirurgical des affection inflammatoires et neoplasmatiques и проч. 1894.

⁴⁾ Р. 100, примѣчаніе.

рически и примитивный по технике, методъ экстраперитонеальной обработки ножки фибромы; второй типъ, характеризующій уже значительный прогрессъ въ технику, представляетъ методъ интраперитонеального погруженія ножки и, наконецъ, 3-й типъ, только что намѣчающійся и который, однако, быстро вербуетъ себѣ видныхъ прозелитовъ,—это методъ полного удаленія матки чрезъ ляпаротомію. Кромѣ того существуетъ нѣсколько смѣшанныхъ способовъ, представляющихъ модификацію каждаго изъ только что отмѣченныхъ типовъ операціи. Кромѣ непосредственнаго удаленія фиброміомъ матки, существуетъ еще обходный путь, это удаленіе придатковъ матки,—трубъ и яичниковъ; при этомъ, наступленіемъ климактерическаго состоянія, преждевременной старческой инволюціей всѣхъ половыхъ органовъ, имѣютъ въ виду вызвать такіе-же атрофическіе процессы въ маткѣ, а стало быть и въ фибромѣ и этимъ путемъ получить въ послѣдствіи относительное исчезаніе всѣхъ симптомовъ фибромы, а иногда и полное выздоровленіе.

Приступая къ разсмотрѣнію перваго, экстраперитонеального метода при чрезбрюшинномъ способѣ удаленія фиброміомъ матки, я совсѣмъ не буду входить въ изложеніе всѣмъ извѣстной техники этой операціи, тѣмъ болѣе, что подробное изложеніе ея можно найти во всѣхъ учебникахъ оперативной гинекологіи.

Здѣсь я войду только въ болѣе подробную оцѣнку этого способа съ точки зрѣнія современнаго состоянія нашихъ знаній, съ точки зрѣнія современнаго прогресса нашей техники и процента успѣшности послѣ операціи.

Исторія развитія этой операціи показываетъ, что экстраперитонеальный способъ цѣликомъ былъ перенесенъ изъ первыхъ стадій развитія операціи оваріотоміи. Теперь техника оваріотоміи представляется совершенно

законченной. Теперь всѣ гинекологи согласны, что при кистахъ яичника нужно перевязывать ножку кистомы и опускать ее (ножку) въ брюшную полость. Но такъ было не всегда: обработка ножки кистомы продѣлала большія измѣненія, которыя имѣютъ теперь только историческій интересъ. Первые врачи, которые производили оваріотомію, перевязывали ножку и выводили ее вмѣстѣ съ лигатурами въ нижній уголъ брюшной раны, гдѣ перевязанная часть ножки вмѣстѣ съ лигатурами въ послѣдствіи и отпадала. Попробовали было потомъ коротко отрѣзывать лигатуры и опускать ножку въ брюшную полость, но отсутствіе строгой антисептики приводило къ печальнымъ результатамъ, — перевязанная ножка производила септический перитонитъ. Это привело Stilling'a въ Кассель, въ 1844 году, и независимо отъ него Дюффина въ Лондонѣ, въ 1850 году, къ мысли, перевязанную ножку кистомы выводить надъ уровнемъ брюшныхъ покрововъ и здѣсь укрѣплять ее, при этомъ послѣдовательное отдѣленіе — кровь и секретъ раны изолировалась такимъ образомъ отъ брюшной полости. Въ 1858 г. изобрѣтенъ былъ клемпъ Nutschinson'a, а въ 1861 году сжимающая петля Köberlé, для фиксаціи выведенной ножки кистомы внѣ брюшной полости ¹⁾. Это былъ экстраперитонеальный методъ укрѣпленія ножки кистомы, различныя неудобства котораго подали потомъ мысль, при развившейся антисептикѣ, опускать перевязанную ножку кистомы, безъ всякаго опасенія, въ брюшную полость.

Въ настоящее время едва-ли найдется такой гинекологъ, который сталъ бы помѣщать экстраперитонеально ножку кистомы послѣ оваріотоміи; всѣ предпочитаютъ опусканіе ножки въ брюшную полость, за исключеніемъ

¹⁾ Zweifel. Vorlesungen über klinische Gynäkologie. 1892.

нѣкоторыхъ спеціальныхъ показаній, когда ретровертированную или ретрофлектированную матку нужно фиксировать къ передней брюшной стѣнкѣ путемъ вшиванія ножки въ брюшную рану.

Я нарочно привелъ этотъ коротенькій очеркъ развитія операціи овариотоміи, чтобы показать историческій, преемственный ходъ идей въ развитіи операціи hysteromectomy.

И дѣйствительно, первые случаи міомэктоміи были случаями сюрпризовъ, случаями ошибочной діагностики, когда дѣлалась лапаротомія по діагностикѣ на кисту яичника и при вскрытіи брюшной полости находили фиброміому матки.

Первые операторы при такихъ случаяхъ останавливали дальнѣйшій ходъ операціи и удовлетворялись этой эксплораторной лапаротоміей. Такъ поступилъ Lisars въ 1825 году, Diffenbach въ 1826 году ¹⁾ и многіе другіе. Потомъ дѣлались, сначала правда неудачныя, попытки удалять фибромы, которыя сидѣли на ножкѣ на днѣ матки, слѣдовательно при условіяхъ, которыя близко подходили къ анатомическимъ условіямъ яичниковыхъ кистъ. Такъ Granville въ 1827 г. ²⁾, удалилъ фиброму на ножкѣ, больная умерла; но уже въ 1844 г. Atlee и Lane произвели эту операцію съ удачей ³⁾.—Потомъ начали дѣлать попытки удалять фибромы матки, сидяція на широкомъ основаніи. Такъ въ 1843 г. Clay и Heath, Parkinson пробовали удалять такого рода фибромы и потеряли своихъ больныхъ отъ геморрагіи ⁴⁾. Только въ сентябрь 1853 г. Kimball былъ первымъ, удалившимъ

¹⁾ Boiffin. Tumeurs fibreuses de l'uterus 1894.

²⁾ Spencer Wells. Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumors. 1885.

³⁾ Boiffin l. c. p. 180.

⁴⁾ A clinical history of the medical and surgical diseases of Women. 1878.

интерстиціальную фиброму матки чрезъ ляпаротомію; онъ произвелъ эту операцію сознательно, послѣ правильно поставленной діагностики. Лигатуры на подобіе первыхъ стадій оваріотоміи, были выведены чрезъ нижній уголь брюшной раны, больная выздоровѣла ¹⁾. Въ 1863 г. Koberlé оперировалъ уже цѣлую серію случаевъ и примѣнилъ на ножку фибромы металлическую сжимающую петлю (*serre noeud*) Cintrat'a, хотя изъ первыхъ 8 оперированныхъ случаевъ, только въ трехъ былъ поставленъ точный діагнозъ предъ операціей ²⁾. За нимъ слѣдовалъ Spencer Wells въ 1863 г., Stilling и проч.

Вотъ какъ трудны были первые шаги этой молодой операціи, которая пошла по той же колеѣ, которая предложена была для нея техникой операціи оваріотоміи.

Въ этомъ отношеніи исторію этой операціи по Pean'у дѣйствительно можно раздѣлить на 3 періода: 1-й періодъ до 1863 года, когда гинекологи, открывши фиброму при ляпаротоміи, уклонялись отъ операціи и ограничивались одной эксплоративной ляпаротоміей; 2-й періодъ попытокъ (*periode d'essais et de tatonnement*) отъ 1843 до 1863 г., когда хирурги, открывши по ошибочной діагностикѣ, фиброму, пытались удалять ее; и наконецъ 3-й періодъ сознательный, когда ставилась правильная діагностика фибромы матки и сознательно предпринималась операція удаленія ея.

Но собственно отцомъ операціи *myomhysterectom'ii* считается съ полнымъ правомъ Pean (въ 1869 г.), который опубликовалъ въ 1873 г. свою работу объ этой операціи ³⁾; онъ ввелъ эту операцію въ гинекологиче-

¹⁾ Spencer Wells l. c.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Pean et Urdy. Hysterotomie Paris, 1873.

скую, хирургическую практику, представивъ обработанную и до вѣкоторой степени законченную технику.

Затѣмъ въ технику этой операціи введена была предложенная Клебергомъ изъ Одессы, въ 1875 г., эластическая лигатура ¹⁾, горячо пропагандированная Мартиномъ на конгрессѣ естествоиспытателей въ Кассель, въ 1878 г. Но значительное усовершенствованіе, полную обработку этой операціи и совершенно законченную методику ея, предложилъ Гегаръ въ 1879 г., при чемъ ножка, состоящая изъ шейки матки, послѣ удаленія фибромы, укрѣплялась въ нижнемъ углу раны и потому весь этотъ методъ называется экстраперитонеальнымъ; часто называется также именемъ своего послѣдняго усовершенствователя и въ такомъ видѣ онъ остается до сихъ поръ.

Я не буду совершенно касаться всѣмъ специалистамъ извѣстной техники этого метода. Отмѣчу только, что для перваго времени, какъ первый стадій развитія, этотъ методъ былъ превосходенъ. Техника его была чрезвычайно проста; суть ея состояла почти только въ наложеніи эластической лигатуры и фиксаціи культи къ нижнему углу брюшной раны; все производство операціи было легко и быстро. Это давало возможность примѣнять ее на относительно слабыхъ, малокровныхъ больныхъ съ ослабленіемъ сердца, что особенно часто встрѣчается при этихъ опухоляхъ. Гарантія противъ послѣдовательнаго кровотеченія довольно вѣрная и наконецъ защита брюшной полости отъ септического зараженія довольно надежная, ибо вся раненая поверхность матки помѣщается внѣ брюшной полости. Въ виду этого, этотъ методъ былъ принятъ всѣми гинекологами и является еще очень распространеннымъ мето-

¹⁾ Гегаръ и Кальтенбахъ. Оперативная гинекологія.

домъ и до настоящаго времени, не смотря на значительный прогрессъ этого вопроса за послѣднее десятилетіе; C. Braun, Albert ¹⁾, Kaltenbach, Tauffer, Löhlein ²⁾, Segond, Richelot, Terrier ³⁾, Pozzi ⁴⁾, Doran ⁵⁾, Bantock, Keith, Barnes ⁶⁾, Lawson Tait, Price ⁷⁾ остаются и до сихъ поръ поклонниками этого метода.

Но по мѣрѣ накопленія матеріала, послѣ того, какъ наступило время массоваго производства операций по этому методу, начала по немногу выступать и обратная сторона этого метода, стали выступать существенныя неудобства и частыя и чрезвычайно тяжелыя осложненія, что въ свою очередь заставляло искать новыхъ методовъ и ихъ модификацій. Существенныя неудобства этого метода слѣдующія: первое неудобство,—это сильное натяженіе ножки фибромы.

При кистахъ яичника ножка кисты бываетъ обыкновенно на столько болѣе или менѣе длинна, что, безъ особеннаго натяженія, она можетъ быть фиксирована къ брюшнымъ покровамъ при экстраперитонеальномъ методѣ лѣченія ножки кистомы. Ножку же фибромы, какъ извѣстно, въ громадномъ большинствѣ случаевъ представляетъ шейка матки и укрѣпленіе ея на брюшныхъ покровахъ невозможно безъ довольно сильнаго натяженія. Если въ прежнее время отмѣчали довольно большія неудобства отъ прикрѣпленія короткой ножки кистомы къ брюшнымъ стѣнкамъ, вслѣдствіе натяженія

¹⁾ Laparotomien wegen Uterusmyom. Wien. med. Presse 1888, 29, 429, 545, 585.

²⁾ Gynäkologisch. Tagesfragen 1890 г. и Sem. med. 1892, № 14, p. 10.

³⁾ La semaine medical 1890, № 49, p. 412.

⁴⁾ Doyen l. c.

⁵⁾ A. Doran. Handbook. of Gynäkological operations.

⁶⁾ Barnes. A clinical history и проч.

⁷⁾ Philadelphia. The extraperitoneal. et cet. Amerik. journal. Novem. 1893.

всѣхъ органовъ малаго таза, то это, очевидно, бываетъ въ гораздо большей степени при экстраперитонеальномъ лѣченіи ножки фибромы.

Затѣмъ, выведенную теперь кнаружи ножку перевязываютъ. Чѣмъ сильнѣе, чѣмъ полнѣе перевязываніе, перетягиваніе ножки, тѣмъ короче боль; чѣмъ перевязываемая масса ткани больше, чѣмъ ножка толще, тѣмъ болѣзненнѣе, тѣмъ дольше умираніе ткани и главное—находящихся въ ней нервовъ. И дѣйствительно, во всѣхъ случаяхъ myomhysterectomy по экстраперитонеальному методу развиваются довольно сильныя боли, которыя держутся сутки, часто двой послѣ операціи ¹⁾.

За симъ громадный недостатокъ экстраперитонеальнаго лѣченія,—это послѣдовательная мортификація перевязанной культи; вслѣдствіе наступающаго омертвѣнія, происходитъ зловонное, и хорошо-кровавиное отдѣляемое изъ культи. Степень этого омертвѣнія зависитъ отъ величины перевязаннаго куска; при употребляющемся теперь высушиваніи омертвѣлой ножки таниномъ съ салициловой кислотой по Olshausen'у или таниномъ съ іодоформомъ—по Кальтенбаху, іодовой настойкой, даже хлористымъ цинкомъ, нельзя совсѣмъ избѣжать этого отдѣляемаго, говоритъ Zweifel ²⁾. Это отдѣляемое всегда представляетъ опасность послѣдовательной инфекціи брюшной полости, если только ножка опухоли не особенно тщательно изолирована отъ полости живота. Поэтому снаружи укрѣпленная ножка фибромы при экстраперитонеальномъ методѣ обработки всегда требуетъ особенной заботливости при послѣдовательномъ лѣченіи.

Къ крупнымъ недостаткамъ этого метода относится

¹⁾ Zweifel. Vorlesungen über klinische Gynäkologie. 1892.

²⁾ Ibidem.

продолжительность послѣ операціоннаго опаснаго состоянія, требующая очень долгаго и осторожнаго постельнаго содержанія. По Zweifel'ю ¹⁾ только на 3-й недѣлѣ происходитъ отдѣленіе перевязанной части шейки матки; по Fehling'у, культя отваливается только между 4 и 6 недѣлями ²⁾; въ виду этого стараются сократить, хоть сколько-нибудь, этотъ длинный срокъ сръзываніемъ омертвѣвшихъ кусковъ. Затѣмъ слѣдуетъ долгій періодъ цикаризаціи покрытой грануляціями воронкообразной раны и, только послѣ истеченія этого медленнаго періода, лѣченіе можно до нѣкоторой степени считать оконченнымъ. Въ виду значительной медленности этого періода и тутъ стараются въ извѣстной мѣрѣ помочь горю выскабливаніемъ фистулезной раны и послѣдовательнымъ швомъ. Такъ поступали Löhlein ³⁾, Fehling ⁴⁾; но несмотря на это, все-таки послѣ вѣтробрюшиннаго метода лѣченія ножки фибромы, фистулы очень часты и очень упорны ⁵⁾. Но этимъ осложненія экстраперитонеальнаго метода не оканчиваются. На мѣстѣ отдѣлившейся ножки фиброміомы, на мѣстѣ образовавшагося рубца, вслѣдствіе послѣдовательной атрофіи оставшейся шейки матки, въ этомъ мѣстѣ брюшной стѣнки навсегда остается слабое мѣсто, легко уступающее внутрибрюшному давленію, особенно если это послѣднее значительно увеличивается, напр., при тяжеломъ физическомъ трудѣ. Вслѣдствіе этого на этомъ слабомъ пунктѣ въ послѣдующее время развивается обыкновенно большей или меньшей величины

¹⁾ Ibidem.

²⁾ Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893, p. 327—337.

³⁾ Gynäkologisch. Tagesfragen. 1890.

⁴⁾ Einige Bemerkungen zur Aetiologie der Myome und z. Methode der Miomotomie Centr. f. Gyn. 1890, № 25.

⁵⁾ P. Mundé. Med. record. 1893 Mai. Refer. Central. f. Gyn. 1893, № 44.

брюшная грыжа; хотя эти грыжи иногда бывают маленькія, но часто очень тяжелыя ¹⁾).

Наконецъ упомяну, что при очень короткой ножкѣ. при фиброміомахъ тазовыхъ, когда онѣ развиваются въ клѣтчаткѣ широкихъ связокъ, этотъ методъ безусловно непримѣнимъ ²⁾), или, если и примѣняется послѣ вылушенія опухоли, то получается большая раненая поверхность, что значительно увеличиваетъ опасность послѣдовательной инфекціи ³⁾).

Въ виду этого, понятно, и всѣ гинекологи, даже приверженцы этого метода, отмѣчаютъ, что при примѣненіи экстраперитонеального метода при обработкѣ ножки фибромы и отъ врача и отъ больной требуется масса времени и труда, много терпѣнія, и все-таки въ концѣ концовъ развивается масса осложнений; при немъ остается раненая воронка въ брюшной стѣнкѣ, гдѣ въ послѣдствіи образуются брюшныя грыжи. Этотъ первоначальный методъ удаленія фибромы матки относится именно къ такимъ, при которыхъ врачи были довольны только тѣмъ, какъ справедливо замѣчаетъ Фричъ, что больные переносили только операцію ⁴⁾). Экстраперитонеальный методъ myomhysterectomy, какъ и при овариотоміи, есть способъ примитивный, какъ характеризуетъ его Фричъ, это есть переходный стадій въ развитіи операціи, методъ еще несовершенной техники. Хирургія давно уже пережила время открытаго лѣченія ранъ; теперь общій хирургическій принципъ, — свѣжія раны тѣмъ или другимъ путемъ закрывать.

Но самое сильное орудіе, которое употребляли въ

¹⁾ Fritsch. Bericht über Gynäkol. Operationen... 1893.

²⁾ Boiffin l. c.

³⁾ Zweifel. l. c.

⁴⁾ Loc. cit.

защиту экстраперитонеального метода, — это статистика, сравнительный % смертности и выздоровлений по этому методу. Относительно статистики нужно вообще сказать, что это оружие обоюдоострое, особенно если вопрос идет о % смертности или выздоровлений послѣ примѣненія того или другого оперативнаго приѣма. Здѣсь очень многое зависитъ отъ извѣстнаго подбора случаевъ, отъ извѣстной технической ловкости того или другого оператора. Такъ въ этомъ отношеніи общеизвѣстный и вполне понятный фактъ, что первая серія случаевъ того или другого оператора даетъ большій процентъ смертности, чѣмъ послѣдующія, когда приобрѣтается большая ловкость и сноровка, большая быстрота оперирования, тѣ или другія небольшія модификаціи и проч. Правда, въ большихъ цифрахъ эти случайныя обстоятельства до извѣстной степени нивелируются, но, несомнѣнно, они играютъ нѣкоторую роль. Такъ, абдоминальная гистерэктомія у Реан'а давала до 1885 года 32% смертности на 84 случая, въ 1886 г. 31% смертности, въ 1887 году 30%, каковое прогрессивное уменьшеніе % смертности замѣчалось у всѣхъ гинекологовъ ¹⁾

Я не буду входить здѣсь въ подробное разсмотрѣніе статистики экстраперитонеального метода, къ которой вернусь при сравнительной оцѣнкѣ экстра — и интраабдоминальныхъ способовъ. Приведу только статистику Wehmer'a ²⁾, гдѣ смертность при экстраперитонеальномъ методѣ выведена въ 24% при 262 случаяхъ. Въ новой серіи Zweifel ³⁾ достигъ уже 22,3% смертности при 130 случаяхъ. Pozzi, собравши цифры операторовъ, практи-

¹⁾ Doyen de Reims. Traitement chirurgical и проч.

²⁾ Zeitschrift f. Gebur. und Gynäk. 1887.

³⁾ Die Stielbeh. bei der Myom. 1888.

кующихъ только экстраперитонеальный методъ, получили 21,5% смертности. Braun Fernwald ¹⁾ потерялъ уже только 15,5% (изъ 38 - 6), Albert потерялъ изъ 20 случаевъ только одинъ ²⁾, Segond потерялъ изъ 20 случаевъ 9 = 45%, а Rischelot только 18% (при 16 случ.); Doyen потерялъ изъ 25 случаевъ уже только 3, Bantock изъ 57 случаевъ потерялъ 12, Keith изъ 30 случаевъ потерялъ 2 ³⁾, Fehling изъ 30 случаевъ потерялъ 3 ⁴⁾, а въ слѣдующихъ 16 случаяхъ только одну ⁵⁾.

Оставляя болѣе подробную статистику до разсмотрѣнія сравнительнаго достоинства другихъ методовъ, я отмѣчу, что, несмотря на уже законченную технику внутрѣбрюшиннаго метода, % смертности еще оставляетъ желать много лучшаго, а если принять въ расчетъ вышеказанныя неудобства этого метода, то становится совершенно понятнымъ стремленіе операторовъ отыскать новые пути для этой операціи, понятна горячая, и до сихъ поръ еще напряженная работа по этому вопросу, понятны и до сихъ поръ еще продолжающіеся поиски новыхъ методовъ и новыхъ модификацій.

Новую эпоху въ развитіи этой операціи составило предложеніе Schroeder'a на конгрессѣ въ Кассель, въ 1878 году, непрерывнаго шва на культю и опусканія ея въ брюшную полость; этотъ методъ, получившій названіе внутрибрюшиннаго метода Schroeder'a, сразу поставилъ операцію удаленія фибромы на новый, рациональный хирургическій путь. Но

¹⁾ Ueber 38 Hysteromyomotomien mit extraperitonealer Stumpfbehandlung. Wien. med. Wochenschrift 1887, № 22, 25.

²⁾ Doyen loc. cit.

³⁾ Mendes de Leon. Myomotomie ou castration l. c.

⁴⁾ Einige Bemerk. et cet. l. c.

⁵⁾ Büchel. Beiträg. zur operativ. Behandl. der Uterusmyom. 1890, Dissert.

таково значеніе всѣхъ открытій, что они не являются, какъ *deus ex machina*, а вопросъ о нихъ назрѣваетъ постепенно, талантливое открытіе носитъ въ воздухѣ. Такъ и здѣсь, независимо отъ Шредера, тотъ-же самый методъ началъ примѣнять въ 1880 году Spencer Wells¹⁾, который съ декабря 1874 года по сентябрь 1880 г. произвелъ пять фибротомій по внутрибрюшному методу съ 4 выздоровленіями и 1 смертью отъ кровотечения; при этомъ въ 3-мъ и 5-мъ случаяхъ онъ зашивалъ культю матки непрерывнымъ швомъ изъ шёлка (Lastly, the peritoneal edges of the divided uterine wall were brought together by an uninterrupted suture of fine carboli-sed silk. p. 147). хотя у него этотъ методъ не получилъ той систематической разработки, которую произвелъ Шредеръ.

Точно также независимо отъ Шредера внутрибрюшинный методъ примѣняли профессоръ Снегиревъ въ Москвѣ. „Не отнимая вполне заслуженнаго приоритета лѣстничнаго шва у Шредера, говоритъ профессоръ Снегиревъ²⁾, я долженъ во имя справедливости заявить, что въ 1881 году въ Іюнь мѣсяцѣ мною было произведено удаленіе интерстиціальной фибромы *per laparotomiam* по, такъ называемому, методу Шредера. Разница существовала въ томъ, что я пришивалъ ножку къ внутренней поверхности нижняго угла раны. Больная до сихъ поръ жива“.

Такимъ образомъ, сущность этого метода состояла въ томъ, что если при внѣбрюшинномъ методѣ опасность фибротоміи старались уменьшить, помѣщая рану матки снаружи, на брюшныхъ покровахъ, при внутрибрюшин-

¹⁾ Diagnosis and Surgical treatment of abdominal tumors. 1885.

²⁾ Маточныя кровотеченія, ихъ этиологія, діагностика и терапія и проч., Москва, 1884 г.

номъ способѣ эту опасность большой раны матки пытались уничтожить, или по крайней мѣрѣ уменьшить, тщательной дезинфекціей этой раны и швомъ. Точно также анатомическія отношенія органовъ послѣ этого метода находятся потомъ въ условіяхъ, близко подходящихъ къ нормальнымъ и картина выздоровленія получается послѣ этого метода совершенно различная, одинаковая съ законченнымъ теперь методомъ оваріотоміи. Но скоро обнаружилось, что хотя этотъ методъ былъ превосходенъ *a priori*, онъ оказался очень опаснымъ при примѣненіи его на больныхъ. Послѣ его примѣненія статистика смертности послѣ фибротоміи сразу увеличилась довольно значительно сравнительно съ виѣбрюшиннымъ способомъ. Статистика въ то же время показала, что главные причины смерти послѣ примѣчанія внутрибрюшиннаго метода — это септическое зараженіе и послѣоперационныя послѣдовательныя кровотечения. Сдѣланныя тщательныя изслѣдованія источника септического зараженія показали, что сепсисъ можетъ заноситься здѣсь извнѣ, при отдѣленіи сращеній, съ лигатурами; потомъ здѣсь имѣетъ значеніе остановка или по крайней мѣрѣ значительное уменьшеніе циркуляціи крови въ перевязанной значительнымъ количествомъ лигатуръ ножкѣ; наконецъ не безъ значенія вѣроятно остается и вліяніе нервовъ. Но самымъ главнымъ источникомъ септического зараженія оказалась, остающаяся въ полости живота, шейка матки, со своимъ вскрытымъ, хотя и зашитымъ, каналомъ. На эту роль шейки прежде всего указалъ тотъ поразительный фактъ, что случаи удаленія фибромъ матки безъ вскрытія ея полости давали огромный процентъ выздоровленій, и наоборотъ, — случаи со вскрытіемъ этой полости давали огромный процентъ смертности. Такъ изъ первой сотни фибротомій Шредера можно было отмѣтить

то чрезвычайно важное явление, что изъ 21 случая трудныхъ и сложныхъ при операціи фибромъ, но безъ вскрытія маточной полости, умерло только двѣ больныхъ, а изъ 58 случаевъ со вскрытіемъ маточной полости умерло 18 больныхъ ¹⁾. Такого рода данныя, полученные притомъ однимъ и тѣмъ-же операторомъ, стало быть, при однихъ и тѣхъ-же условіяхъ антисептики, техники и индивидуальной ловкости, прямо указывали на громадную роль шейки матки, какъ главнаго источника сепсиса. А потомъ, извѣстныя изслѣдованія Винтера прямо показали, что почти въ половинѣ случаевъ въ шейкѣ находятся микроорганизмы и часто патогенные. Изслѣдованія Boisleux ²⁾ на 10 міомахъ, удаленныхъ вмѣстѣ со всей маткой Мартиномъ, показали, что въ четырехъ случаяхъ въ днѣ матки и въ одномъ случаѣ въ шейкѣ найдены микроорганизмы; привитіе ихъ морскимъ свинкамъ и мышамъ вызывало смертельный исходъ. Такими изслѣдованіями этому практическому наблюденію дано научное обоснованіе. Ввиду этого предложено, насколько возможно, тщательнѣе дезинфицировать предъ операціей рукавъ, и главное — каналъ маточной шейки; а при самой операціи вскрытый каналъ матки прижигался аппаратомъ Пакелена или 10% карболовой кислотой и потомъ ткань вокруг прижженного мѣста вырѣзывалась; примѣнялась для дезинфекціи *t-ra jodi*, хлористый цинкъ и проч.

Увеличенной антисептикой и асептикой вообще и этими мелкими, но чрезвычайно важными, приѣмами въ частности, а также увеличеніемъ технической ловкости

¹⁾ Hofmeyr. Myotomie. Stuttg. 1884.

²⁾ Ueber die Myotomie. Verhandl. d. Gyn. Sect. d. X intern. med. Congr. Central. f. Gyn. 1894, Beilage, 64.

самихъ операторовъ удавалось понизить нѣсколько ‰, смертности.

Вторая опасность, которая обуславливала порядочный ‰ смертности при внутрибрюшинномъ способѣ,— это послѣдовательныя внутреннія кровотеченія изъ ножки фибромы, т. е. изъ оставшейся въ полости живота шейки матки. Возможность этихъ кровотеченій дана самимъ методомъ Шредеровскаго пва. При немъ, какъ непрерывный шовъ, накладываемый на воронкообразную рану оставшейся шейки, такъ и окончательный серо-серозный шовъ на самое дно оставшейся культи, располагается не поперекъ сосудовъ, а параллельно имъ. Вслѣдствіе этого обыкновенно и происходитъ послѣ снятія эластической лигатуры съ ножки опухоли, почти всегда еще довольно сильное кровотеченіе изъ зашитой уже шейки матки, даже самые уколы иногда довольно сильно кровоточатъ.

Послѣ предложенія Шредеромъ своего внутрибрюшиннаго способа обработки ножки фибромы, myomhysterectomia вступила во 2-й стадій своего развитія, которымъ была закончена операція оваріотоміи. Этотъ стадій былъ бы окончательнымъ и для гистерэктоміи, ибо онъ прекрасно отвѣчалъ всѣмъ требованіямъ, которыя могли быть предъявлены къ оперативному методу съ точки зрѣнія современной хирургической техники, причемъ удалялось новообразование матки и, какъ рана матки, такъ и рана брюшныхъ покрововъ закрывалась наглухо швомъ. Этотъ методъ былъ-бы, повторяю, законченнымъ и для операціи фибротоміи, если бы только теоретически прекрасному плану операціи соответствовала-бы таковая же статистика. А статистика давала не утѣшительные результаты. Такъ у Terrier ¹⁾ смерт-

¹⁾ Pozzi, p. 340.

ность при внутрибрюшинномъ методѣ 50%; Гофмейръ ¹⁾ приводитъ слѣдующую статистику интранеритонеального метода: у Шредера смертность около 30% (164 операц. съ 49 смерт.), у Goussierow'a 40% (20 операц. съ 8 смерт.), у Мартина больше 34% (135 операц. съ 46 смерт.), у Olshausen'a почти 25,5% (74 операц. съ 19 смерт.), у Leopold'a почти 23% (22 операц. съ 5 смерт.), у Fritsch'a больше 40,5% (27 операц. съ 11 смерт.), у Landau больше 22% (36 операц. съ 8 смерт.), Hofmeyer почти 21,5% (28 операц. съ 6 смерт.), у Brenke 0% смерт. (20 операц. и 0 смерт.). Въ суммѣ получается 152 случая съ 27% смертности. Точно также у Гофмейера ²⁾ собрано 214 случаевъ по внѣбрюшинному способу Braun'a, Hegar'a, Kaltenbach'a, Leopold'a, Fritsch'a, Tauffer'a, Fehling'a съ 32 смертными случаями, слѣдовательно получается около 15% смертности.

Но, не смотря на такую статистическую разницу процента смертности при томъ и другомъ методѣ, было-бы совершенно несправедливо сейчасъ-же выводить изъ этой статистики какое нибудь рѣшающее заключеніе въ пользу того или другого метода. Прежде всего, приведенныя числа еще слишкомъ малы, чтобы нивелировать массу случайностей, а случайностей и особыхъ условій здѣсь—очень много. Эти числа операцій нельзя сравнивать уже потому, что они взяты изъ различнаго времени, что, какъ извѣстно всякому оператору, имѣетъ громадное значеніе: первые прозелиты того или другого метода всегда получали худшую статистику, чѣмъ послѣдующіе операторы. Засимъ, въ этихъ числахъ очевидно играетъ очень большую роль подборъ случаевъ, о чемъ всегда неохотно говорятъ, но что несомнѣнно имѣетъ мѣсто,

¹⁾ Grundriss der Gyn. Operat.

²⁾ Ibidem.

ибо чѣмъ иначе можно объяснить такъ далеко расходящуюся разницу $\%$ смертности, какъ 40% у Goussegoŭ'a, и 0% у Brennecke напр. Да и не равное число оперированныхъ случаевъ также во многихъ отношеніяхъ понижаетъ цѣнность такого рода статистикъ. Въ болѣе обширныхъ статистикахъ, какъ напр., у Wehmer'a, $\%$ смертности оказывается 28% для внутрибрюшиннаго способа и 24% для внѣбрюшиннаго ¹⁾.

Такія-же цифры получилъ изъ собранной статистики (154 случая) и Kümmel ²⁾.

Насколько имѣетъ значеніе время производства операціи, т. е. производилась ли она въ первое время ея предложенія или въ послѣдующее, показываетъ статистика Антона Яковлевича Красовскаго, который сдѣлалъ 19 миомотомій въ первые 18 лѣтъ, при чемъ въ 12 случаяхъ по внѣбрюшинному способу получилъ 50% смертности, а въ 7 случаяхъ по внутрибрюшинному способу 28,5%; правда, большинство случаевъ было довольно тяжелыхъ ³⁾. Изъ слѣдующихъ 7 гистероміотомій съ 1887 г. до 1891 г. въ 6 случаяхъ было внутрибрюшинное лѣченіе ножки съ двумя смертями, при чемъ послѣднія 4 больныя подрядъ выздоровѣли. Онъ отказался отъ внѣбрюшиннаго метода ⁴⁾.

Проф. Снегиревъ ⁵⁾ до 1884 г. сдѣлалъ 11 миомыстектомій по внутрибрюшинному способу съ 6 смертельными случаями. Большая смертность въ статистикѣ Шредера, Мартина и др., относится также къ первому времени операціи. Точно также Schede ⁶⁾, въ виду того,

¹⁾ Loc. cit.

²⁾ Ueber Myomoperationen. Central. f. Gynäk. 1888, № 16.

³⁾ Журналъ «Акуш. и женск. бол.» 1891, № 11.

⁴⁾ Журналъ «Акуш. и женск. бол.» 1887, № 9.

⁵⁾ Маточныя кровотеченія 1884 г.

⁶⁾ Schmalfuss im Gamburg, aus Klinik Schede. Beiträg. zur Geburst. und Gynäk. gewidmet. Hegar.

что по внутрибрюшному способу изъ его первыхъ операций 5 умерли и 3 выздоровѣли, перешелъ къ внѣбрюшному способу, хотя потомъ, ввиду превосходства внутрибрюшиннаго способа, опять вернулся къ нему.

Въ новой серіи Zweifel получилъ 22,3% для внѣбрюшиннаго метода и 32,7% для внутрибрюшиннаго ¹⁾. Prochownick ²⁾ по внутрибрюшному способу, который онъ предпочитаетъ, получилъ 30% смертности; изъ 10 случаевъ умерло 3—отъ кровотечения 1, и отъ сепсиса 2.

Pozzi, собравши цифры операторовъ, практиковавшихъ исключительно только внутрибрюшинный способъ, вывелъ 25,79%, и для внѣбрюшиннаго 21,5% ³⁾.

Изъ этихъ данныхъ вытекаетъ тотъ выводъ, что, не смотря на значительныя усовершенствованія методовъ этой операции Гегаромъ и Предевромъ, myomhysterec-tomia и до сихъ поръ еще остается операциею трудной и опасной. Но, послѣ того какъ первые гинекологи вынесли на своихъ плечахъ всю тяжесть перваго стадія развитія операции, послѣ того какъ она стала на ноги и приобрѣла права гражданства, послѣ улучшенной техники и болѣе разработанной антисептики, не удивительно, что тѣ-же самые гинекологи и ихъ продолжатели начали получать гораздо лучшіе результаты. Этотъ, впрочемъ, совершенно понятный фактъ, всѣ согласно отмѣчаютъ и тоже самое подтверждаетъ статистика. По Гофмейеру ⁴⁾ Gousserow къ концу 1885 г. собралъ 533 случая съ 185 смертельными, слѣдовательно 34,8%; Kaltenbach собралъ 517 случаевъ съ 35% смер-

¹⁾ Die Stielbeh. bei der Myom. 1888.

²⁾ Ascher. Zur Casuistik der Myomoperat. Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk. 1890, p. 307.

³⁾ Eofflin, p. 230.

⁴⁾ Grundriss der gynäkol. Operat.

тности; у Schroeder'a лично почти 30, % у Мартина ¹⁾ около 34%, у Gousserow'a ²⁾ 40%, у Olshausen'a ³⁾ почти 25,5%, у Hegar'a ⁴⁾ немного больше 32%, у Kaltenbach'a ⁵⁾ немного больше 13%, у Braun'a ⁶⁾ около 14%, у Tauffer'a почти 20%, у Fehling'a ⁷⁾ 10%, у Landau около 20%, у Chrobak'a ⁸⁾ немного меньше 9%, у Zweifel'a ⁹⁾ почти 7%, у Leopold'a ¹⁰⁾ немного больше 21%, у Fritsch'a почти 27%, у самого Hofmeyer'a немного больше 20% и т. д.

Отбрасывая небольшие статистики, въ общемъ получаемъ 839 случаевъ съ 202 смертельными исходами, т. е. почти 24% смертности.

У Leopold'a ¹¹⁾ за послѣдніе шесть лѣтъ по интраабдоминальному методу получилось 22,7% смертности, а по экстраабдоминальному 20 %. Cohn¹²⁾ сообщаетъ: изъ 25 случ. по внутрибрюшинному методу, потеряно 5 челов., а по внѣбрюшинному изъ 6 случаевъ—1. Изъ этой статистики видно, какъ % смертности отъ этой операціи прогрессивно уменьшался, и вообще смертность отъ этой операціи за послѣднее время значительно уменьшилась, приблизительно съ $\frac{1}{3}$ всѣхъ

¹⁾ Frauenkrankheit. II Auflag., p. 287 und Zeitschrift. Bd. 20.

²⁾ Neubildungen d. Uter. II Auflag. p. 102.

³⁾ Klinische Beiträge et cet. 1884 und Zeitschrift. Bd. 20, p. 232.

⁴⁾ Operat. Gynäkol. III Auflag. p. 467.

⁵⁾ Wehmer. Beitrag. zur Myomotomie. Zeitschr. Bd. 14, p. 135.

⁶⁾ E. v. Braun. Beitrag. z. Lehre v. d. Laparotomie et cet. Leipzig. 1890.

⁷⁾ Central. f. Gynäkol. 1890, № 29.

⁸⁾ Central. f. Gynäkol. 1891, № 9.

⁹⁾ Archiv f. Gynäkol. Bd. 38.

¹⁰⁾ Ibid.

¹¹⁾ Die operative Behandlung der Uterusmyome et cet.

¹²⁾ 31 Fälle Myomectomy aus der Gyn. Klinik. zu Königsberg 1887—1891. Dissert. Referat Jahresbericht. f. Geb. 1892.

случаевъ на $\frac{1}{4}$. Это отмѣчаетъ и Mangiagalli на послѣднемъ конгрессѣ въ Римѣ ¹⁾.

Еще яснѣе это прогрессивное уменьшеніе $\%$ смертности за послѣднее время у тѣхъ-же и у болѣе новыхъ операторовъ, хотя впрочемъ число ихъ операций еще не велико. Terrillon (Paris) ²⁾ изъ 28 гистерэктомій по внутрибрюшинному способу потерялъ трехъ больныхъ; такой же результатъ онъ получилъ и при внѣбрюшинномъ способѣ; при почти одинаковомъ числѣ случаевъ, 26 сл., при внѣбрюшинномъ способѣ онъ получилъ 11,7% смерти, а при внутрибрюшинномъ—при 28 случаяхъ, получилъ 11,1% ³⁾.

Baldy (Prof. Philadelphia) ⁴⁾ изъ 41 случ. потерялъ 4, и то двухъ отъ легочныхъ осложненій.

Chenieux ⁵⁾ удалилъ въ шести случаяхъ очень объемистыя фибромы по внутрибрюшинному способу и потерялъ только одну больную ⁶⁾.

Carle (Turin) на послѣднемъ конгрессѣ въ Римѣ сообщилъ, что изъ 11 случаевъ laparotomies, съ внѣбрюшиннымъ укрѣпленіемъ ножки,—онъ потерялъ одну больную изъ 52 больныхъ, оперированныхъ по внутрибрюшинному способу,—онъ потерялъ 5 больныхъ, процентъ почти одинаковый ⁷⁾.

Landau въ новое время получилъ по внутрибрюшинному методу 15 случаевъ чистыхъ; Richelot 10 чистыхъ по тому же методу; Treub, въ Голландіи, изъ 57 случ.

¹⁾ Sem. medic., 1894. № 21, p. 167.

²⁾ Cinquieme Congrès Francais de Chirurgie 30 Mars—4 April. 1891. Semaine medicale 1891, № 17, p. 128.

³⁾ Doyen l. c.

⁴⁾ The American journal of. Obstet. 1893, November, p. 525.

⁵⁾ Semaine medicale, 1890, № 34, p. 280.

⁶⁾ Сообщенъ на Association Francaise pour l'avancement des sciences въ 1890 г.

⁷⁾ Sem. med. 1894 г., № 21, p. 167.

потерялъ только 5; Van der Mey, изъ 25 потерялъ 2; Mendes de Leon изъ 21 случ.—потерялъ 3, и притомъ въ двухъ случаяхъ отъ ущемленія кишокъ, т. е. отъ причины, неимѣющей непосредственнаго отношенія къ самому методу. Всѣ они оперировали по внутрибрюшинному методу ¹⁾).

Runge ²⁾ произвелъ 6 случаевъ по внутрибрюшинному методу съ 2 смертями, причемъ одинъ случай потерянь отъ заворота кишокъ.

Профессоръ Рейнъ, въ Кіевѣ, въ продолженіе 3½ лѣтъ, сдѣлалъ 16 фибротомій съ 3 смертн. случаями, слѣд. 18,7% смертности. Изъ нихъ 9 случаевъ интраперитонеально, 1 экстраперитонеально, въ 3 случаяхъ вылушеніе изъ широкихъ связокъ, въ 2 случаяхъ вылушеніе изъ стѣнки матки, 1 разъ по способу Кесарскаго сѣченія ³⁾. Къ 1892-му году онъ произвелъ уже 43 міомотоміи, съ 7 смертными случаями, т. е. съ 16,2% смертности, при чемъ изъ этихъ 43 міомотомій, въ 39 операція была произведена по типу Шредеровскаго способа, только безъ эластической лигатуры ⁴⁾. Заяицкій (Москва) произвелъ съ 1892 г. по 1888 г. 18 гистероміомэктomій по Schröder'у съ 4 смертями, т. е. 22,2% смертности ⁵⁾. Онъ производитъ операціи съ эластическимъ жгутомъ.

¹⁾ Mendes de Leon. Myotomie ou castration. Сообщено на Congrès périodique international de gynéologie et d'obstétr. 1892, p. 481.

²⁾ Bericht über einige bemerkenswerthe. Laparot. Dorpat, aus St.-Petersburg. med. Wochen. № 51, 1885 и Casuistik aus der Dorpater Frauen. Klinik. 1887.

³⁾ Бориковскій. Отчетъ о 16 міомотоміяхъ. Гинекологическое Общество въ Кіевѣ, 30 января 1888 г. Рефер. изъ Centralblatt f. Gynäkol. 1888, p. 852.

⁴⁾ Проток. Засѣд. Акуш.-Гинекол. Общ. въ Кіевѣ. Томъ 5, выпускъ 10. Реферир. въ журналѣ Акуш. и Женск. болѣзн., 1892, июнь, p. 633.

⁵⁾ Медиц. Обзорѣніе Т. XXX, № 23, 1888.

Deletrez (изъ Брюсселя) на первомъ интернаціональномъ конгрессѣ гинекологовъ и акушеровъ 17-го сентября, сообщилъ статистику собранныхъ имъ 183 случаевъ гистерэктомій, по поводу фибромы матки, по внутрибрюшному методу и получилъ только 10% смертности ¹⁾.

Упомянемъ здѣсь въ нѣсколькихъ словахъ о двухъ модификаціяхъ внѣбрюшного способа, по которымъ оперируютъ повидимому только одни авторы. Это способъ Meinert'a ²⁾, который проводитъ культю въ задній сводъ и Wyford'a ³⁾, проводившаго культю чрезъ передній сводъ въ рукавъ, гдѣ она и фиксировалась.

Не приводя дальнѣйшихъ статистикъ другихъ операторовъ, можно сказать, что при современномъ прогрессѣ хирургической техники, при современной, хотя еще далеко недостаточной обработкѣ вопроса объ асептикѣ и антисептикѣ, оба конкурирующіе способы обработки ножки при удаленіи фибромы матки, внѣбрюшинный и внутрибрюшинный, даютъ теперь одинаковую или почти одинаковую цифру процента выздоровленій и смертности. По Mangiagalli, послѣднія модификаціи hysteromyomectomy дають 5% смертности. Онъ, поэтому, рекомендуетъ внутрибрюшинный способъ ⁴⁾. Въ виду этого, совершенно понятно, почему большинство гинекологовъ перешло къ внутрибрюшному способу, какъ наиболѣе отвѣчающему современнымъ

¹⁾ Semaine medicale 1892, № 40, p. 395.

²⁾ Boiffin l. c.

³⁾ Abdominal hysterectomy for intraligamentous fibroid tumor et cet. Clin. lecture. St. Luk. Hospital, Chicago, Octob. 1891. Referat im Jahresbericht die über. Fortsch. 1892.

⁴⁾ Semaine medicale 1894, № 23.

требованіямъ оперативной техники ¹⁾. Въ настоящее время осталось уже не очень большое число видныхъ послѣднихъ могианъ, поклонниковъ внѣбрюшиннаго способа. Но въ медицинѣ, которая имѣетъ дѣло не съ опредѣленными математическими величинами, а съ чрезвычайно сложными условіями органической жизни, всякая исключительность въ пользу того или другого метода лѣченія невозможна. Поэтому большинство, высказавшееся принципиально за внутрибрюшинный способъ, вполне принимаетъ необходимость въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣнять внѣбрюшинный методъ. Почти всѣ согласны, что, при разлагающихся фибромиомахъ, внѣбрюшинный способъ обработки ножки безопаснѣе, чѣмъ опусканіе ея въ брюшную полость. ²⁾.

Затѣмъ, нѣкоторые считаютъ показаніемъ къ примѣненію внѣбрюшиннаго метода толстую ножку фибромы, а также злокачественный характеръ ея ³⁾, тогда какъ другіе, имѣя ввиду сильное натяженіе при внѣбрюшинномъ способѣ укрѣпленія ножки, высказываются наоборотъ,—при толстой и короткой ножкѣ за внутрибрюшинный способъ ⁴⁾. Точно также нѣкоторыя особія условія опухоли, когда она имѣетъ телеангиэктатическій характеръ, или когда нельзя совсѣмъ приготовить ножку, наконецъ, при нѣкоторыхъ условіяхъ со стороны самой больной, когда нужно спѣшить окончить операцію, напр. при опасныхъ кровотеченияхъ, при плохомъ общемъ состояніи больной и проч., предпочитается болѣе быстрый внѣбрюшинный способъ ⁵⁾.

¹⁾ На 18 собраніи Американ. Общ. гинекологін, большинство высказалось за внутрибрюшинный способъ. *Americ. Journal of. obstetr.*... 1893, juni and juli.

²⁾ Sippel. *Zur operativ. Behandl. Uterusmyome* Central. f. Gynäk. 1888, № 44.

³⁾ Prochownik l. c.

⁴⁾ Terrillon l. c.

⁵⁾ Fritsch l. c.

Такимъ образомъ, внутрюшинный методъ вполне находитъ свое мѣсто при нѣкоторыхъ условіяхъ или со стороны удаляемой опухоли, или со стороны самой больной и, слѣдовательно, представляетъ методъ необходимости, который приходится употреблять при вынужденныхъ условіяхъ. Но и эти рамки оказываются условными; по крайней мѣрѣ въ послѣдней серіи своихъ случаевъ Zweifel три раза удалилъ по внутрюшному способу распадающіяся фибромы, съ высокой лихорадкой, причемъ, послѣ операціи, лихорадка пала и получилось гладкое выздоровленіе ¹⁾.

Теперь можно сказать, что операція myomhysterectomy вступила во второй стадій своего развитія, стадій внутрюшиннаго погруженія ножки, которымъ закончила свое окончательное развитіе техника оваріотоміи; но, для операціи удаленія фиброміомъ матки, этотъ стадій представляется далеко не окончательнымъ. Дѣло въ томъ, что если мы отбросимъ небольшія, хотя и блестящія статистики отдѣльныхъ авторовъ, а обратимся опять къ статистикѣ большихъ чиселъ, то окажется, что хотя $\%$ смертности при разбираемой нами операціи за послѣднее время и понизился, но все-таки, послѣ этого оперативнаго вмѣшательства, приблизительно $\frac{1}{4}$ всѣхъ больныхъ, умираетъ, процентъ слишкомъ большой, чтобы съ нимъ можно было примириться и считать операцію законченной. При болѣе подробномъ разсмотрѣніи этихъ цифръ, при отысканіи наиболѣе частыхъ непосредственныхъ причинъ смерти послѣ myomhysterectomy, таковыми причинами въ громадномъ большинствѣ случаевъ оказываются септическое зараженіе и послѣоперационныя кровотеченія. Разъ это такъ, то этимъ самымъ опредѣлились дальнѣйшіе пути развитія

¹⁾ Vorlesungen über klinische Gynäkologie 1892.

разсматриваемой нами операціи въ томъ смыслѣ, что дальнѣйшій прогрессъ міомотоміи долженъ былъ состоять въ technikѣ антисептики и въ technikѣ маточнаго шва.

Септическое зараженіе, кромѣ общихъ при всѣхъ операціяхъ источниковъ, въ данномъ случаѣ можетъ происходить изъ открытаго канала шейки матки. Отсюда, кромѣ общихъ правилъ антисептики, здѣсь примѣнялась частичная антисептика канала шейки, въ видѣ прижиганія его различными антисептическими средствами, каленымъ желѣзомъ, вырѣзываніе ткани вокругъ канала, дренированіе шейки и проч. Затѣмъ шовъ культи, кромѣ остановки кровотеченія, служитъ и къ болѣе или менѣе полному закрытію канала шейки, къ болѣе или менѣе полному разобщенію его отъ брюшной полости. Отсюда появилась масса модификацій операціи myomhysterectomi'i, предложеніе такъ называемыхъ смѣшанныхъ способовъ, среднихъ между внѣ—и внутрибрюшиннымъ методомъ.

Но прежде, чѣмъ перейти къ болѣе подробному ихъ разсмотрѣнію, я коснусь современнаго состоянія вопроса относительно обходнаго оперативнаго вмѣшательства при фиброміомахъ матки, — это кастраціи. Идея примѣнять кастрацію при фибромахъ матки заимствована изъ того подмѣченнаго факта, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ климактерическій періодъ, связанный съ атрофіей внутреннихъ половыхъ органовъ, оказываетъ такое-же вліяніе и на заложенные въ маткѣ опухоли ¹⁾.

Удаленіемъ яичниковъ и имѣется, слѣдовательно, ввиду вызвать искусственное преждевременное климактерическое состояніе, уничтожить обычную менструаль-

¹⁾ Veit. Sem. med. 1891. № 27, p. 221.

ную конгестию и этимъ привести опухоль въ такія условія уменьшеннаго питанія, что она останавливается въ своемъ ростѣ, начинаетъ уменьшаться, а то и совершенно исчезаетъ, причемъ понемногу уничтожаются и всѣ вызываемые ею симптомы, какъ это наблюдается послѣ самостоятельной менопаузы. Первые операціи кастраціи, по поводу фиброміомъ матки, сдѣланы были Trenholme'омъ и потомъ Гегаромъ въ 1876 году ¹⁾. Но еще раньше ихъ, именно въ 1872 году, съ той же цѣлью, кастрацію произвелъ L. Tait ²⁾ и опубликовалъ свои результаты въ 1885 году. Съ 1872 до конца 1888 г. онъ произвелъ 272 раза эту операцію; за нимъ послѣдовали и другіе операторы. Изъ позднѣйшихъ гинекологовъ, Гофмейеръ высказался на 4-мъ конгрессѣ Нѣмец. Общества гинекологовъ въ Боннѣ, 21—23 Мая 1891 г., за лѣчебный характеръ кастраціи при фиброміомахъ матки ³⁾, Werth, изъ Киля, признаетъ вліяніе яичниковъ на фиброміому матки, хотя только трофическое ⁴⁾ Skene ⁵⁾ производилъ точно также кастрацію и т. д.

Я не буду касаться всѣмъ извѣстной техники этой операціи, скажу только, что въ простыхъ случаяхъ она легка, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляетъ довольно большія затрудненія. Онѣ обусловливаются напирющими кишками и, въ виду глубокаго положенія яичниковъ, приходится почти всегда примѣнять положеніе Тренделенбурга; иногда приходится вынимать кишечникъ, что далеко небезразлично для по-

¹⁾ Boiffin l. c.

²⁾ Diseases of women and abdominal surgery l. c.

³⁾ Semaine medic., 1891, № 27, p. 221.

⁴⁾ Ibidem.

⁵⁾ Brooklyn. New—York. La myomectomie dans les fibromes uterines—Congrès periodique et cet. 1-re Session. Bruxelles, September, 1892.

слѣдующаго послѣоперационнаго теченія. Но еще больше можетъ затруднять операцію сама опухоль своимъ большимъ объемомъ, причемъ яичникъ трудно бываетъ найти. Для облегченія этого отыскиванія иногда вынимаютъ опухоль изъ полости живота, чтобы потомъ, послѣ окончанія кастраціи, опять опустить ее въ брюшную полость. Но этотъ маневръ очень опасенъ, ибо опухоль быстро увеличивается отъ усиленнаго прилива крови, можетъ произойти въ сосудахъ ея тромбозъ и слѣдующая эмболія; поэтому лучше рекомендуютъ осевыя движенія опухоли, хотя онѣ не такъ облегчаютъ дѣло. Но что особенно затрудняетъ операцію,—это отсутствіе ножки у яичника, вслѣдствіе вросанія опухоли между листками широкой маточной связки. Въ этихъ случаяхъ ограничиваются часто наложеніемъ однихъ лигатуръ.

Наконецъ, въ нѣкоторыхъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ совѣтъ не удастся отыскать яичники среди неправильныхъ бугровъ опухоли, среди многочисленныхъ и толстыхъ сращеній и въ этихъ случаяхъ отыскиваніе и удаленіе яичниковъ представляется болѣе опасною операціей, чѣмъ сама *hysteromyomectomy*.

Въ виду этого совершенно правъ Olshausen, когда говоритъ ¹⁾, что кастрація при фибромахъ матки гораздо опаснѣе, чѣмъ при другихъ условіяхъ.

Кромѣ того, нѣкоторыя условія со стороны опухоли часто дѣлаютъ кастрацію бесполезной или даже опасной. Такъ всѣ опухоли на ножкѣ, затѣмъ всѣ опухоли подсерозныя и подслизистыя мало зависятъ въ своемъ питаніи и циркуляціи отъ собственной стѣнки матки; здѣсь, слѣдовательно, кастрація не имѣетъ большаго вліянія на эти опухоли ²⁾.

¹⁾ Die Laparotomien der Universitäts—Frauenklinik in Berlin 1890.

²⁾ Bold. New-York. The American journal obstetr. 1893, November.

Вотъ почему мало помогаетъ кастрація въ тѣхъ случаяхъ, когда кровотеченія имѣютъ характеръ не меноррагій, стоящихъ въ нѣкоторой связи съ менструаціей, а неправильныхъ интерменструальныхъ метроррагій, которыя указываютъ на подслизистую форму фибромы.

Самъ горячій защитникъ этого метода L. Tait ¹⁾, отмѣчаетъ особыя мягкія отечныя міомы (soft oedematous myoma), гдѣ кастрація, хотя и помогаетъ симптоматически, но однако не можетъ остановить роста опухоли; она продолжаетъ расти и послѣ менопаузы.

Затѣмъ, большія интерстиціальныя фиброміомы представляютъ даже опасныя явленія послѣ кастраціи: послѣ этой операціи онѣ подвергаются такому быстрому конгестивному приливу и отеку, подвергаются такому глубокому измѣненію питанія, что представляютъ всѣ явленія размягченія, а въ худшихъ случаяхъ и омертвѣнія; иногда развиваются тромбозы большихъ венъ этихъ опухолей съ послѣдующей эмболией ²⁾.

Наконецъ кистофибромы стоятъ внѣ всякаго вліянія на нихъ менструаціи и потому кастрація при нихъ бесполезна и часто даже опаснѣе, чѣмъ удаленіе самой опухоли. Кастрація наиболее полезной поэтому оказывается только въ случаяхъ интерстиціальныя фибромъ, небольшихъ или среднихъ размѣровъ.

Такъ вообще принимается, что опухоль, достигающая выше пупка, при ея ростѣ, показываетъ ея удаленіе ³⁾. Въ этомъ смыслѣ Terrillon ⁴⁾ даже вывелъ правило, — тамъ, гдѣ зондированіе матки дало величину ея полости болѣе 14 см., результатъ отъ кастраціи представляется сомнительнымъ; а тамъ, гдѣ

¹⁾ L. Tait. l. c.

²⁾ Boiffin l. c.

³⁾ Fehling l. c.

⁴⁾ Leçon de clinique chirurgicale 1889.

полость матки равняется 18—20 см. (*gigantisme uterin* Polaillon'a, *grossesse avide* Pozzi ¹⁾) результатъ будетъ плохой. Что касается смертности отъ этой операціи, то первые случаи у L. Tait'a дали 25% смертн., что совершенно понятно для новатора. Первая серія случаевъ дала 7%, а вторая только 2,03% смертности ²⁾. На конгрессѣ въ Берлинѣ въ 1890 г. L. Tait собралъ 327 случ. съ 6 смертями, т. е. смертность равнялась только 1,8%. Впрочемъ эти счастливые результаты въ рукахъ L. Tait'a едва-ли можно обобщать, чтобы руководиться ими; покрайней мѣрѣ по статистикѣ Wiedow'a ³⁾ получилось послѣ этой операціи 7,6% смертности, у Wehmer'a 10% ⁴⁾, у Bouilly 12% ⁵⁾, у Auvard 5% ⁶⁾. У Leopold'a получилось болѣе 11% ⁷⁾, у Olshausen'a почти 13% ⁸⁾, а послѣ кастраціи не по поводу фибромъ 0%; Pichevin ⁹⁾ выводитъ 14% смертности.

Что касается терапевтическаго результата, то изъ 66 случ., собранныхъ у Wiedow'a ¹⁰⁾, 36 разъ наблюдалась остановка кровотеченій; въ одномъ случаѣ черезъ 1/2 года возвратъ кровотеченій; изъ 8 случаевъ Fehling'a, въ 5-ти получилась полная менопауза, а въ 3-хъ другихъ еще небольшія кровотеченія. Изъ 321 случ. L. Tait'a,

¹⁾ См. Auvard. *Traite pratique...* l. c.

²⁾ L. c.

³⁾ Wiedow. *Die definitiven Resultate et. cet.* l. c.

⁴⁾ Boiffin l. c.

⁵⁾ *Gynäkologisch. Mitt. vom französisch. Chirurg. — Congr. 1893, Centr. f. Gyn. 1893, № 24.*

⁶⁾ L. c.

⁷⁾ *Die operative Behandl. der Uterusmyome. Arch. f. Gyn. Bd. XXXVIII.*

⁸⁾ L. c.

⁹⁾ *Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibromyomes utérins. Gazett. d. hop. Paris 1890, LXIII.*

¹⁰⁾ Wiedow. *Die definitiven Resultate der Kastration bei Uterus fibrom. Beitrag. z. Geburt. und Gynäkol. Festsch. f. Hegar 1889.*

въ 5 случаяхъ получилась полная неудача; въ значительномъ большинствѣ излѣченіе начиналось въ первые шесть мѣсяцевъ, въ 6% излѣченіе затягивалось отъ одного до 3-хъ лѣтъ ¹⁾. Bouilly на 22 случая, въ 3-хъ случаяхъ видѣлъ рецидивъ кровотеченій, въ 1 случ. полную неудачу ²⁾.

Что касается самой опухоли, то, на 66 случ., Wiedow въ 8 случаяхъ получилъ болѣе или менѣе сильный регрессъ опухоли, въ 24 случ. полное исчезаніе опухоли, въ 33-хъ случаяхъ никакого уменьшенія опухоли. У самого Таіта опухоли уменьшались или даже совсѣмъ исчезали, чѣмъ моложе былъ данный субъектъ ³⁾. По Auvarд'у въ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ кастрація не уничтожаетъ кровотеченія ⁴⁾. Вообще неособенно рѣдко наблюдается, что послѣ кастраціи не только не останавливаются кровотеченія, но опухоль продолжаетъ расти ⁵⁾. Изъ статистики, собранной Зворыкинымъ ⁶⁾ видно, что изъ собранныхъ 295 случаевъ, 28 случаевъ окончились смертью, т. е. смертность равнялась $9\frac{1}{2}\%$ и всего больше умерло отъ перитонита; при этомъ, съ 1872 по 1880 годъ, смертность равнялась $20\frac{3}{4}\%$, а съ 1881 по 1886 г. смертность упала до 5%. Изъ 150 случаевъ кастраціи, въ которыхъ извѣстны результаты, послѣ операціи наблюдалось уменьшеніе объема опухоли въ 111 случаяхъ, опухоль исчезла въ 25 случаяхъ, неуменьшилась въ 10 случаяхъ и продолжала расти въ 4 случ., причемъ болѣе большой процентъ уменьшенія падаетъ

¹⁾ L. с.

²⁾ Bouilly l. с.

³⁾ L. с.

⁴⁾ L. с.

⁵⁾ Bold. New-York l. с.

⁶⁾ Къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки. Диссерт. С.-Петербургъ, 1887 г.

на опухоли менѣе значительной величины, недости-
гавшія своею верхнею границею до уровня пупка.
„При этомъ способѣ, опухоль, хотя и доброкачествен-
ная говоритъ проф. Славянскій ¹⁾, все-таки остается
въ организмѣ; полное исчезновеніе фибромы, какъ по-
казываютъ наблюденія, относится къ исключеніямъ; она
можетъ еще въ послѣдствіи дать поводъ къ развитію тѣхъ
или другихъ симптомовъ. Продолженіе роста опухоли
и превращеніе ея въ кистовидную, вслѣдствіе образо-
ванія лимфоэктатическихъ полостей подъ вліяніемъ пе-
рерывокъ сосудовъ во время операціи, не относится къ
большимъ рѣдкостямъ среди послѣдствій оскопленія. На
основаніи только что сказаннаго, операція оскопленія
при фиброміомахъ не можетъ быть, слѣдовательно, от-
несена къ радикально излѣчивающимъ операціямъ и
по существу не можетъ быть сравниваема съ міоматомі-
ей, полнымъ удаленіемъ опухоли“ ²⁾.

Не слѣдуетъ забывать, что кастрація представляетъ
только симптоматическій, міотомія же радикальной те-
рапевтической приѣмъ, говоритъ Runge³⁾. Удаленіе обоихъ
яичниковъ иногда очень затруднительно; смертность же
и до сихъ поръ еще довольно велика сравнительно съ
невѣрностью получаемыхъ результатовъ. Онъ предла-
гаетъ поэтому кастрацію только въ случаяхъ, гдѣ ра-
дикальная операція трудна и опасна.

Намъ нѣсколько разъ приходилось наблюдать, что
кровотеченія, бывшія раньше у больной, не только не
уничтожались, но еще усиливались, хотя мы удаляли
вмѣстѣ съ яичниками и трубы, на чемъ особенно на-

¹⁾ Частная Патологія и Терапія женскихъ болѣзней. Проф. Славян-
скаго, 1888, р. 612.

²⁾ Ibidem р. 612.

³⁾ Casuistik aus der Dorpater Frauenklinik. St. Pt. Med. Woch., № 19
и 20, 1887).

стѣиваетъ Tait. У насъ и сейчасъ иногда является больная, которой около 5 лѣтъ тому назадъ, при невозможности удалить фиброму, а также и маточные придатки, наложена была *ligature atrophiante* и которая до сихъ поръ страдаетъ сильными *menorrhagia* ми, а опухоль находится *in statu quo*.

Кастраціей имѣется въ виду вызвать преждевременный климактерическій періодъ. Но вѣдь извѣстно, что климактерическій періодъ далеко не всегда обуславливаетъ остановку роста фибромы. Müller наблюдалъ ¹⁾. что изъ 109 случаевъ фиброміомъ у женщинъ болѣе 45 лѣтъ, въ небольшомъ числѣ случаевъ наступила очевидная регрессія опухоли; въ 9 случ. опухоль продолжала увеличиваться; въ 12 случаяхъ первые симптомы опухоли появились въ климактерическомъ возрастѣ; въ 10 случаяхъ, гдѣ опухоли развивались медленно, онѣ продолжали расти и потомъ, хотя кровотеченія прекратились.

Выводъ очевиденъ,—слухахъ далеко не всегда производить благоприятное дѣйствіе на фибромы. Поэтому нерѣдко приходится встрѣчать, что гинекологи, производящіе часто кастрація по поводу фиброміомъ матки, бывають нерѣдко, послѣ безуспѣшной кастраціи, вынуждены производить вторичную лапаротомію для радикальнаго удаленія фибромы матки ²⁾. Laws. Tait у въ одномъ случаѣ пришлось сдѣлать вторичную операцію *hysteromyomectomy*; но, и что еще важнѣе, онъ указываетъ на возможность діагностическихъ ошибокъ; такъ у него въ 3 случаяхъ оказалась не фиброма, а саркома ³⁾. Да и сама

¹⁾ Das Fibromiom des Klimacteriums. Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn. 1891, p. 283.

²⁾ Hofmeyer. Zur retroperiton. Stielbesorgung... Centr. f. Gyn. 1893, № 48. Fritsch. Bericht et cet. l. c.

³⁾ Section d'obstetr. et de gynäkol. Association medical britannique. Session de Birginingham. La sem. med. 1890, № 34, p. 288. Hank. New-York Journ. of. gyn. and obstet. 1893 Mai—August. Ref. aus Centr. f. Gyn. 1893.

кастрація, какъ выше сказано, приноситъ несомнѣнную пользу, главнымъ образомъ въ небольшихъ интерстиціальныхъ фибромахъ, а здѣсь, какъ замѣчаетъ Zweifel ¹⁾, радикальная операція неопаснѣе кастраціи, которая при фибромѣ именно гораздо опаснѣе, чѣмъ при другихъ условіяхъ ²⁾. Въ виду этого, большинство гинекологовъ мало слѣдуетъ этому обходному и не всегда вѣрному пути при лѣченіи фибромъ матки; прибѣгаютъ къ нему, когда нѣтъ выбора для другой операціи, когда этотъ методъ является вынужденнымъ, напр., при неподвижныхъ фиброміомахъ (Zweifel, Снегиревъ), при чрезвычайно сильной анэміи, потому что при самой операціи теряется не больше 2 столовыхъ ложекъ крови (Fritsch), когда существуетъ масса неудаляемыхъ сращеній (Auvard). Теперь эта операція отошла на задній планъ ³⁾; при современной, достаточно развитой technikъ радикальной операціи, приходится отказаться отъ кастраціи; вѣдь совѣтъ нерационально, какъ справедливо говоритъ Фричъ, патологическое — опухоль — оставлять въ организмѣ, а нормальное — яичники — удалять. Ранѣе, при плохихъ результатахъ радикальной операціи, она оправдывалась; теперь же кастрація должна уступить свое мѣсто міомотоміи.

Разсмотрѣвши три главные типа оперативнаго лѣченія фиброміомъ матки, я, уже въ болѣе подробныхъ чертахъ, коснусь модификацій этихъ методовъ.

Я начну съ самой блестящей модификаціи удаленія

№ 47, р. 1097 сообщаетъ случай, потребовавшій вслѣдствіе дальнѣйшаго роста опухоли послѣ кастраціи, вторичной лапаротоміи и гистероміотоміи.

¹⁾ Vorlesung... I. с.

²⁾ Olshausen I. с.

³⁾ Richelot, поклонникъ ея, уже болѣе двухъ лѣтъ не производитъ ея больше I. с.

фибромиомъ матки, предложенной Мартиномъ, именно энуклеаціи ихъ изъ стѣнки матки, съ сохраненіемъ послѣдней.

Идея этой операціи вѣрная, идеально—консервативная. Сумка фибромы расщепляется, эта послѣдняя удаляется; ложе и самая матка, если она расщеплена, зашиваются. Эта операція считается показанной, когда очень желательно, а главное возможно, сохранить цѣлость половыхъ функцій. Отсюда операція эта должна производиться въ продуктивномъ еще возрастѣ женской жизни, слѣдовательно у женщинъ еще молодыхъ, причемъ фиброма должна быть по возможности одиночной, небольшой величины, и чтобы фиброма, въ строгомъ смыслѣ слова, была интерстиціальной. Если представить всѣ эти требованія къ больнымъ фибромой матки, то сейчасъ-же ясно выступаетъ иллюзорный успѣхъ этой, встрѣченной съ такими сангвиническими надеждами, операціи. Громадное большинство больныхъ фибромой матки приближаются болѣе или менѣе къ климактерическому періоду. Громадное большинство фибромъ по Emmet'у ¹⁾ встрѣчается отъ 30 до 50 лѣтъ. Тоже самое отмѣчаетъ L. Tait ²⁾ и всѣ другіе гинекологи. Изъ 15 энуклеацій, которыя произведены Braun'омъ больнымъ фибромой, только 7 изъ этихъ больныхъ имѣли отъ 30 до 35 лѣтъ, остальные были старше—до 67 лѣтъ ³⁾. Изъ 10 энуклеацій, произведенныхъ Prochownick'омъ, въ 5 случаяхъ больнымъ было отъ 38 до 49 лѣтъ ⁴⁾.

Не приводя дальнѣйшихъ статистикъ, очевидно, что фибромы развиваются во второй половинѣ жизни и въ

¹⁾ Gynäkologie. Überset. von Kothe, p. 389.

²⁾ L. Tait l. c.

³⁾ H. Braun. Beiträg. zur Lehre der Laparetomien et cet. 1890.

⁴⁾ Ascher. Zur Casuistik... l. c.

возрастѣ менѣе продуктивномъ, или совсѣмъ непродуктивнымъ, за 38 лѣтъ.

А между тѣмъ эта операція, какъ сейчасъ будетъ сказано, невѣрная по результатамъ и опасная по выполнению. Съ этой точки зрѣнія операція является совершенно неоправданной, если предпринимается въ непроизводительномъ возрастѣ больной. Что надежда на сохраненіе половой функціи, т. е. главнымъ образомъ на возможность беременности, является иллюзорной, лучше всего доказываетъ статистика, указывающая рѣдкую исключительность беременности послѣ этой операціи. У Мартина изъ 141 случая только 2 раза наблюдалось наступленіе беременности послѣ этой операціи; одинъ такой же случай наблюдался у Гегара, да еще объ одномъ такомъ же счастливомъ случаѣ сообщилъ Krönlein ¹⁾ на хирургическомъ конгрессѣ, въ Берлинѣ ²⁾.

Второе условіе — одиночность фибромы еще болѣе трудно для выполненія. Съ одной стороны оно трудно выполнимо потому, что рѣдко фибромы бываютъ солитарны, а болѣею частью множественны, гдѣ, слѣдовательно, энуклеація неприменима или мало — применима. А по наблюденію L. Tait'a ³⁾, въ менструальномъ періодѣ женской жизни и встрѣчается преимущественно *fibroma multiplex*.

Съ другой же стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ фибромы невелики, діагностика на одиночность или множественность фибромы невозможна не только до операціи, но даже и во время операціи, при вскрытіи брюшной полости. Если фибромы невелики, отъ лѣс-

¹⁾ Beiträge z. klinisch. Chirurg. 1890.

²⁾ Martin über Myomoperationen. I. с. и Ascher, изъ клиники Prochownik'a I. с.

³⁾ L. Tait'a I. с. p. 186.

наго орѣха и ниже, и если сидятъ совершенно въ существѣ стѣнки матки, то онѣ могутъ остаться нераспознанными и, разъ оставленные, могутъ со временемъ свободно совершать свой дальнѣйшій ростъ и въ послѣдствіи подать поводъ къ вторичной ляпаротоміи.

Такъ изъ 141 энуклеаціи, произведенныхъ самимъ авторомъ это метода, Мартиномъ, въ 4 случаяхъ произошелъ рецидивъ, потребовавшій вторичной myomhysterectomi'и ¹⁾. О возможности этого говорятъ всѣ авторы.

Третье условіе для успѣшнаго выполненія энуклеаціи, это чтобы существующая въ маткѣ фиброма была не велика и чтобы она была въ истинномъ смыслѣ слова интерстиціальной, т. е. чтобы существующая фиброма была отдѣлена отъ брюшиннаго и слизистаго покрововъ матки довольно толстымъ мышечнымъ слоемъ ²⁾.

Самъ авторъ этого метода совѣтуетъ примѣнять его при небольшихъ фибромахъ, выступающихъ изъ ткани матки, не больше страусоваго яйца, иначе наблюдается кровотеченіе въ капсулу фибромы въ послѣоперационный періодъ ³⁾.

Техника этого метода легка только при небольшихъ фибромахъ, не больше дѣтской головки, даже скорѣе до кулака если опухоль лежитъ поверхностно ⁴⁾. Послѣ энуклеаціи большихъ фибромъ остается большая полость, куда легко происходятъ послѣдовательныя кровотеченія, принуждающія часто къ ампутаціи матки или къ перевязкѣ приводящихъ сосудовъ. Всег-

¹⁾ Centr. f. Gyn. 1893, № 24. Bericht über die Verhandlung—en der fünften Versammlung der deutschen Gesellschaft f. Gynäkol zu Breslau von 25—27 Mai. 1893.

²⁾ Fehling l. c.

³⁾ Ascher l. c.

⁴⁾ Fritsch. l. c.

да приходится употреблять массу швовъ, что, конечно, далеко безразлично для послѣоперационнаго періода. Легко возможны кровотеченія, нагноеніе, отхожденіе лигатуръ или чрезъ животъ, или чрезъ матку ¹⁾).

Hofmeyer наблюдалъ у одной больной, у которой Шредеръ удалилъ фиброму энуклеацией ея, чрезвычайно сильныя маточныя колики въ первые дни послѣ операціи. Онъ приписалъ это крови и отдѣляемому, которая скопились въ полости раны, что легко могло обусловить или лопанье швовъ, или прорѣзыванье ткани ²⁾).

Къ сказанному добавимъ еще, что мускульная ткань въ оставшемся ложѣ и вокругъ него, да и вся матка—измѣнены, такъ что кровотеченія, бывшія до операціи, часто продолжаются въ такой же степени и послѣ операціи ³⁾ и тогда станетъ совершенно яснымъ вся иллюзорность этой операціи и вся проблематичность беременности послѣ нея.

Статистика этой операціи, впрочемъ, не особенно плоха, скорѣе даже лучше ожидаемаго. У Hofmeyer'a 16 случаевъ съ 3 смертями ⁴⁾, у Шредера 1 случ., гдѣ фиброма была больше головы взрослого,—больная выздоровѣла ⁵⁾; у Мартина изъ 96 случаевъ получилось 18 смертей ⁶⁾; Bukowsky ⁷⁾ собралъ статистику изъ 55 случаевъ съ 18,2% смертности. У E. Braun'a 15 кон-

¹⁾ Fritsch. Bericht über. I. c.

²⁾ Boiffin I. c.

³⁾ Hofmeyer I. c.; Fritsch I. c.; Engström. Congrès period. international de Gynäkol. et d'obst. 1892, p. 481.

⁴⁾ Czempin. Ueber die Enucleation intraparietalen Myom. nach Martin. Zeitsch. f. Geb. und Gynäkol. Bd. 14.

⁵⁾ Hofmeyer. Myomotomie. et cet.

⁶⁾ Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1890.

⁷⁾ Ueber Enukleation solider Uterusgeschwülste durch den Martin'scher Gebärmutterwandschnitt. Gazeta Lekarska, 1889. Referat im Centr. f. Gyn. 1890.

сервативныхъ міотомій, процентъ смертности 0; но при этомъ нужно замѣтить, что въ это число вошли фибромы на ножкѣ, удаленіе которыхъ представляетъ существенное отличіе отъ классическаго метода энуклеаціи¹⁾; у Prochownick'a изъ 10 случаевъ погибъ одинъ²⁾. Kästner³⁾ произвелъ эту операцію 5 разъ, причемъ одна умерла, 2 $\frac{1}{2}$ мѣс. спустя послѣ операціи, отъ перитонита. Engström (Helsingfors) произвелъ 24 энуклеаціи и потерялъ только одну больную⁴⁾ изъ послѣднихъ 20 случаевъ Мартинъ⁵⁾ потерялъ только одну; горячій поклонникъ этого метода, Chevrier⁶⁾, собралъ 125 случаевъ съ 16% смертности.

Впрочемъ статистика этой операціи еще очень мала, чтобы можно было высказаться опредѣленно относительно опасности этой операціи, хотя въ общемъ статистика недурна, но многіе авторы подчеркиваютъ трудность и опасность ея. Отчасти вслѣдствіе технической трудности, операція эта и не получила сколько-нибудь широкаго распространенія⁷⁾ Zweifel⁸⁾ причисляетъ ее къ одной изъ самыхъ опаснѣйшихъ изъ всѣхъ операцій. Часто къ начатой энуклеаціи, для вѣрности результата, присоединяютъ кастрацію⁹⁾ или даже myomhysterectomiю¹⁰⁾.

Если-же мы будемъ имѣть въ виду ту идею, ради которой предложена и производится эта операція, то, изъ

¹⁾ E. Braun. Beiträg. zur Lehre... I. c.

²⁾ Ascher. Zur Casuistik I. c.

³⁾ Ueber peritoneale Enukleation von Uterusmyomen. St.-Petersb. Medic. Wochensch. 1889, № 13.

⁴⁾ Congrès periodique I. c.

⁵⁾ Centralblatt f. Gyn. 1893. № 24.

⁶⁾ Nouvell. archiv d'obst. et gynäkol, Avril 1891.

⁷⁾ Fehling I. c.

⁸⁾ Vorlesungen et cet. I. c.

⁹⁾ Auvard I. c.

¹⁰⁾ Schultze. Deutsche medic. Wochenschr. 1886, № 44.

вышесказаннаго относительно условій и послѣдствій этой операціи убѣдимся, что здѣсь опытъ совершенно убиваетъ теорію, что примѣненіе операціи энуклеаціи будетъ оправдываться только въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ ¹⁾ и что эту операцію нужно ограничить извѣстными, рѣзко очерченными рамками ²⁾.

Слѣдующая модификація, которая заслуживаетъ серьезнаго вниманія специалистовъ, это видоизмѣненіе интраперитонеального метода, предложенное Zweifel'емъ ³⁾. Начавши съ внѣбрюшиннаго способа, этотъ талантливый гинекологъ и операторъ скоро, въ виду несомнѣннаго преимущества хирургической цѣлесообразности внутрибрюшиннаго метода, перешелъ къ нему. Но его, точно также какъ и всѣхъ, занималъ вопросъ о непосредственныхъ причинахъ опасности интраперитонеального метода. Статистика несомнѣнно уже установила тотъ фактъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ смерть, при внутрибрюшинномъ способѣ обработки ножки, происходитъ отъ сепсиса и отъ послѣдовательнаго кровотеченія изъ культи. Клиническія наблюденія показали, а бактеріоскопическія подтвердили, что септическое зараженіе, при обычной строгой антисептикѣ, происходитъ изъ канала шейки, а послѣдовательныя кровотеченія отъ недостаточно—надежнаго шва Шредера. Установивши это, Zweifel поставилъ себѣ задачей найти такую модификацію внутрибрюшиннаго способа обработки ножки фибромы, при которомъ имѣлась-бы наибольшая гарантія противъ септического зараженія изъ шейки матки и противъ послѣдовательнаго крово-

¹⁾ Löhlein. Gynäkol. Tagesfragen I. c.

²⁾ Hofmeyer. Grundriss et cet. I. c.

³⁾ Vorlesungen über klinisch. Gynäkologie 1892. Die Stielbehandl. bei der Myomectomy. Stutg. 1888; Ueber die Intraperitoneale Stielbehandlung bei Myomectomy. Archiv f. Gyn. 1891—92, p. 62.

теченія. Исторія оваріотоміи показываетъ, что ножка оваріальной кистомы привязывается одной, двумя, тремя поперечными лигатурами и выше лигатуры ткань ножки подвергается процессу некробіоза, и безъ всякаго вреда всасывается организмомъ. Тоже самое показываетъ намъ брюшная хирургія, когда мы перевязываемъ большіе или меньшіе куски сальника. Опираясь на такого рода факты, Zweifel и предложилъ свой поперечный шовъ на культю, т. е. на шейку матки послѣ удаленія фибромы. Этотъ поперечный шовъ, стягивая ткань выше канала шейки, герметически закрываетъ его и разобщаетъ отъ полости брюшины. По крайней мѣрѣ на первые дни, во время которыхъ уже успѣваетъ произойти склеиваніе и уже легкое сращеніе культи матки, этотъ шовъ не допускаетъ распространенія септического зараженія изъ канала шейки матки на брюшную полость. Въ то-же время, этотъ шовъ, пересѣкая сосуды шейки матки въ поперечномъ направленіи, а не вдоль, параллельно ходу ихъ, абсолютно гарантируетъ отъ послѣдовательнаго кровотеченія.

Простое наблюденіе при этомъ показываетъ, что чѣмъ меньше массы ткани захвачено въ лигатуру, тѣмъ сильнѣе, полнѣе стягиваніе ткани, тѣмъ надежнѣе, слѣдовательно, разобщеніе канала шейки отъ полости живота, тѣмъ вѣрнѣе остановка кровотеченія. Чѣмъ сильнѣе перетягиваніе культи, тѣмъ вѣроятнѣе радикальное умерщвленіе нервовъ въ мѣстѣ перевязки и тѣмъ, слѣдовательно, будетъ, до извѣстной степени, безболѣзненнѣе послѣоперационный періодъ, во время котораго обыкновенно довольно жестоки боли въ культѣ держутся одинъ—два дня. Имѣя все это въ виду, Zweifel и предложилъ свой поперечный и непрерывный шовъ культи фибромы, которымъ онъ и перевязываетъ шейку по частямъ (*fortlaufende Partienligatur*).

Но, желая не лишать совершенно доступа крови и питания перевязанную часть культи выше лигатуры, онъ перевязывалъ ткань шейки подсерозно, т. е. отдѣлялъ предварительно серозный покровъ, отворачивая его въ видѣ манжетки, которой и покрывалъ потомъ зашитую культю. Вслѣдствіе такого приѣма чрезъ эту манжетку, чрезъ сосуды серознаго покрова, часть культи выше перевязки получала питательный матеріалъ. Этотъ методъ, въ извѣстной степени вѣрный въ теоріи, въ то-же время блестяще оправдалъ себя на практикѣ.

Этотъ способъ обработки ножки—*ligatura partialis continua*—примѣненъ былъ авторомъ въ 51 случаѣ, причемъ наблюдалось только 2 смертныхъ случая, слѣдовательно 4% смертности, а послѣдніе 27 случаевъ прошли совершенно гладко. Изъ этихъ двухъ смертныхъ случаевъ пожалуй можно откинуть одинъ, въ которомъ смерть произошла отъ *ileus'a*, вслѣдствіе приростанія одной изъ петель тонкой кишки къ культѣ и образованія перегиба, — смертельный исходъ, который не стоитъ въ прямой связи съ самимъ методомъ. Къ превосходству этого метода нужно отнести и тотъ фактъ, что въ 3 случаяхъ операція произведена была при распадающихся фибромахъ, съ высокой лихорадкой; послѣ операціи *t°* пала и наступило гладкое выздоровленіе.

Возраженія Фрича и Ольсгаузена, указывавшихъ на опасность этого метода, не оправдываются ни апріорными соображеніями, ни существующими фактами и вообще этотъ методъ заслуживаетъ серьезнаго вниманія гинекологовъ. На послѣднемъ международномъ конгрессѣ врачей въ Римѣ въ 1894 г., Mangiagalli заявилъ, что методъ Zweifel'я заслуживаетъ предпочтенія предъ всѣми другими по своей простотѣ техники и быстротѣ производства ¹⁾.

¹⁾ Ibid.

Преимущества поперечной перевязки ножки, при удалении фиброміомъ матки, показалъ Kocher. Онъ точно также отмѣтилъ надежность этой лигатуры противъ послѣдовательныхъ кровотеченій изъ культи и указалъ на совершенную ненадобность той массы терминальныхъ швовъ, которыхъ, при способѣ Шредера, приходится накладывать до 50.

Онъ точно также показалъ, что шелковая лигатура не вызываетъ гангрены крайняго отъ лигатуры конца культи. Онъ стягивалъ ножку фибромы, т. е. шейку матки, четверной лигатурой, которая удерживалась помощниками, продолжавшими стягивать ее по мѣрѣ уменьшенія ножки и наконецъ, когда ножка сводилась до *minimum'a*, лигатуры окончательно завязывались.

По тому же методу, немного модифицированному, производилъ операцию Leopold ¹⁾; перевязавши широкія связки, онъ накладывалъ эластическую лигатуру на шейку матки и выкраивалъ два лоскута, выпуклые кверху, спереди и сзади опухоли, которую и удалялъ. Потомъ онъ прижигалъ цервикальный каналъ и затѣмъ прокалывалъ культию спереди назадъ иглой съ двойной лигатурой, избѣгая тщательно проникать иглой чрезъ цервикальный каналъ и теперь каждую половину шейки отдѣльно перевязывалъ. Шовъ этотъ, какъ у Zweifel'я, проводился подсерозно.

Главное вниманіе онъ обратилъ на точную остановку кровотечения и потому производилъ потомъ тщательную перевязку *en masse* маточной артеріи съ той и другой стороны. Затѣмъ сшивалъ лоскуты культи по идеѣ Лембертовскаго шва, снималъ эластическую лигатуру и зашивалъ наглухо брюшную полость. Такъ

¹⁾ Zur Myomotomie mit intraperitonealer Stielbehandlung. Archiv f. Gyn. 1892, p. 181.

оперировалъ Leopold въ 11 случаяхъ почти безкровно и всѣ его больныя, часто трудныя, выздоровѣли.

Rischelot сообщилъ на хирургическомъ конгрессѣ въ 1893 году ¹⁾ объ 21 случаѣ фиброміомъ матки, оперированномъ имъ по методу, аналогичному съ только что приведеннымъ, съ той только модификаціей, что лоскуты культи выкраивались неравномѣрными, какъ въ способѣ Chrobask'a. Изъ 21 случая, два окончились смертью, хотя одинъ изъ этихъ смертныхъ случаевъ нельзя отнести на счетъ самого метода, потому что смерть произошла отъ септицеміи, развившейся изъ нагноенія въ брюшной стѣнкѣ, а самая ножка оказалась незатронутой.

По тому же способу Leopold'a оперировалъ H. Robb ²⁾ въ 7 случаяхъ съ однимъ смертельнымъ исходомъ отъ жироваго перерожденія важныхъ для жизни органовъ; онъ производилъ операцію безъ эластической лигатуры.

По тому же способу поперечной лигатуры оперируетъ и Оттъ въ Петербургѣ. На послѣднемъ съѣздѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ, онъ сообщилъ о 23 случ., оперированныхъ имъ больныхъ по, сходному съ только что описаннымъ, методу, съ небольшими модификаціями. Онъ сначала дѣлаетъ рукавную дезинфекцію, съ выскабливаніемъ шейки и прижиганіемъ ея Покеленомъ. Затѣмъ удаляетъ фиброму горизонтальнымъ разрѣзомъ шейки и прижигаетъ всю раненую поверхность перерѣзанной части шейки Покеленомъ и накладываетъ двѣ боковыя лигатуры изъ шелка чрезъ всю шейку, не захватывая ея канала. Если появляется еще кровотеченіе, накладываются еще двѣ лигатуры, спереди и сзади шейки. Каналъ остается открытымъ для стока внизъ.

¹⁾ Annales de Gynäkologie. Juni, 1893, p. 542.

²⁾ The Johns Hopkins Hospital Bulletin. Juni 1892, № 23. Refer. aus Arch. f. Gyn. 1892, Bd. 43, p. 193.

Затѣмъ зондомъ сверху внизъ проводится іодоформная марля въ рукавъ, верхняя часть ея лежитъ на раненой культѣ. Культя опускается въ животъ, который и закрывается. Марля удаляется чрезъ 4—5 дней. Изъ 23 случаевъ, такъ оперированныхъ, авторъ потерялъ только одну ¹⁾.

Этотъ способъ составляетъ переходъ къ методу, впрочемъ мало рекомендуемому, Treub'a ²⁾, въ Голландіи, который цѣликомъ перенесъ на операціи фибротоміи внутрибрюшинный способъ оваріотоміи; онъ перевязанную ножку фибромы, т. е. шейку матки, не покрывая ее брюшиннымъ покровомъ, какъ и Оттъ, прямо опускаетъ въ брюшную полость. Впрочемъ, изъ 57 случаевъ онъ потерялъ только 5 больныхъ ³⁾. Такъ хороша идея поперечнаго шва. Поэтому-же методу оперируютъ многіе Голландскіе гинекологи, какъ напримѣръ Van der Hoeven, Korteweg, Mendes de Leon (11 разъ съ 2 смертями) и Prof. Van der Mey (29 разъ и тоже съ 2 смертями).

Но собственно прототипъ, первую идею поперечнаго шва вызвала необходимость. Черни и Кальтенбахъ въ 1881 году сдѣлали попытку опускать эластическую лигатуру, вмѣстѣ съ культей, въ полость живота, принужденные къ этому кровотеченіемъ изъ шейки матки, какъ средство для гемостаза. Только Olshausen, въ 1884 году, предложилъ это опусканіе ножки вмѣстѣ съ эластической лигатурой, какъ особенный методъ. По этому методу Terrillon ⁴⁾ произвелъ 28 myomhysterectomій съ

¹⁾ De l'hysteromyomectomie sus vaginale simplifiée. La semaine medic. Janvier, 1894, № 4, p. 25.

²⁾ Kikkert. Die Stampbehandlung bei hysteromyomectomie. Jnaug. Diss. Leiden 1891. Refer. im. Jahresber. f. Gyn. 1892.

³⁾ Fehling. Lehrbuch et cet. l. c.

⁴⁾ Cinquieme Congrès Francais de Chirurgie 30 Mars—4 April, 1891. Sem. med. 1891, № 7, p. 128. Lecons de Clinique chirurgicale 1889.

тремя смертями. Richelot ¹⁾ сообщил 13 случаев myomhysterectomii съ хорошимъ результатомъ, но здѣсь онъ уже отмѣчаетъ необходимость индивидуализировать случаи.

Въ настоящее время большинство гинекологовъ оставили этотъ способъ, какъ методъ несовершенной техники. Kocher показалъ, что широкія лигатуры, не прорѣзая поверхностныя ткани, производятъ особенную наклонность къ омертвѣнію крайняго конца культи. Всѣ согласно отмѣчаютъ крайнюю опасность *ligature élastique perdue*, и самъ горячій поклонникъ этого способа, Richelot, на послѣднемъ конгрессѣ хирургіи въ Парижѣ, заявилъ, что онъ оставилъ этотъ методъ и перешолъ къ методу Leopold'a съ модификаціей образованія лоскутовъ по Chrobach'y ²⁾. Pozzi ³⁾ высказался въ томъ-же смыслѣ, что *ligature élastique perdue* часто вызываетъ перетонить и тазовые абсцессы, причемъ иногда лигатура отходитъ чрезъ рукавъ. Но если и до этого не доходить, то все таки всегда находятся сращения около культи или гнойники. Поэтому, послѣ операціи большею частью наблюдаютъ поднятіе t° и боли, — *Symptomes pediculaires*, а иногда прямо пальпаціей находятъ инфильтраты около ножки ⁴⁾. Самъ Olshausen ⁵⁾, оперировавшій за 3 года отъ 1887 до 1890, 45 миомотомій и потерявшій 10 больныхъ (22,2%), лѣчилъ культю интраперитонеально, по способу сходному со способомъ Leopold'a—съ тройнымъ швомъ. Онъ шьетъ теперь катгутъ и узловымъ швомъ.

¹⁾ Société de Chirurgie. Traitement des fibromes uter. Sem. medical. 1890, № 49, p. 412.

²⁾ Boiffin l. c.

³⁾ Semaine med., 1890, № 49, p. 412.

⁴⁾ Mendes de Leon. Congrès periodique l. c.

⁵⁾ Die Laparot. et cet. Zeitsch f. Geb. und Gyn. Bd. XX.

Одно возраженіе, впрочемъ болѣе теоретическаго характера, возникаетъ противъ всѣхъ модификацій, основанныхъ на идеѣ поперечнаго шва. Несомнѣнно, этотъ шовъ идеально хорошъ для остановки кровотеченія изъ культи, перевязывая ткань культи въ поперечномъ направленіи хода ея сосудовъ. Но въ тоже время, такой перевязкой крайній конецъ культи, лишенный доступа крови, становится внѣ питанья и долженъ подвергнуться процессу умиранія; а это имѣетъ немаловажное значеніе, принимая въ расчетъ толщину перевязанной ткани. Этой перевязкой, этимъ лишеніемъ крови въ перевязанной части, мы лишаемъ себя одного изъ самыхъ важныхъ оружій въ борьбѣ съ губительнымъ дѣйствіемъ микроорганизмовъ, съ особенною легкостію культивирующихся на органическихъ веществахъ, лишенныхъ своихъ жизненныхъ свойствъ. Отсюда возникло стремленіе обойти слабую сторону этихъ способовъ предложеніемъ подсерозной перевязки культи, въ расчетъ, чрезъ этотъ неперевязанный перитонеальный покровъ, доставить крайнему концу, хотя бы небольшой питательный матеріалъ. Но, безъ дальнѣйшихъ разъясненій, очевидно, что этимъ видоизмѣненіемъ едва-ли можно достигнуть поставленной цѣли, ибо нужно извѣстное время, чтобы произошла органическая связь между отсепарованной брюшиной и крайнимъ концомъ культи, — время совершенно достаточное для проявленія губительнаго дѣйствія бактерій.

При классическомъ методѣ Шредера, съ его непрерывнымъ мѣстичнымъ швомъ, успѣхъ основывается на антисептикѣ и на сохраненіи жизненныхъ свойствъ культи матки, а при только что сказанныхъ модификаціяхъ весь успѣхъ основывается единственно только на энергіи и осмотрительности примѣняемой при этомъ антисептики. Къ асептикѣ же мы можемъ только

приближаться, но никогда не можем ручаться въ полномъ достиженіи ея ¹⁾ и небольшая ошибка антисептики поведетъ въ этихъ случаяхъ за собой тяжелыя послѣдствія для больной. Уничтоженіемъ жизненныхъ свойствъ культи, мы лишаемъ себя важныхъ резервовъ въ борьбѣ съ септическими микроорганизмами, ставимъ весь успѣхъ нашей операціи, какъ картинно выражается Brennecke ²⁾, на одну только карту, съ характеромъ *Va-banque*, вмѣсто того, чтобы предусмотрительнымъ образомъ пользоваться всеми благопріятными условіями.

Сюда-же съ извѣстнымъ правомъ можно помѣстить новую модификацію внутрибрюшиннаго способа удаленія фибромъ матки, предложенную въ послѣднее время Fritsch'емъ ³⁾ и окрещенную имъ особеннымъ именемъ,—методомъ препараторнаго удаленія міомъ. Этотъ способъ состоитъ въ постепенной перевязкѣ и отдѣленіи сначала лѣвой широкой связки, затѣмъ въ дальнѣйшей частичной перевязкѣ и перерѣзкѣ тканей около шейки и т. д. Потомъ перерѣзывается самая шейка; каналъ ея, если онъ хорошо видѣнъ, прижигается карболовой кислотой; если-же онъ незамѣтенъ, то оставляется безъ прижиганія, безъ всякаго вреда для послѣдующаго состоянія больной. Вообще, думаетъ Фричъ, опасности со стороны канала шейки сильно преувеличены. Затѣмъ матка съ опухолью вырѣзывается клинообразно и остается висѣть только на правой широкой связкѣ, которую легко затѣмъ перевязать и перерѣзать. Кровотеченія не бываетъ, а кто боится оперировать безъ перевязки правой широкой связки, тотъ

¹⁾ Mendes de Leon. Myotomie ou castration et cet. l. c.

²⁾ Brennecke. Ein Beitrag zu Frage der Myomectomie et cet. Zeitscht. f. Geb. u. Gyn., 1894. Bd. XXVIII, H. 2, p. 265, 266.

³⁾ Bericht über die Gynäkolog. Operationen et cet. Berlin. 1893.

можетъ предварительно перевязать ее или наложить длинный зажимъ. Преимущества этого метода, — каждое, даже небольшое, кровоточащее мѣсто сейчасъ-же перевязывается, и операція, безъ всякой помѣхи со стороны кровотеченія, идетъ дальше. При немъ не нужна эластическая лигатура, которая есть тоже свидѣтельство примитивнаго состоянія техники, говоритъ Fritsch.

Всматриваясь ближе въ основныя особенности этого способа, мы не могли въ немъ найти какой-нибудь новой идеи въ производствѣ операціи, которая давала бы право на названіе особаго, новаго метода. При немъ удаленіе опухоли производится по тѣмъ-же приѣмамъ, какіе издавна практикуются въ общей хирургіи при вылученіи опухолей, причемъ при постепенномъ отдѣленіи опухоли, кровоточащія мѣста перевязываются. Все дѣло въ томъ, что въ этихъ случаяхъ Фрича не употреблялась эластическая лигатура; безъ нея-же, конечно, приходилось оперировать по общимъ приѣмамъ хирургіи съ постепеннымъ отдѣленіемъ опухоли и послѣдовательной перевязкой кровоточащихъ мѣстъ. Профессоръ Снегиревъ въ Москвѣ, который давно отбросилъ эластическую лигатуру, также давно оперируетъ по этому способу, т. е. по общимъ хирургическимъ принципамъ. Я лично, примѣняя методъ проф. Снегирева, — объ которомъ ниже, — никогда не примѣнялъ эластическую лигатуру и, конечно, былъ вынужденъ оперировать по общимъ приѣмамъ, препараторно, какъ Фричъ. Только, слѣдуя вполнѣ методу Снегирева, мы производили сначала перевязку широкихъ связокъ съ обѣихъ сторонъ; иначе, по Фричу, который не боится отдѣлять матку съ опухолью безъ предварительной перевязки широкой связки другой стороны, пришлось-бы перевязывать многіе сосуды и ихъ вѣтви повторно и тѣмъ ненужно увеличивать массу лигатуръ.

Этимъ мы закончили разсмотрѣніе большой группы модификацій внутрибрюшиннаго способа, въ основѣ которыхъ лежитъ идея поперечнаго шва на культю фибромы. Эта идея, заимствованная изъ техники операции овариотоміи, гдѣ она принесла также блестящіе результаты, примѣненная къ обработкѣ ножки фибромы, дала также, по крайней мѣрѣ, лучшіе результаты. Правда, статистика по этому отдѣлу такъ еще мала, способъ оперирования такъ разнообразенъ по модификаціямъ, здѣсь такъ еще много значенія имѣетъ подборъ случаевъ, техническая ловкость и вообще индивидуальность оператора, что подводитъ итоги о преимуществахъ той или другой модификаціи въ настоящее время нѣтъ никакой возможности. При настоящемъ состояніи вопроса, нужно, при всѣхъ только что приведенныхъ модификаціяхъ, отмѣтить вѣрную и деюща и лучшіе результаты. Одинъ еще общій упрекъ направляется при детальномъ разсмотрѣніи причинъ смертности, какъ противъ этихъ модификацій, такъ и противъ классическаго метода Шредера вообще. При внутрибрюшинномъ погруженіи ножки фибромы, въ полости живота, оказывается болѣе или менѣе толстая ножка, которая зашита швами. Въ брюшной полости органы покрыты брюшиной, чрезвычайно наклонной къ склеиванію, къ изолированію всякаго посторонняго тѣла. Отсюда всегда встрѣчается масса приращеній сальника и кишокъ къ культѣ. Если сальниковыя приращенія здѣсь желанны и благотѣльны, то нельзя того-же сказать о приращеніяхъ кишокъ, — при нихъ могутъ происходить всевозможныя перегибы около мѣста приращенія и явленія *incis'a*. Къ сожалѣнію, эти явленія не особенно рѣдко приходится встрѣчать при внутрибрюшинномъ погруженіи ножки, и, въ этомъ смыслѣ, тѣ модификаціи, гдѣ погружаемая ножка не покрывается брю-

линымъ листкомъ ¹⁾, представляютъ болѣе данныхъ для приращенія внутренностей къ культѣ и потому эти модификаціи а priori и болѣе опасны.

Послѣднюю группу модификацій представляютъ такъ назыв., смѣшанные способы, стоящіе на границѣ между внѣ — и внутрибрюшинными способами. Они все основаны на желаніи, примѣненіемъ Шредеровскихъ пріемовъ, обработки ножки, по возможности, сократить длинный періодъ послѣоперационнаго теченія при внѣбрюшинномъ методѣ, а съ другой стороны, вшиваніемъ так. обр. обработанной культы въ нижній уголъ брюшной раны, имѣется въ виду избѣчь послѣдовательнаго септического зараженія брюшной полости со стороны культы и послѣоперационнаго кровотеченія. Поэтому, эти способы называются еще *intraparietal*ными. Сюда относится прежде всего способъ Wölfler-Hacker'a ²⁾, двухъ ассистентовъ Бильрота.

Wölfler, по идеѣ Hacker'a, произвелъ первую операцію въ 1884 году. Ножка обрабатывалась по способу Шредера: послѣ этого ножка двумя швами, проведенными черезъ брюшные покровы въ довольно порядочномъ разстояніи отъ брюшной раны, захватывается съ той и другой стороны культы, ниже защитой воронки, и притягивается въ нижній уголъ брюшной раны. Пристѣлочная брюшина пришивается къ культѣ тоже ниже швовъ воронки. Затѣмъ, вся брюшина рана зашивается, кромѣ нижняго угла, гдѣ помѣщается маточная культя, и сюда проводятъ, въ качествѣ дренажа, полоску іодоформной марли.

¹⁾ У Treub'a изъ 23 случ., оперированныхъ въ клиникѣ, умерло 3, изъ которыхъ 2 отъ ileus'a.

²⁾ Wiener med. Wochen. 1885, № 25, 48 и 49.

Этотъ способъ далъ хорошій процентъ выздоровленій. По этому способу оперируетъ во Франціи Delagéniere ¹⁾.

Säuger модифицировалъ немного этотъ способъ въ томъ отношеніи, что онъ изолировалъ культю, вшиваемую въ нижній уголъ брюшной раны, образованіемъ складки изъ пристѣвочной брюшины позади задней поверхности культи ²⁾.

Совершенно одинаковый съ только что описаннымъ, способъ Kelly ³⁾. Онъ употребляетъ эластическую лигатуру, обрабатываетъ ножку по способу Шредера; затѣмъ онъ оставляетъ швы, длиною 5 дюймовъ; вытягивая за нихъ культю, онъ перевязываетъ съ обѣихъ сторонъ art. uterinae, выводитъ культю въ брюшную рану, фиксируетъ ее по Зенгеру и, расположивши лигатуры, захваченныя въ зажимъ, на поверхности живота, окутываетъ ее еулемованной марлей. Лигатуры отходятъ отъ 7 до 9 днѣ. По этому же способу оперируетъ и Polk ⁴⁾.

Способъ Fritsch'a немного отклоняется отъ вышеописанныхъ способовъ. Онъ ⁵⁾ приготовляетъ культю по способу, Шредера, но только съ той разницей, что лоскуты, образующіе воронку, выкраиваются не съ передней и задней поверхности матки, какъ общепринято, а съ правой и лѣвой стороны, въ направленіи брюшной раны. Культя вшивается въ нижній уголъ брюшной раны

¹⁾ Französischer Chirurg. Congrèss in Paris 5—7 April 1893. Central. f. Gyn. 1893, № 39.

²⁾ Central. f. Gyn. 1886, № 44.

³⁾ Pennsylvania, A new method of performing hysteromyomectomy. The American Journal of obst. et. cet., April 1889, p. 375.

⁴⁾ Ibidem.

⁵⁾ Verhandlung. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Leipzig, 1888, p. 134—139.

швами, фиксирующими культю съ боковъ. Лигатуры культи лежатъ на виду въ воронкѣ раны. Эта послѣдняя тампонируется іодоформной марлей. Швы культи удаляются на 9-й день при перевязкѣ ея.

Первые 19 случаевъ прошли всѣ удачно. Онъ считаетъ большую сравнительно опасность классическаго внутрибрюшиннаго способа не вслѣдствіе вскрытія полости матки и инфекціи изъ канала шейки, что онъ считаетъ сильно преувеличеннымъ, а скорѣе вслѣдствіе долгой продолжительности операціи, вслѣдствіе химическихъ и механическихъ инсультовъ, которые испытываютъ брюшина и кишки. Изъ 23-хъ случаевъ, такъ оперированныхъ, онъ потерялъ двухъ, одну отъ *Heus'a* и одну отъ уремїи ¹⁾.

Въ послѣднее время онъ опять перешелъ къ чистому внутрибрюшному способу, съ той разницей, что культю онъ сводитъ на *minimum* ²⁾. По этому методу *Fritsch'a* оперируетъ *Price* ³⁾; онъ приводитъ 111 случаевъ, не сообщая болѣе точныхъ данныхъ. *Löhlein* ⁴⁾ тоже высказывается за этотъ методъ.

Нѣсколько своеобразнѣе методъ *Chrobosc'a* ⁵⁾; онъ обращаетъ главное вниманіе на тщательную дезинфекцію рукава и шейки матки. Затѣмъ, послѣ перевязки широкихъ связокъ, дѣлаетъ изъ брюшины, покрывающей опухоль, два лоскута, передній и задній.

¹⁾ Sächzig Fälle von Laparomyotomie mit epikritischen Bemerkungen über die Methoden et cet. Sammlung klin. Vortr. № 339.

²⁾ Ueber intraperitoneal Stielversorgung nach Myotomie. Verh. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. XXI, 2.

³⁾ Philadelphia. The extraperitoneal et cet. The American Journ. of. Obstr. November, 1893.

⁴⁾ Gyn. Tagesfr. l. c.

⁵⁾ Central. f. Gyn. 1891, № 35.

но не одинаковой величины, а передній гораздо длиннѣе, чѣмъ задній. Перевязываются *art. uterinae*, накладываютъ эластическую лигатуру на шейку матки и отрѣзываютъ опухоль отъ шейки матки на 1 см. надъ сводами рукава, до уровня которыхъ отсепарованы доски.

Послѣ этого дѣлаютъ энергическое прижиганіе цервикальнаго канала аппаратомъ Покелена до такой степени, чтобы образовался довольно широкій каналъ, чрезъ который можно было бы провести полоску іодоформной марли; потомъ прижигаютъ всю поверхность разрѣза. Въ случаѣ кровотеченія изъ ножки, накладываютъ нѣсколько лигатуръ на каждую сторону культи, спереди назадъ, не захватывая канала шейки, чтобы онъ оставался открытымъ.

Проводятъ теперь полоску іодоформной марли чрезъ шейку въ рукавъ, покрываютъ, все зашиваемыми сверху, брюшинными доскутами. Но такъ какъ передній доскутъ представляется болѣе длиннымъ, чѣмъ задній, тошовъ перитонеальныхъ доскутовъ не совпадетъ съ отверстіемъ шейки, и это еще болѣе гарантируетъ брюшную полость отъ проникновенія въ нее веществъ изъ шейки; этому еще болѣе способствуетъ открытый каналъ шейки и дренированіе его іодоформной марлей.

Въ общемъ, слѣдовательно, способъ этотъ отличается отъ способа Шредера образованіемъ дренажа чрезъ шейку въ рукавъ и эксцентрическимъ расположеніемъ шва брюшины, вслѣдствіе неравномѣрности доскутовъ. Слѣдовательно, суть его состоитъ въ томъ, что культя сводится до minimum'a величины, не болѣе одного сант.; она остается безъ закрытія шейнаго канала; закрытіемъ неравномѣрныхъ брюшинныхъ листковъ, вся рана помещается внѣбрюшной полости, и здѣсь, кромѣ того, дана возможность одновременнаго дренажа въ рукавъ.

Почти такой же приемъ въ образованіи культи употреблялъ еще до Хробака Гофмейеръ, не выделяя его въ отдѣльный методъ ¹⁾. Самъ авторъ этого способа, Хробакъ, въ 18 случаяхъ, въ которыхъ онъ примѣнилъ его, получилъ 17 выздоровленій ²⁾. Гофмейеръ сдѣлалъ 11 случаевъ съ 5 смертями ³⁾. Iohannowsky ⁴⁾ сообщаетъ два случая міомотоміи и 3 случая кесарскаго сѣченія по Porro, которые протекли благопріятно при примѣненіи этого метода, несмотря на инфицированную шейку. По этому способу оперировать также Besselmann ⁵⁾. Rosthorn ⁶⁾ сообщаетъ 30 случаевъ фибротоміи, по Chrobak'у, съ 1 смертью.

По способу выкраиванія лоскутовъ, Rischelot до нѣкоторой степени подходитъ къ Chrobak'у; онъ сообщилъ на хирургическомъ конгрессѣ въ 1893 г. отчетъ объ 21 операциі съ 2 смертными исходами ⁷⁾.

Наконецъ, упомянемъ о послѣдней модификаціи, правда не очень удачной, Albert'a ⁸⁾; сущность его метода состоятъ въ томъ, что онъ не сшивалъ одинъ перитонеальный лоскутъ съ другимъ, а накрывалъ одинъ лоскутъ на другой; такъ напр., онъ задній лоскутъ накладывалъ на культию и прикрѣплялъ его къ передней

¹⁾ Verhandlung. des II deutsch. gynäkol. Congres. zu Halle, 1888, p. 144.

²⁾ Central. f. Gyn. 1893.

³⁾ Central. f. Gyn., 1893, № 48. Zur intraperitoneal. Stielversorg. bei Myomoperationen.

⁴⁾ Ein Beitrag zur Discussion über retroperit. Stielversorg. et cet. Archiv f. Gyn. 1892, p. 353.

⁵⁾ Beitrag zur retroperit. Stielversorg. nach Chrobak. Central. f. Gyn. 1891, p. 938.

⁶⁾ Wien. med. Woch., 1893, № 41 u 42.

⁷⁾ Boissin. l. c.

⁸⁾ Weitere Laparotomien wegen Uterusmyomen. Wien. med. Presse, 1891, № 41 u 42. Referat im Jahresbericht et cet. 1892, p. 710.

поверхности культи, а потомъ, сверхъ этого, накладывали передній лоскутъ и пришивали къ задней поверхности культи и, такимъ образомъ, разобщать, по его мнѣнію, полость брюшную полость отъ культи, покрывая эту последнюю двойнымъ слоемъ перитонеальныхъ лоскутовъ ¹⁾. Нераціональность этого метода состоитъ въ соединеніи не серозныхъ поверхностей другъ съ другомъ, а окровавленной поверхности одного лоскута съ серозною поверхностью другого. Первый случай былъ неуспѣшенъ.

Этимъ мы и закончимъ разсмотрѣніе последней группы модификацій обработки ножки при удаленіи фиброміомъ матки чрезъсѣченіемъ.

Относительно этой последней группы нужно сказать, что всѣ они представляютъ типъ смѣшаннаго метода, переходный етапъ отъ внѣбрюшиннаго къ внутривъбрюшному; въ основѣ всѣхъ ихъ положена идея воспользоваться преимуществами того и другого и свести, сколько возможно, на мінімумъ ихъ недостатки. Отсюда ясна и оцѣнка этихъ способовъ. Обработкой ножки, по способу Предера, стремились нейтрализовать недостатки внѣбрюшиннаго метода, старались избѣчь етапъ необходимой мортификаціи ножки и продолжительнаго етапъ очищенія, и еще болѣе продолжительнаго рубцеванія брюшной воронки; а вшиваніемъ, такъ обработанной культи, въ нижній уголъ брюшной раны, имѣли въ виду воспользоваться достоинствами внѣбрюшиннаго метода, удаляя шейку — эту наиболѣе частую причину неудачъ — изъ брюшной полости. И дѣйствительно, эти модификаціи въ рукахъ отдѣльныхъ гинекологовъ дали превосходные результаты, приближающіе эту операцію по успѣшности, по $\frac{0}{0}$ выздоровленій, къ операціи ова-

¹⁾ Eine neue Modification d. Stumpfversorg. et cet. Wien. med. Presse, 1892, p. 1161. Referat im Jahresbericht. 1893, p. 563.

ріотоміи ¹⁾. Но съ другой стороны, эти модификаціи не лишены двухъ крупныхъ недостатковъ вѣбрюшиннаго метода; это,—иногда довольно долго продолжающееся, нагноеніе въ брюшной воронкѣ, сопровождающееся отхожденіемъ лигатуръ и, что еще важнѣе,—послѣдовательное образованіе брюшныхъ грыжъ. Фричъ, напр., говоритъ ²⁾, что ему часто приходилось, спустя 3—4 года послѣ операціи, удалять кюреткой лигатуры изъ длинныхъ каналовъ, въ 10—15 см. глубиной. Образованіе-же брюшныхъ грыжъ совершенно понятно вслѣдствіе атрофіи, вшитой въ брюшную рану культи онухоли, т. е. шейки матки.

Способъ Хробака, вѣрный по идеѣ, очень хорошъ по результатамъ, но представляетъ много трудностей при выполненіи. При немъ приходится работать у самаго дна малаго таза, образовывать брюшинные лоскуты, основаніе которыхъ должно доходить до самыхъ сводовъ рукава; обработка ножки, которая остается не больше 1 см. величиной, пришиваніе передняго лоскута къ задней сторонѣ культи, когда приходится работать въ самой глубинѣ задняго дугласова пространства, — все это представляетъ извѣстныя, иногда довольно значительныя, техническія трудности.

И самъ авторъ въ послѣднее время оставилъ свой методъ и перешолъ къ полной экстирпаціи матки, что явилось только логическимъ послѣдствіемъ дальнѣйшаго развитія идеи его метода. Способъ Albert'a, какъ противорѣчащій основнымъ требованіямъ хирургической техники, не заслуживаетъ подражанія.

Если только что разсмотрѣнная модификація способовъ прикрѣпленія ножки, вшиваніемъ ея въ нижній

¹⁾ Rischelot l. c. Mangiagalli l. c.

²⁾ Bericht über die gyn. Operat. l. c.

уголъ брюшной раны,— скорѣе относится къ внѣбрюшинному методу и, пожалуй, съ полнымъ правомъ признается за видоизмѣненіе внѣбрюшиннаго способа, то методъ, къ разсмотрѣнію котораго сейчасъ перейдемъ, и по которому мы производимъ операцію *hysteromyometomy*, принадлежитъ, въ истинномъ смыслѣ слова, къ модификаціямъ классическаго внутрибрюшиннаго метода. Этотъ методъ заимствованъ мною у профессора Московскаго Университета, Владиміра Θεодоровича Снегирева. Онъ примѣнилъ способъ внутрибрюшинной обработки ножки, независимо отъ Шредера, въ первый разъ въ 1881 году, въ іюнѣ мѣсяцѣ, при удаленіи интерстиціальной фибромы матки чрезосѣченіемъ; больная здравствуетъ до сихъ поръ. Этотъ способъ, съ небольшими усовершенствованіями техники, проф. Снегиревъ употреблялъ до послѣдняго времени; теперь онъ перешолъ, при удаленіи фибромъ, къ методу полной экстирпаціи матки по способу Douen'a, о чемъ ниже я скажу нѣсколько словъ.

Способъ, который я употребляю при удаленіи фибромъ матки въ настоящее время, и который во всемъ сходенъ съ методомъ проф. Снегирева, состоитъ въ слѣдующемъ. До операціи—дезинфекція рукава и вазначеніе среднихъ солей и *magisterii Bismuti*. Самая лапаротомія производится по обыкновеннымъ способамъ, причемъ, по разрѣзѣ живота на достаточномъ протяженіи, фиброма захватывается щипцами Мюзо и выводится изъ брюшной полости. Засимъ, первое отклоненіе отъ общепринятыхъ способовъ, — это отсутствіе эластической лигатуры. Проф. Снегиревъ давно отбросилъ ее, я-же никогда не примѣнялъ ея. Въ этомъ отношеніи нельзя не согласиться съ Fritsch'емъ, который, въ только-что опубликованномъ своемъ новомъ методѣ препараторнаго удаленія фибромъ матки, въ противо-

положность громадному большинству современных гинекологов, также отбросилъ эластическую лигатуру и мало того, — отмѣчаетъ при примѣненіи ея цѣлый рядъ неудобствъ. Мы выше уже отмѣчали, что такъ называемый, новый методъ проф. Фрича есть только необходимое слѣдствіе удаленія эластической лигатуры. Мы, повторяю, съ самаго начала оперировали по этимъ препараторнымъ, т. е. обыкновеннымъ хирургическимъ приемамъ, не создавая изъ этого отдѣльнаго метода.

Дѣйствительно, эластическая лигатура при своемъ сжиманіи совершенно измѣняетъ анатомическія отношенія тканей; осмотръ стянутой и перерѣзанной культи, какъ справедливо говоритъ Фричъ ¹⁾, становится невозможнымъ; самый правильный при этомъ приемъ — это развертываніе ткани, подробный осмотръ раны. Затѣмъ, продолжаетъ Фричъ, и съ нимъ вполне нужно согласиться, остановка кровотеченія наложеніемъ эластической лигатуры очень часто невѣрная, ибо, стянутые и втягивающіеся послѣ перерѣзки внутрь культи, сосуды не видны, и ихъ трудно обколотъ. Отсюда понятно, что приходится накладывать массу лишнихъ лигатуръ на культю, послѣ снятія эластическаго жгута. Случается, продолжаетъ далѣе Фричъ, что эластическая лигатура соскальзываетъ съ конической культи; поэтому ее иногда приходилось пришивать къ культѣ. Нерѣдко бываетъ, что *art. uterinae* выскальзываютъ изъ эластической лигатуры, оставаясь незамѣченными; послѣ же зашиванія и снятія эластическаго жгута, происходитъ внезапно значительная подперитонеальная гематома; тогда приходится снова открыть шовъ, отыскать и обколотъ артерію. Это разъ и случилось у Фрича при примѣненіи вѣбрюшиннаго метода. Поэтому проф.

¹⁾ Bericht et cet. l. c.

Фричъ отбрасываетъ эластическую лигатуру при миомотоміяхъ, при Кесарскомъ сѣченіи, при операціи Pottgo, также при энуклеаціи фибромъ; онъ считаетъ вообще эластическую лигатуру ненужной и скорѣе вредной, чѣмъ полезной.

Проф. Снегиревъ справедливо отмѣчаетъ всегда при операціи, что разъ матка отдѣлена отъ сросшеній и вынута изъ полости живота, то снабженіе ея кровью происходитъ, главнѣйшимъ образомъ, изъ внутреннихъ сѣменныхъ и, во-вторыхъ, изъ маточныхъ артерій и венъ. Разъ гарантировавъ себя отъ кровотеченій перевязкой этихъ сосудовъ, можно смѣло отнимать пораженную фибромами матку, не боясь кровотеченій; если оно и наблюдается, то большею частью возвратное изъ отнимаемой части матки; если же и встрѣчается кровотеченіе изъ той или другой небольшой вѣточки, то, при отдѣленіи фибромы, оно сейчасъ же и перевязывается.

Затѣмъ,—слѣдующій моментъ операціи состоитъ въ перевязкѣ *plexus ramificatus* и широкихъ связокъ, которыя сейчасъ же и перерѣзаются, послѣ наложенія длинныхъ зажимовъ на удаляемую часть широкихъ связокъ, для избѣжанія загрязненія поля операціи возвратнымъ кровотеченіемъ. Потомъ переходятъ къ обкалыванію маточныхъ артерій съ той и другой стороны. Послѣ перевязки сосудовъ начинаютъ выкраивать два лоскута воронки—передній и задній, и удаляютъ фиброму. Иногда, при неудачномъ обкалываніи *art. uterin.* приходилось накладывать нѣсколько добавочныхъ лигатуръ, а иногда, что прежде случалось чаще, производилось наложеніе двухъ боковыхъ лигатуръ на культю по Кохеру. Послѣ удаленія фибромы вмѣстѣ съ тѣломъ матки трехъугольнымъ вырѣзываніемъ изъ ножки, воронка культи, насколько возможно, углублялась вырѣзываніемъ ткани шейки. Вскрытый каналъ шейки дезин-

фецировался прижиганіемъ 10% растворомъ карболовой кислоты, и затѣмъ воронка зашивалась многоэтажнымъ, а теперь одноэтажнымъ швомъ, съ заворачиваніемъ перитонеальныхъ концовъ лоскутовъ внутрь воронки. Культю растянутыхъ широкихъ связокъ большею частью удается дублировать соединеніемъ ихъ раненыхъ поверхностей по длинѣ, большею частью однимъ или двумя швами.

Дальнѣйшій ходъ операціи состоитъ въ пришиваніи такъ образованной культи матки и широкихъ связокъ къ пристѣлочной брюшинѣ нижняго угла раны; словомъ, производятъ гистеропексію культи матки и широкихъ связокъ. При этомъ накладываютъ три шва, два погруженныхъ изъ кэтгута, захватывающихъ культию той и другой широкой маточной связки и пристѣлочную брюшину съ мышечнымъ слоемъ съ той и другой стороны брюшной раны, гдѣ они и завязываются. Третій шовъ, или тоже погруженный изъ кэтгута, или шелковый, захватывающій обѣ стѣнки брюшной раны цѣлкомъ, а также и дно культи. Этотъ шелковый шовъ завязывается на брюшныхъ покровахъ, и послѣ этого вся брюшная рана зашивается наглухо глубокими и поверхностными швами. Дренажъ вставлялся или не вставлялся, смотря по индивидуальности случая и по ходу предшествовавшихъ операцій. Резюмирую въ двухъ словахъ сущность этого метода: Шредеровская обработка ножки и послѣдовательная *ventrofixatio* культи къ брюшнымъ покровамъ.

Принимая въ расчетъ характеристическія особенности этого метода и проводя слишкомъ очевидную аналогію этого способа съ *hysteropexiëй*, нужно отнести этотъ способъ къ лучшимъ модификаціямъ внутрибрюшиннаго метода. Слѣдуя современному обычаю фиксировать методъ соответственнымъ названіемъ и перебирая другія модификаціи, — ретроперитонеальный Хро-

бака, интрапаріетальные Wölfler'a и Hacker'a, Fritsch'a, Kelly, Sängner'a и проч., я бы предложилъ, съ согласія автора этого метода, назвать его „ретропаріетальнымъ методомъ Снегирева“.

Преимущества этого способа слишкомъ очевидны, чтобы объ нихъ нужно было много распространяться.

Фиксированіемъ линіи швовъ культи къ пристѣлочной брюшинѣ, изолируется инфекція изъ культи, отъ остальной брюшной полости. И дѣйствительно, въ первое время мы часто наблюдали послѣдовательное нагноеніе въ одномъ или двухъ брюшныхъ швахъ, особенно въ фиксирующемъ дно культи, съ послѣдовательнымъ отхожденіемъ 1 — 2 — 3-хъ лигатуръ. Хотя это представлялось всегда непріятнымъ явленіемъ, которое, впрочемъ, никогда не мѣшало, даже чернорабочимъ больнымъ, заниматься своимъ трудомъ; съ другой стороны, это явленіе въ то-же время указывало на довольно вѣрную гарантію этого метода противъ инфекціоннаго зараженія всей брюшины. Но съ тѣхъ поръ, какъ оставили шелковыя лигатуры на культю ножки и перешли къ катгуту, этого нагноенія въ швахъ не происходило; только въ области фиксирующаго дно культи шва все-таки наблюдался нерѣдко маленькій абсцессъ, какъ это наблюдается иногда и при hysterorhex'ии; но чрезъ этотъ маленькій абсцессъ никакихъ лигатуръ не отдѣлялось, и онъ, замѣчаемый при снятіи швовъ, быстро заживалъ.

Что касается послѣдовательныхъ брюшныхъ грыжъ, то онѣ развиваются здѣсь нечаще, чѣмъ при всѣхъ операціяхъ со вскрытіемъ живота, чѣмъ напр., при овариотоміяхъ, когда, при обычныхъ методахъ брюшного шва, въ нѣкоторыхъ случаяхъ не происходитъ срастанія прямыхъ брюшныхъ мышцъ, съ послѣдовательнымъ ихъ расхожденіемъ.

Точно также этотъ методъ представляетъ довольно большую гарантію противъ послѣдовательнаго кровотеченія. Подшиваніемъ культи матки и широкихъ связокъ къ пристѣлочной брюшинѣ, сосуды этихъ органовъ вытягиваются; а какое значеніе имѣетъ это на кровотеченіе, знаетъ всякій, кому приходилось дѣлать экстирпацию матки *per vaginam*. Затѣмъ, брюшныя стѣнки, къ которымъ притянута культи матки и широкихъ связокъ, дѣйствуетъ своимъ давленіемъ, какъ самый надежный тампонъ, закрывающій, именно, линію швовъ.

Затѣмъ, къ преимуществамъ этого способа нужно прибавить еще слѣдующее обстоятельство. При классическомъ внутрибрюшинномъ способѣ, въ брюшную полость опускается остатокъ матки, зашитый швами. При наклонности брюшины изолировать все постороння тѣла сращеніями сосѣднихъ органовъ, когда культи матки опускается въ брюшную полость, когда она отдается всемъ случайностямъ своего положенія въ брюшной полости, она весьма часто служитъ мѣстомъ приращенія сосѣднихъ органовъ, въ лучшемъ случаѣ — сальника, въ худшемъ — петель кишокъ. Въ послѣднемъ случаѣ легко можетъ произойти перегибъ кишокъ около мѣста приращенія, съ послѣдующими явленіями *ileus'a*. И дѣйствительно, въ большихъ статистикахъ большинства авторовъ мы часто встрѣчаемъ это осложненіе, подтвержденное вскрытіями. Бреннеке ¹⁾ точно также отмѣчаетъ это часто встрѣчающееся осложненіе и, вмѣстѣ съ Valt-hard'омъ ²⁾ предлагаетъ при ляпароміомэктоміяхъ, вмѣсто „сухой асептики“, примѣнять, особенно при долго продолжающихся операціяхъ, „влажную асептику“, въ видѣ компрессовъ, сильно пропитанныхъ асептическимъ фізіологическимъ растворомъ поваренной соли. Вмѣсто

¹⁾ Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., Band XXVIII, H. 2, S. 279. 1894.

²⁾ Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1893, Jahrg. 23, refer. ibidem.

того, чтобы при погружении ножки, неимѣющей никакого физиологическаго значенія для больной, предоставлять ее всѣмъ случайностямъ въ брюшной полости, — уже а priori является мысль лучше фиксировать ее, особенно въ линіи пуповъ. Въ этомъ отношеніи, если гистеропексія имѣетъ терапевтическое значеніе для ретродевіацій матки, то примѣняемый нами такой же методъ при обработкѣ ножки, послѣ фиброміотоміи, имѣетъ еще болѣе вѣское значеніе здѣсь.

Затѣмъ я приведу 11 исторій болѣзни больныхъ, у которыхъ мною произведена *hysteromyomectomy* по поводу фибромъ тѣла матки. Большая часть представляла тѣ или другія осложненія, такъ что операціи были не изъ особенно легкихъ. Отмѣчу здѣсь особенно одинъ случай, въ которомъ одновременно съ фибромой матки существовала *salpingo-oophoritis purulenta septica*, съ громадными приращеніями. Это тяжелое осложненіе, стоившее цѣлою жизни больной, развилось отъ недостаточно асептического примѣненія внутриматочной электризаціи.

Привожу эти исторіи болѣзни.

№ 1.

№ прием. жур. 7805. Е. П., кр. Каляз. у., 40 л., кухарка. Поступ. въ Старо-Екат. больн. 5 ноября 1891 г. *Fibromyoma uteri multiplex. Hysterotomia supravaginalis.* Оперир. 14 янв. 1892 г. Выпис. 14 марта 1892 г.

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 18 лѣтъ, установились не сразу, по 7 дней, чрезъ 3 недѣли; послѣ замуж. типъ регулъ не измѣнился. 3 родовъ, послѣднія—12 лѣтъ наз., послѣ нихъ febr. puerper. 1 мѣс., послѣ того menorrhag. и бѣли.

Status praesens.

Средняго тѣлосложенія и питанія, блѣдность видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Въ органахъ пищеваренія ничего особеннаго не замѣчается. Органы дыханія и кровообращенія нормальны. Въ мочевыхъ органахъ и нервной системѣ ничего особеннаго. Рѣдкія схваткообразныя боли въ животѣ, поясницѣ и ногахъ, особенно при регулахъ. Матка въ антеверсіи и шейка далеко въ заднемъ сводѣ; въ переднемъ сводѣ увеличенное тѣло матки; отъ задней поверхности его непосредственно отходитъ опухоль, которая поднимается вверхъ и влѣво пальца на 4 выше симфиза, такъ что вся опухоль величиною съ дѣтскую головку. Наружные половые органы не представляютъ ничего особеннаго. Въ продолженіи 2¹/₂ мѣсяц. больная почти постоянно страдала кровотеченіями. Въ виду этого 14 янв. 1892 г. сдѣлана операція.

Операція и послѣоперационное теченіе.

Матка оказалась покрытой фиброматозными буграми, величиною съ голову взрослого челов. Она захвачена въ днѣ щипцами Мюзо и затѣмъ, *безъ наложенія эластич. лигатуры*, перевязаны съ той и другой стороны plexus rampriniiformis, широкія связки и art. uterin. Затѣмъ все тѣло матки конусомъ внизъ было отнято отъ шейки. Воронка шейки, послѣ прижиганія ея канала 10% раств. acid. carb., была зашита въ 2 яруса съ загибаніемъ брюшныхъ листковъ внутрь раны. Затѣмъ зашитая шейка была подшита къ брюшинѣ нижняго конца раны и брюшная полость наглухо зашита. Операція продолжалась менѣе часа.

Послѣ операціи t° только одинъ разъ былъ 39°, однажды 38,6 остальное все время была норм. Пульсъ первую недѣлю колебался между 110 и 90; а со второй недѣли были колебанія между 90 и 80. Послѣ снятія швовъ, въ нижнемъ лѣвѣ образовалось нагноеніе. 14 марта больная отпущена здоровой.

№ 2.

№ 8865. Е. К., кр. Горбатовск. у., 40 лѣтъ, изъ деревни. Поступ. въ Старо-Екат. больн. 14 дек. 1891 г. Fibromyoma uteri subseros. Fibrotomia. Опериров. 2 января 1892 г. Выпис. 7 февраля 1892 года.

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 16 лѣтъ, по 7 дней, черезъ 3 нед., установились сразу. Послѣ замужества типъ регулъ не измѣнился. 6 родовъ, послѣднія—8 лѣтъ наз., ригрег. норм.; выкидышей не было. 2 года назадъ замѣтила опухоль въ правой половинѣ живота, которая стала быстро расти. 3 мѣсяца назадъ въ провинціи былъ сдѣланъ проколъ живота, полученная жидкость, по словамъ больной, была не густая.

Status praesens.

Средн. тѣлосложеніе и питанія. Окраска кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ нормальна. Животъ значительно увеличенъ, особенно въ лѣвой сторонѣ, пупочное кольцо сглажено. На всей поверхности опухоли туной звукъ, начиналъ на 6 пальцевъ выше пупка. Поясничныя области даютъ тимпаническій звукъ. Въ животѣ прощупывается твердая опухоль, безъ рѣзкихъ отдѣльныхъ бугровъ, подвижная во всѣхъ направленіяхъ, выходитъ изъ малаго таза. Размѣры живота: окруж. чрезъ пупокъ 106 см., это же и самый большой размѣръ живота. Отъ позвоночника до пупка справа и слѣва 53, отъ symph. до scrobic. cord. 47, отъ scrobic. до пупка $23\frac{1}{2}$, отъ sp. ant. sup. до пупка справа и слѣва 28. Матка—retropositio et lateroversio d., движенія матки опухоли не передаются, а обратно—очень мало.

Операция и послѣоперационное теченіе.

Въ виду этихъ данныхъ была поставлена діагностика на кистому яичника. 2 янв. сдѣлана лапаротомія, —обнаружилась тѣсноватая опухоль, крѣпко сросшаяся съ передними брюшными покровами. Съ большимъ трудомъ опухоль была отдѣлена отъ приетѣночи. брюшины, но еще пришлось два раза увеличить брюшную разрѣзь, чтобы добраться до верхушки приросшей опухоли. Верхній конецъ разрѣза находился на среднѣ между пупкомъ и scrobic. cord. Изъ этого разрѣза была отдѣлена опухоль отъ сращеній съ кишками и сальникомъ, очень богатыхъ сосудами и потребовавшихъ большія количества перевязокъ. Ножка опухоли оказалась очень короткой, около, около $1\frac{1}{2}$ сант. длины и въ палецъ толщины. Ножка отходила какъ разъ отъ середины дна матки; она перевязана въ 3 пучка. Въ ножкѣ сдѣлана воронка, которая и зашита съ заворачиваніемъ брюшинныхъ покрововъ внутрь. Брюшные швы.

Опухоль оказалась студенистой отекшей фибромой, однообразного слизистого вида въ разрѣзѣ; соединительно-тканныя петли ея были пропитаны серозной жидкостью; консистенція представлялась тѣстоватой, палецъ легко проникалъ въ существо ткани опухоли. При разрѣзѣ, изъ опухоли вытекла масса отечной серозной жидкости; опухоль = 20 фун. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась отекшей фибромой. Послѣ операціи t° одинъ только разъ = 37,7, все время была нормальна. Черезъ 5 1/2 недѣль больная выписалась здоровой.

№ 3.

№ 2234. Е. А., крест. Княгининскаго у., 28 лѣтъ, кухарка. Поступила въ Старо-Екатерин. больницу 24 марта 1892 г. Опериров. 4 мая. Выздоровѣла. *Fibroma uteri hysterotomia supravaginalis.*

А н а м н е з ъ.

Регулы появились на 17 году, установились сразу, по 5 дней, черезъ 3 недѣли, безъ боли. Послѣ замужества типъ регулъ не измѣнился. 6 родовъ, послѣднія около 2 лѣтъ назадъ. Больной считаетъ себя 7 мѣсяцевъ, когда появились боли въ животѣ, meno—и metrorrhagiae.

Status praesens.

Средняго тѣлосложенія и питанія, анемична. Въ органахъ пищеваренія,—пониженный аппетитъ, небольшія гастрическія явленія послѣ принятія пищи. Наклонность къ запорамъ. Въ органахъ дыханія, кромѣ одышки при быстрыхъ движеніяхъ, ничего особеннаго. Въ органахъ кровообращенія,—небольшой анемическій шумъ, уменьшающійся при усиленномъ сердцебіеніи. Со стороны мочевыхъ органовъ замѣчается иногда задержка мочи и учащенное мочеиспусканіе.

Боли внизу живота, поясницѣ и бедрахъ. Матка увеличена до размѣровъ дѣтской головки, поверхность ея неправильная, бугристая, слегка болѣзненная. Т° нормальна. Наружные половые органы нормальны. Сдѣлано было 6 сеансовъ электризаціи постояннымъ токомъ, + въ матку,—на животъ, до 80 МА, но такіе (можетъ быть слабые) токи не остановили кровотеченія. Тогда черезъ 44 дня пребыванія больной въ больницѣ, 4 мая, ей была сдѣлана операція.

Операція и послѣоперационное теченіе.

Дно матки было захвачено щипцами Мюзо, перевязаны широкія связки съ обѣихъ сторонъ и art. uterinae. Матка вмѣстѣ съ фибромой была удалена клинообразнымъ вырѣзываніемъ. Полученная клинообразная культи была зашита шелковыми швами слѣва на право, съ заворачиваніемъ брюшинныхъ поверхностей внутрь. Затѣмъ вся культи однимъ глубокимъ швомъ была подшита къ пристѣпочной брюшинѣ нижняго угла раны.

Брюшная рана зашита на-глухо глубокими и поверхностными шелковыми швами.

Операція продолжалась 40 мин. Фиброма выходила изъ задней стѣнки матки и вдавалась въ видѣ опухоли, съ апельсинъ величиною, въ полость матки, какъ подслизистая фиброма на широкой ножкѣ. Вся фиброма, въ отличіе отъ стѣнки матки, была *темно-краснаго цвѣта и находилась въ состояніи сильнаго размяченія (отъ электризаціи?)*. Въ послѣоперационномъ періодѣ t° только разъ поднялась на 7-я сутки до 38,5, а держалась 37° съ долями. Въ уколѣ нижняго шва произошло нагноеніе. Больная легко выздоровѣла.

№ 4.

№ 3014. И. П. солдат. Волоколам. у., кухарка, 40 л. Поступила въ Ст. Екатер. б-цу 23 апр. 1892 г. Опериров. 4 мая, выздоровѣла Fibromyoma uteri multiplex subserosum.

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 16 лѣтъ, установились не сразу, по 3 — 4 дня, чрезъ 3 недѣли, безъ боли. Одни роды, 18 лѣтъ назадъ, регрег. нормаленъ. Съ годъ регулы стали ходить чаще и съ этого же времени больная замѣтила опухоль съ правой стороны низа живота, которая стала быстро расти и заняла и лѣвую сторону.

St a t u s p r a e s e n s.

Средняго тѣлосложенія и питанія. Окраска кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ блѣднѣе нормальнаго. Боли внизу живота, сильнѣе въ лѣвой сторонѣ.

Фиброма отходитъ сейчасъ же надъ внутреннимъ зѣвомъ ввидѣ гриба: одна половина фибромы находится въ правой сторонѣ большого таза, а другая въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, матка (по зондированіи) переходитъ въ правую опухоль. Кромѣ того, спереди фибромы, близъ мочевого пузыря, существуетъ 3-ій бугоръ. По поверхности опухоли вездѣ тупой звукъ. Флюктуаціи нѣтъ. Опухоль находится въ интимной связи съ маткой, ибо движенія шейки передаются опухоли и обратно. Паружные половые органы нормальны. Въ органахъ пищеваренія замѣчается небольшая склонность къ запорамъ. Въ органахъ дыханія и кровообращенія ничего особеннаго. Въ мочевыхъ органахъ учащенное мочеиспусканіе, но моча нормальна.

Операция и послѣоперационное теченіе.

4-го мая сдѣлана лянаротомія, при чемъ, по разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ, обнаружилась множественная, подсерозная фиброма матки. Она состояла изъ 3-хъ большихъ бугровъ, — передняго, на который вытягивался приросшій къ нему мочевой пузырь и состоялъ изъ массы мелкихъ бугровъ; другаго большаго, праваго и третьяго—боль-

шаго же, — задняго. Опухоль захвачена щипцами Мюзо, перевязаны широкія связки, трубы и связки яичниковъ съ обѣихъ сторонъ и *art. uterin.* Потомъ надрѣзанъ брюшинный покровъ на передней опухоли и брюшина, вмѣстѣ съ мочевымъ пузыремъ, отсеенарована отъ передней опухоли. Отсеиваніе было очень трудно, потому что передняя опухоль состояла изъ массы мелкихъ фибромъ. Затѣмъ захвачена задняя часть опухоли и, такимъ образомъ, вся фиброма извлечена изъ брюшной полости и удалена. Изъ культи была сдѣлана воронка, которая зашита шелковыми швами, съ заворачиваніемъ брюшиннаго покрова внутрь. Передъ зашиваніемъ, вскрытый каналъ шейки былъ прижженъ 10% растворомъ *acid. carbol.*, а брюшина, передн. Дуглас. простр. и отсеиванный мочевой пузырь были пристегнуты 2-мя шелковыми швами къ культѣ. Потомъ вся культи была пришита къ передней пристѣлочной брюшинѣ; въ заднее Дугласово пространство введенъ дренажъ. Брюшная полость промыта 0,6% раств. *natr. chlor.*, и брюшная рана зашита глубокими и поверхностными шелковыми швами. Операция продолжалась $1\frac{1}{4}$ часа.

Удаленная опухоль состояла изъ подсерозной множественной фибромы, расположенной спереди, справа и сзади матки, въ видѣ 3-хъ большихъ бугровъ, изъ которыхъ передній состоялъ изъ массы мелкихъ фибромъ.

Въ послѣоперационное время наблюдалось повторное повышение температуры отъ разлитого бронхита. Дренажъ вынутъ черезъ 2 недѣли. Затѣмъ, черезъ дренажное отверстіе отошло много лигатуръ и больная легко выздоровѣла.

№ 5.

№ 8331. Ф. Г., кр. Можайск. у., кухарка, 41 г. Поступила въ Ст. Екат. б-цу. Опериров. 24 ноября 1892 г. Выздоров. 14 янв. 1893 г. *Fibromyoma uteri multiplex. Hysterotomia supravaginalis.*

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 17 лѣтъ, установились сразу, по 4 дня, чрезъ 3 нед. Одни роды, ругр. норм. 3 года menorrhag. и бѣли, 2-й годъ dysuria и 2 мѣс. боли.

Status praesens.

Средняго тѣлосложенія и питанія. Наружные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Въ органахъ пищеваренія отмѣчается отрыжка, тошнота, запоры, геморроидальныя явленія. Въ органахъ дыханія и кровообращенія ничего ненормальнаго. Со стороны мочевыхъ органовъ небольшая dysuria. Въ нервной системѣ отмѣчаются головныя боли и плохой сонъ. Матка увеличена до головы взросло; увеличеніе начинается сейчасъ надъ сводами и распространяется больше на заднюю стѣнку.

Операція и послѣоперационное теченіе.

14-го января сдѣлана операція. Фиброма занимала главнымъ образомъ дно матки и отсюда вросла между листками широкихъ связокъ. Дно матки захвачено щипцами Мюзо, и перевязаны широкія связки съ обѣихъ сторонъ, особенно трудно съ лѣвой, и arter. uterin. Вся матка снята конусомъ, культи зашита съ заворачиваніемъ брюшинныхъ поверхностей внутрь и шейка подшита къ пристѣпочной брюшинѣ нижняго угла раны. Въ задн. Дуглас. простран. введенъ дренажъ и брюшная рана зашита. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣ операціи t° одинъ разъ была 38,9 и больше $1\frac{1}{2}$, недѣли по вечерамъ была 38 съ долями, а потомъ нормальна. Фиброма состояла изъ отдѣльныхъ кусковъ, совершенно измѣнившихъ направленіе канала матки. Больная выписалась здоровой.

№ 6.

№ 8558. А. Н., солд. Медынск. уѣзд., кухарка, 53 л. Поступ. въ Ст. Екат. б-цу 29 ноября 1892 г. Оперир. 7 января 1892 г. Выпис. 6 марта 1892 г. *Fibromyoma uteri. Hysterotomia supravaginalis.*

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 15 лѣтъ, установились сразу, по 3 дня, черезъ 3 недѣли, безъ боли. 7 родовъ, послѣднія—10 лѣтъ назадъ. Регулы нормальны, носятъ до сихъ поръ.

Status praesens.

Средняго тѣлослож., хорошаго питанія. Кожные покровы и слизистыя оболочки окрашены нормально. Со стороны органовъ пищеваренія—запоры. Въ органахъ дыханія и кровообращенія ничего особеннаго. Мочевые органы—учащенное мочеиспусканіе, но безъ боли; моча нормальна. Сонъ хорошій. Выпаденіе задней стѣнки рукава съ образованіемъ *rectocele*. Внизу живота опухоль, доходящая почти до пупка. При внутреннемъ изслѣдованіи опухоль прощупывается въ заднемъ сводѣ. Она выпяляется въ полость живота, въ правую сторону. При выпявленіи ея, изъ шейки матки выдѣляется масса бѣлыхъ.

Операція и послѣоперационное теченіе.

7-го января сдѣлана лапаротомія, причемъ, поразрѣзѣ брюшныхъ покрововъ, отъ пупка и не доходя на 2 пальца до *symph. os. pub.*, оказалась фиброма въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, помѣщавшаяся въ задней стѣнкѣ матки. Дно матки захвачено щипцами Мюзо и она извлечена изъ полости живота. Затѣмъ перевязаны *plexus ramplaniform.* широкія связки съ обѣихъ сторонъ до внутренняго маточнаго зѣва и *art.*

uterinae. После зацементирования длинными зажимами противоположных сторон широкой связки, матка была отнята воронкообразным вырезыванием тѣла изъ шейки; вскрытый каналъ шейки прижженъ 10% раствор. карболовой кислоты. З-хъ-угольная воронка защита спереди назадъ, съ заворачиваніемъ брюшиннаго покрова внутрь; заднее Дугласово пространство очищено отъ крови и въ него введенъ дренажъ. Культи матки шелковымъ швомъ, проходящимъ черезъ брюшные покровы съ той и другой стороны и черезъ заднюю поверхность культи, притянута къ пристѣлочной брюшинѣ и фиксирована здѣсь завязываніемъ шва. Остальная брюшная рана защита глубокими и поверхностными швами. Операция продолжалась около часа.

Извлеченная опухоль представляла тѣло матки съ значительно расширенною полостью, а сама фиброма находилась въ существѣ задней стѣнки. Фиброма, величиною съ большой апельсинъ, состояла изъ одного узла, окружена она рыхлой, соединительно-тканной капсулой, изъ которой легко вылучалась. Трубы не представляютъ ничего ненормальнаго; правый яичникъ представляетъ явленія мелко-кистознаго перерожденія, а лѣвый—явленія соединительно-тканнаго перерожденія.

Въ первые дни после операции были небольшія повышенія температуры не превышавшія 38°.

На 12 день швы сняты. Брюшная рана зажила *per prim. intent.* Больная безъ всякихъ осложнений выздоровѣла и 6-го марта была выписана.

№ 7.

№ 364. Е. Ц. жена артиста, 40 л. Поступила въ Ст. Екат. б-цу 13-го январ. 1893 г. *Fibromyoma ut. multiplex et salpingo-oophor. suppur. dupl. Hysterotomia supravaginalis et salpingo-oophorectomia duplex.*

А н а м н е з ъ .

Одни роды 17 лѣтъ назадъ, регрег. нормаленъ. Первая регулы на 15-мъ году, по 5 дней, черезъ 3 недѣли, безъ боли. Типъ регуль послѣ замужества не измѣнился. Больная больше года страдала сильными кровотечениями, отъ которыхъ раньше лѣчилась между прочимъ и внутриматочной электризаціей. Послѣ одного изъ сеансовъ, развились явленія сильного септического пельвиоперитонита, который повторялся нѣсколько разъ. Съ ними больная и поступила въ больницу.

Statu s p r a e s e n s .

Больная среднего тѣлосложенія, плохого питанія, истощенная, анемичная. Постоянная лихорадка съ вечерними повышеніями температуры. Органы пищеваренія: плохой аппетитъ, тошнота, частая рвота, боль подъ ложечкой послѣ принятія пищи. Животъ вздутъ, сильно болѣзненный въ обѣихъ подвздошныхъ областяхъ, боли перитоническія. Сильные запоры; тяжелыя геморроидальныя явленія. Мочевые органы: учащенное и сильно-болѣзненное мочеиспусканіе, частыя задержки мочи. Моча безъ бѣлка и сахара. Органы дыханія: кашель съ слизисто-гнойной мокротой. Въ легкихъ, -- разсѣянные, влажные, средніе, мелкопузырчатые хрипы, но измѣненія типа дыханія при выслушиваніи не замѣчается. Въ сердцѣ: почти постоянныя сердцебіенія, анемическіе шумы. Первая система: бессонница, жестокія головныя боли, сильное нервное расстройство. Небольшой отекъ въ ногахъ.

Въ полости живота опухоль, доходящая до пупка, бугристая, твердая, находящаяся въ непосредственной связи съ маткой. Постоянныя кровотечения. Кромѣ того съ боковъ матки, въ особенности съ правой стороны, находились отдѣльныя эластическія, очень болѣзненныя опухоли, съ кулакъ величиной (*pyosalpinx duplex*). Больная до операціи

все время страдала сильными болями въ животѣ, съ лихорадкой, доходившей до 38,1 по вечерамъ.

Операція и послѣоперационное теченіе.

Послѣ повторнаго пребыванія въ б-цѣ и настоятельной просьбы больной, сдѣлана лямаротомія, причемъ, по вскрытіи брюшныхъ покрововъ, больной придано было положеніе Тренделенбурга. Оказалось: значительно увеличенная матка и окруженные сращениями придатки. Матка захвачена щипцами Мюзо и, при оттягиваніи ея впередъ, обнаружилось совершенно зарощенное заднее Дуглас. пространство. Тогда приступлено было къ отдѣленію приращенныхъ кишекъ, причемъ при отдѣленіи одной петли отъ правой трубы, оторвалась часть стѣнки, покрытая гноемъ; а изъ вскрытой трубы начала выдѣляться ихорозно-гнойная, вонючая жидкость, загрязнявшая полость брюшины. Приступлено было къ отдѣленію сильно расширенной и наполненной гноемъ правой трубы, причемъ большинство сращеній передъ удаленіемъ пришлось перевязывать. Послѣ отдѣленія трубы пришлось удалять лежащій за трубой, увеличенный до яблока, правый яичникъ, причемъ изъ кистозной полости яичника, черезъ отверстіе правой трубы, выдѣлялся такой же ихорозный гной. Затѣмъ освобождено было отъ плоскостныхъ сращеній заднее Дуглас. простран. и тогда только возможна была перевязка праваго plex. ramipiform. и широкой связки. Съ лѣвой стороны яичникъ и труба были такъ окутаны сращениями, что, не смотря на увеличенный на 2 пальца выше пупка разрѣзъ живота, до лѣваго plex ramipiform. добраться было нельзя. Тогда перевязана была труба и широкая связка близъ матки и отдѣлены отъ нея. Такимъ путемъ, при постепенной перевязкѣ и отдѣленіи, была перевязана вся широкая связка; при этомъ, при одномъ разрѣзѣ появилось очень сильное кровотеченіе, остановленное зажимами и швомъ. Затѣмъ фиброма, вмѣстѣ съ правой

трубой и яичникомъ, удалена, кровотеченія никакого. Съ большимъ только трудомъ послѣ этого удалены лѣвый яичникъ и труба. Культи матки воронкообразно вырѣзана, и, послѣ прижиганія 10% растворомъ карболовой кислоты, зашита катгутовыми швами. Наложено было нѣсколько добавочныхъ швовъ на культю широкихъ связокъ. Брюшная полость нѣсколько разъ промыта соляной водой; въ заднее Дугласово пространство введенъ дренажъ. Зашита культи матки шелковымъ швомъ была подшита къ пристѣлочной брюшинѣ въ нижнемъ углу раны. Брюшная полость наполнена солянымъ растворомъ и зашита глубокими и поверхностными шелковыми швами.

Операция продолжалась 2 часа. Извлеченная опухоль представляла фиброму, величиною съ кулакъ, лежавшую интерстициально въ задней стѣнкѣ матки, ограниченную, окруженную сумкой; кромѣ того на маткѣ находились 2 подсерозныя фибромы, немного меньше грецкого орѣха. Полость матки была расширена, обѣ трубы значительно увеличены и наполнены ихорознымъ гноемъ (*pyosalpinx dupl.*). Въ правомъ яичникѣ, кромѣ нѣсколькихъ мелкихъ кистъ, наполненныхъ свѣтлымъ содержимымъ, находится большая полость, величиною съ яблоко, наполненная ихорознымъ гноемъ и находящаяся въ сообщеніи съ правой трубой. Лѣвый яичникъ увеличенъ почти втрое и содержитъ массу поряdochныхъ кистъ, наполненныхъ свѣтлымъ содержимымъ.

Первые дни послѣ операции у больной были очень сильныя боли, слабость, пульсъ 120. Присоединилась постоянная, мучительная икота. Температура повышена, доходить до 38,8. Больная немного оправилась послѣ операции, но по вечерамъ все таки была повышенная температура, которая, впрочемъ, одинъ только разъ достигла до 38,6°; нѣкоторые дни была нормальная. Больная поправлялась очень плохо, хотя и сидѣла немного въ постели. Начиная съ 4-й

недѣли начала жаловаться на боли въ лѣвой сторонѣ живота, около пупка, гдѣ прощупывалось затвердѣніе, съ яблоко величиною. Въ виду повышенія температуры здѣсь былъ заподозрѣнъ абсцессъ и мы намѣрены были сдѣлать вторичную операцію вскрытія абсцесса, какъ вдругъ, на 6-й недѣлѣ послѣ операціи, появилось сильное кровотеченіе черезъ дренажъ въ нижнемъ углу раны, и больная быстро умерла.

При вскрытіи оказалась общая сильная анэмія, ограниченный абсцессъ въ лѣвой половинѣ живота, между сальникомъ и кишками. Кровоизліяніе въ полости малаго таза.

№ 8.

№ 3321. В. П. З. дочь почетн. гражд., 48 л., пнявка. Поступ. въ рожное отдѣленіе Ст. Екатер. б-цы 3 мая 1893 г. По окончаніи рожистаго воспаленія, переведена въ гинекологическое отдѣленіе. Опериров. 30 мая 1893 г. Умерла 1 іюня 1893 г. *Fibromyoma uteri multiplex. Hysterotomia supravaginalis.*

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 13 лѣтъ, установились сразу, по 7 дней, чрезъ 3 недѣли, безъ боли. *Virgo intacta.* Съ марта замѣтила опухоль внизу живота. Страдала сильными кровотечениями.

Status praesens.

Средняго тѣлосложенія, плохого питанія, истощенная, анэмичная. Въ органахъ пищеваренія—отрыжка, тошнота, иногда рвота. Наклонность къ запорамъ. Довольно значительная *dysuria*, моча безъ бѣлка. Въ органахъ дыханія и кровообращенія ничего особеннаго. Внизу живота твердая бугристая опухоль, распространяющаяся больше въ лѣвую сторону; опухоль совершенно неподвижная; помѣщается она

спереди матки, флюктуациі въ ней нѣтъ. Небольшое кровотеченіе.

Операція и послѣоперационное теченіе.

30 мая сдѣлана лапаротомія, причемъ, по вскрытіи брюшныхъ покрововъ, оказалась, пронизанная буграми, увеличенная матка, безъ всякихъ сращеній съ окружающими органами. Были перевязаны широкія связки и *art. uterin.*, причемъ удалены трубы и яичники. Фиброма удалена воронкообразнымъ вырѣзываніемъ тѣла изъ шейки, шейка зашита катгутовымъ швомъ и фиксирована, равно какъ и культя широкихъ связокъ, къ переднимъ брюшнымъ стѣнкамъ къ нижнему углу раны. Операція продолжалась $\frac{1}{2}$ часа.

Удаленная матка представляла массу фибромъ различной величины, заложенныхъ въ самой стѣнкѣ матки, то ближе къ брюшинѣ, то къ слизистой оболочкѣ матки.

На слѣдующій день послѣ операціи t° утромъ была 38,5, вечер. 40; очень частая рвота, боли въ животѣ, пульсъ удовлетворительный; на 2-й день 39,6 $^{\circ}$, частыя срыгиванія, вздутіе подъ ложечкой, довольно сильныя боли въ животѣ, пульсъ очень частъ и плохъ. Больная умерла при явленіяхъ перитонита. Произведенная прозекторомъ больницы д-ромъ Болли *diagnosis anatomia* показала *peritonitis septica diffusa*. (Рана брюшныхъ покрововъ въ хорошемъ состояніи. Между брюшиной, сшитой надъ оставшейся культей и этой послѣдней, образовалась полость, наполненная жидкимъ, коричневатымъ гноемъ. Такимъ же гноемъ пронизаны швы, притягивающіе культю къ передней брюшной стѣнкѣ, а также и ткани послѣдней въ области *mont. veneris*. Между кишками фунта 3 жидкаго гноя. Вся брюшина сильно инъецирована. Сердце крайне дрябло). *Degeneratio adiposa myocardii, renum et hepatis* (Печень равномернаго, желтоватаго цвѣта, пронизанная красными полосками и пятнами,

вычайно дрябла. Она очень напоминает по виду картину острой желтой атрофии — *hepatitis acuta parenchymatosa*).
Tumor lienis acutus. Sanguinis dissolutio.

Pyo-septicaemia.

№ 9.

№ 3353. В. Е. дочь отставн. фельдфебеля, 35 л., безъ занятія. Поступила въ Ст. Екат. б-цу 4-го мая 1893 г. Оперирована 11-го мая 1893 г. Выписана 28 июня 1893 г.
Fibromyoma uteri multiplex. Amputatio uteri supravaginalis.

А н а м н е з ь.

Регулы съ 14 лѣтъ, установились сразу, по 5—6 дней, черезъ 4 недѣли. *Sterilitas*. Года 3 замѣтила опухоль въ животѣ, которая за послѣдній годъ начала усиленно расти.

S t a t u s p r a e s e n s .

Средняго тѣлосложенія, плохого питанія, анѣмична. Въ органахъ пищеваженія замѣчается наклонность къ запорамъ. Иногда тошнота послѣ принятія пищи и боль подъ ложечкой. Въ органахъ дыханія и кровообращенія ничего особеннаго, моча безъ бѣлка. Плохой сонъ и *nervositas*. Внизу живота опухоль, доходящая до пупка, бугристая, подвижная, лежитъ впереди симфиза, находится въ непосредственной связи съ маткой. Наружные половые органы нормальны.

Операція и послѣопераціонное теченіе.

11 мая сдѣлана лянаротомія, причемъ въ полости живота оказалась фиброміома матки. Опухоль захвачена щипцами Мюзо, перевязаны съ обѣихъ сторонъ широкія связки вмѣстѣ съ яичниками и трубами и *art. uterin.* и фиброма удалена воронкообразнымъ вырѣзываніемъ изъ шейки. Ка-

наль ея прижженъ 0⁰/₁₀₀ растворомъ *acidi carbolici*. Культиа зашита катгутовыми швами и прикрѣплена къ пристѣлочной брюшинѣ. Брюшная полость наглухо зашита глубокими и поверхностными швами. Операція продолжалась 40 минутъ.

Вынутая опухоль представляла множественную фиброму матки, росшую больше по направленію къ брюшной полости.

Послѣоперационный періодъ протекъ хорошо, т⁰ нѣсколько разъ поднималась до 38, остальное время была нормальная и 28 іюня больная выписалась здоровой.

№ 10.

№ 8020. А. С., кр. Гжатск. у., 32 л., чулочница. Поступила въ Стар. Екатер. больницу 13-го ноября 1893 г. Оперирована 27-го ноября 1893 г., умерла 4-го декабря 1893 г. *Fibromyoma uteri multiplex. Hysterotomia supravaginalis.*

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 17 лѣтъ, установились сразу, безъ боли, чрезъ 3 недѣли, по 6 дней, сильно. 5 лѣтъ назадъ появились боли въ поясницѣ, и припадки давленія на прямую кишку съ упорными, часто неуступавшими обыкновеннымъ слабительнымъ, запорами; сильная *dysmenorrhoea*.

Status praesens.

Средняго тѣлосложенія и питанія, блѣдна. Въ органахъ пищеваренія замѣчается плохой аппетитъ и запоры. Мочевые органы: учащенное мочеиспусканіе, безъ боли. Органы дыханія: кашель съ небольшимъ количествомъ слизистогнойной мокроты. Въ легкихъ—разсѣянные влажные хрипы. Въ органахъ кровообращенія и нервной системѣ—ничего особеннаго. При внутреннемъ изслѣдованіи: коническая

шейка, дно матки увеличено, ретрофлексировано, твердо, въ видѣ опухоли, съ апельсиннѣ величиною. На передней поверхности матки, сейчасъ-же надъ внутреннимъ зѣвомъ, находятся 2 фиброзныхъ узла. Зондированіе матки показало, что она почти нормальной величины, а предполагаемое сзади дно есть фиброзная опухоль, спереди которой и лежитъ матка. Т^о норм.

Операція и послѣоперационное теченіе.

27-го ноября сдѣлана лапаротомія; причемъ, по разрѣзѣ брюшинныхъ покрововъ, оказалась фиброма, сидящая на задней стѣнкѣ матки и опущенная глубоко въ заднее Дугласово пространство. Фиброма захвачена щипцами Мюзо и вытянута кверху; но благодаря глубокому положенію ея въ Дугласовомъ пространствѣ, матка мало вытягивалась вверхъ, не смотря на положеніе Треиденбургга, и перевязка *plexus ramificans* была очень трудна. Перевязаны были широкія связки съ обѣихъ сторонъ, *art. uterinae*, и матка отнята на уровнѣ внутренняго маточнаго зѣва. Двѣ маленькія фибромы въ самой шейкѣ вылучены тупымъ путемъ. Доже этихъ фибромъ защита постояннымъ швомъ изъ катгута. Культы широкихъ связокъ дублированы; культы матки защита съ заворачиваніемъ перитонеального покрова внутрь и все подшито къ пристѣлочной брюшинѣ, къ нижнему углу раны.

Брюшная полость наглухо защита. Операція продолжалась 1³/₄ часа.

Внутая матка представляла одну большую фиброму, съ большой апельсиннѣ величиною, сидящую въ существѣ задней стѣнки матки, и двѣ, больше грецкаго орѣха. Первые 6 дней послѣ операціи больная чувствовала себя удовлетворительно, t^о по вечерамъ доходила до 38 съ долями. На

6 день вечеромъ 39,6, сильное вздутіе подложечной области, рвоты не было. Послѣ слабительнаго не слабило и газовъ не отдѣлялось. Животъ вздулся до maximum, конечности похолодѣли, синеватаго цвѣта, пульсъ едва прощупывается. Сдѣлано выкачиваніе желудка, причемъ выдѣлилось небольшое количество темнокоричневой жидкости. Затѣмъ сдѣланы высокія клизмы, около 5 вливаній. Послѣ этого вышло небольшое количество форменныхъ испражнений и газовъ.

Вечеромъ больная умерла.

Diagnosis anatomica. Вскрытіе, произведенное прозекторомъ больницы, докторомъ Колли показало: *S. Romanum* при перегибѣ черезъ promontorium прихваченъ старой спайкой, идущей къ соесит. Вышележащая часть кишки свѣжими спайками притянута къ лонному сочлененію. Вслѣдствіе рѣзкаго перегиба кишки образовалась задержка кала. Кишки сильно вздуты, покрыты фибринознымъ налетомъ. Петли ихъ отчасти склеены между собой. Въ полости брюшины грязно-бурая, вонючая жидкость.

Peritonitis septica diffusa cum strangulatione S. Romanum. Emphysema pulmonum. Offuscatio parenchymatosa hepatis. Hyperplasia pulpaе lienalis.

№ 11.

№ 953. Е. Н., Моск. мѣщ., 47 л., зан. домашн. хозяйств. Поступила въ Стар.—Екат. больницу 4 февраля 1894 г. Оперирована 23 февр. 1894 г. Выписалась 8-го апрѣля 1894 г. *Fibromyoma uteri multiplex. Hysterotomia supravaginalis.*

А н а м н е з ъ.

Регулы съ 16 лѣтъ, установились сразу, по 5 дней, черезъ 3 недѣли, несильно, безъ боли.

5 родовъ, послѣднія—18 лѣтъ назадъ. Лѣтъ 5 крови стали ходить сильнѣе, иногда сгустками, и по 7 дней. Въ промежуткахъ сильныя бѣли. Годъ тому назадъ лечилась въ Старо-Екатерин. больницѣ электричествомъ.

Status praesens.

Средняго тѣлосложенія и питанія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки очень блѣдны. Въ органахъ пищеваренія—наклонность къ запорамъ. Въ органахъ дыханія—незначительный сухой кашель. При выслушиваніи—въ легкихъ разсѣянные, сухіе хрипы. Въ органахъ кровообращенія—тоны сердца глуховаты, сосуды жестки; страдаетъ частыми сердцебиеніями. Мочевые органы: небольшое учащеніе мочеиспусканія. Въ нервной системѣ: по временамъ головныя боли и головокруженія. Сонъ плоховать, *nervositas*. Въ животѣ опухоль, лежащая больше въ правой сторонѣ низа живота, верхняя граница на палецъ заходитъ за пупочную линію. Опухоль бугристая, безболѣзненная, подвижная во всѣ стороны. Движенія непосредственно передаются шейкѣ матки. Полость матки 11 см. Пери—и параметріи свободны. Моча безъ бѣлка. Въ остальныхъ органахъ все нормально.

Операція и послѣоперационное теченіе.

23 февраля сдѣлана лапаротомія, причемъ, по вскрытіи, брюшныхъ покрововъ, оказалась фиброміома матки. Дно ея захвачено щипцами Мюзо и она извлечена изъ живота. Перевязаны были *plexus rampliniformis* и широкія связки съ обѣихъ сторонъ и, въ виду сильнаго расширенія венъ, сдѣлана была повторная перевязка, а также *art. uterin.* Затѣмъ фиброма клинообразнымъ вырѣзываніемъ удалена и культи, послѣ прижиганія канала матки 10% раствор. карболов. кисл., была зашита многоэтажнымъ непрерывнымъ швомъ изъ кэтгута. Культи матки и широкихъ связокъ

были подшиты къ пристѣночной брюшинѣ нижняго угла раны. Въ заднее Дугласово пространство былъ введенъ дренажъ и брюшная полость зашита. Операция продолжалась 1 часъ. Вынутая матка представляла одну большую фиброму, съ большой кулакъ величиною въ задней стѣнкѣ, съ большое яблоко въ передней, и нѣсколько мелкихъ. Послѣ-операционный періодъ протекъ безъ осложнений, и больная выписалась 8 апрѣля совершенно здоровой.

Затѣмъ, для болѣе нагляднаго обзора, я расположу свои случаи въ таблицы, съ тѣмъ, чтобы присоединить къ нимъ табличный отчетъ о 90 случаяхъ надвлагалищной гистеротоміи, произведенныхъ проф. В. Ф. Снегиревымъ по тому же способу, въ періодъ времени отъ Сентября 1890 года до Апрѣля 1894 года. Въ этой послѣдней таблицѣ помѣщены случаи, въ которыхъ иногда превалирующее значеніе имѣли громадныя опухоли яичниковъ; но, по удаленіи кистомъ, въ виду одновременнаго существованія фиброміомъ матки, производилась за одинъ разъ и суправлагинальная ампутація матки, съ послѣдовательной обработкой ножки по ретронаріетальному методу, и потому эти случаи съ полнымъ правомъ зарегистрированы сюда-же.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продол- житель- ность ея
1	Е. П., кр., 40 лѣтъ.	3	Fibromyoma uteri mul- tiplex.	14-го января 1892 г.	1/2 часа.
2	Е. В., кр., 40 лѣтъ.	6	Fibromyoma uteri sub- serosum.	2-го января 1892 г.	—
3	Е. А., кр., 28 лѣтъ.	6	Fibromyoma uteri.	4 го мая 1892 г.	40 мин.
4	И. П., солд., 40 л.	1	Fibromyoma uteri subse- rosum multiplex.	4-го мая 1892 г.	1 1/4 час.
5	Ф. Г., крест., 41 год.	1	Fibromyoma uteri mul- tiplex.	14-го января 1893 г.	40 мин.

	Течение операций, осложнения.	Дре- нажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послѣоперацион- ный періодъ.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена фиброма матки, велич. съ голову взрослого.	Нѣтъ.	Выздоровѣ- ла 14 марта 1892 г.		Т° одинъ разъ была 39, однажды 38,6, остальное время нормальная.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена фиброма, вѣсомъ въ 20 ф., отекшая, одно- образнаго слизистаго вида въ разрѣзѣ. Распространен- ное приращеніе къ передней брюшной стѣнкѣ, сальнику и кишкамъ.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 7-го февраля 1892 г.		Т° только разъ пос- лѣ операций была 37,7, во все осталь- ное время норм.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена фиброміома, вы- ходящая изъ задней стѣнки матки, велич. съ апельсинъ.	Нѣтъ.	Выздоровѣла		Т° на 7-е сутки поднялась вечеромъ до 38,5, остальное время нормальн.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена фиброміома, со- стоящая изъ 3 большихъ бугровъ, изъ которыхъ пе- редній состоялъ изъ массы мелкихъ фибромъ. Отсена- рованіе приросшаго мочева- го пузыря отъ фибромы.	Да.	Выздоровѣла		Bronchitis diffusa, съ повторными по- вышеніями темпе- ратуры.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена фиброміома мат- ки, занимавшая, главнымъ образомъ, дно ея и вросшая въ листки широкихъ связокъ.	Да.	Выздоровѣла		Послѣ операции, т° одинъ разъ была 38,9, больше 1 1/2 небѣли по вечерамъ 38 съ долями, а потомъ нормальна.

№ №	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.	Продол- житель- ность ея.
6	А. П., солд., 53 л.	7	Fibromyoma uteri.	7 января 1893 г.	1 часъ.
7	Е. А. Ц., жена арти- ста, 40 л.	1	Fibromyoma uteri et sal- pingo-oophoritis purulenta duplex.	9 апрѣля 1893 г.	2 часа.
8	В. П., дочь дьячка, 48 л.	Virgo in- tacta.	Fibromyoma uteri multi- plex.	30 мая 1893 г.	$\frac{1}{2}$ часа.
9	А. В., дочь отставн. фельдфеб., 35 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri.	11-го мая 1893 г.	40 мин.

	Течение операций, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послеоперационный періодъ.
	<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Удалена фибромиома матки, находившаяся въ сущестѣ задней стѣнки ея, величиною съ апельсинъ.	Да.	Выздоровѣла 6-го марта 1893 г.		Послѣ операции нѣсколько разъ было повышеііе t°, не выше 38,3, остальное время норм.
	<i>Hysterotomia supravaginalis et salpingo-ooforectomia duplex.</i> Удалена фибромиома, величиною съ кулакъ, помѣщавшаяся интерстиціально въ задней стѣнкѣ матки и нѣсколько подсерозныхъ, меньше грецкаго орѣха. Громадныя приращенія. Разрывъ гнойныхъ мѣшковъ съ изліяніемъ гноя въ брюшную полость.	Да.	Умерла на 6-й недѣлѣ послѣ операции.	Abscess. peritonei et haemorrhagia interna.	Боли въ лѣвой сторонѣ живота и пищевическая лихорадка.
	<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Удаленное тѣло матки содержало массу фибромъ различной величины, заложенныхъ въ самой стѣнкѣ матки.	Нѣтъ.	Умерла на 3-й день послѣ операции отъ септического перитонита.	Peritonitis septica.	Явленія острого перитонита.
	<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Удалена фибромиома матки, росшая больше по направленію къ брюшной полости.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 28-го іюня 1893 г.		Нѣсколько разъ значительныя повышеііа t° по вечерамъ; въ остальномъ теченіе нормально.

№ №	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продол- житель- ность ея
10	А. С., вѣст., 32 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multi- plex.	27-го ноября 1893 г.	1 $\frac{3}{4}$ часа.
11	Е. И., мѣщ., 47 л.	5	Fibromyoma uteri multi- plex.	23-го февраля 1894 г.	1 часъ.
12	О. А. М., дочь под- поруч., 44 л.	Virgo in- tacta.	Fibromyoma uteri multi- plex.	22-го декабря 1890 г.	1 часъ.
13	П. А. мѣщ. 25 л.	1	Fibromyoma uteri.	15-го февраля 1891 г.	

Течение операции, осложнения.	Дренажъ	Исходъ	Дашняя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена одна фиброма, величиною съ большой апельсинъ, сидѣвшая въ существѣ задней стѣнки матки, и 2 больше грецкого орѣха; послѣ вылушен. послѣднихъ, ложе ихъ закрыто швами.	Нѣтъ.	Умерла отъ ущемленія кишекъ, въ слѣдствіе старыхъ перитоническихкихъ тяжей.		На 6 й день явленія непроходимости кишекъ и послѣдствительнаго перитонита.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Въ маткѣ находилась одна большая фиброма, съ большой кулакъ величиною; въ задней стѣнкѣ ея, другая, съ большое яблоко, въ передней, нѣсколько мелкихъ.	Да.	Выздоровленіе.		Безъ осложнений.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена опухоль, состоявшая изъ одной большой фибромы, наполнявшей всю брюшную полость; другой, меньшей, выполнявшей всю полость малого таза, и массы мелкихъ.	Да.	Умерла 25-го декабря 1890 г.	Intoxicatio iodiformis.	У больной на 3-й день послѣ операции появилось поднятiе T° , полубезсознательное состояніе и бредъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена подслизистая фиброміома, величиною съ апельсинъ, на широкомъ основаніи.	Да.	Выздоровѣла 7-го апрѣля 1891 г.		T° одинъ разъ на 3 й день послѣ операции 38.

№ №	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.
14	С. Б., потомствен. почетн. гражд., 33 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri.	17-го мая 1891 г.
15	Е. М. В., двор., 30 л.	Virgo in- tacta.	Fibromyoma uteri.	19-го сентября. 1891 г.
16	А. Я. С., кр., 36 л.	1	Fibromyoma uteri. Опу- холь въ полости таза въ 2 кулака, на 2 пальца не доходить до пупка.	21-го октября. 1891 г.
17	У. Л., мѣщ., 28 л.	Sterilitas.	Fibroma uteri multiplex, на 2 пальца заходить за пупокъ, неправильной формы.	30-го октября. 1891 г.

Течение операций, осложнения	Дренажъ.	Исходъ.	Давныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена фиброміома, сидѣвшая на днѣ и передней поверхности матки. Она оказалась наполненной яйцевыми оболочками и плодомъ, около 2—2½ мѣсяцъ.	Да.	Выздоровѣла 7-го іюля 1891 г.		Т° нѣсколько разъ 38. Другихъ осложненийъ никакихъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена фиброма 10 ф. вѣсомъ изъ правой широкой связки. Удалены яичники, трубы и тѣло матки. Фиксація культи къ пристѣлочной брюшинѣ.	Да.	Выздоровѣла 22-го окт.		Т° одинъ разъ была 38,5; небольшое нагноеніе въ нижнемъ углу раны.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена <i>fibroma subseroso-interstitiale</i>.	Да.	Выздоровѣла 29 ноября.		Одинъ разъ т° 38,8.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена вся матка до шейки. Въ маткѣ оказались 2 большихъ фибромы 2 помельше, 10 мелкихъ и одна въ полости, въ 6½ ф. вѣса.	Да.	Выздоровѣла 7-го декабря		На 13-й день, при перемѣнѣ повязки, 2 поверхностныхъ шва разошлись. Выписалась съ небольшою грануляціонною поверхностью.

№№	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.
18	С. И. Т., двор., 47 л.	7	Fibromyoma uteri. Опухоль въ животъ до пупка.	31 окт. 1892 г.
19	Ю. И. С., жена присяжн. повѣрен., 41 г.	Sterilitas.	Fibroma uteri multiplex. Опухоль простирается до пупка. Полость матки 11 сант. Замѣтила опухоль 8 лѣтъ назадъ.	3 ноября 1892 г.
20	М. С., кр., 40 л.	1	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль до пупка; слѣва, на 2 пальца выше пупка, бугристая. Замѣтила опухоль 3 года назадъ.	13 ноября 1892 г.

Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена интерстиціальная фиброма 4 ф. вѣсомъ; опухоль при вскрытіи живота походила очень на беременную матку по своему цвѣту, положенію и формѣ; дифференцировать можно было только по расположенію трубъ, которыя отходили не отъ вершины опухоли, а отъ роговъ матки внизу опухоли.	Да.	Выздоровѣла 8-го декабря 1890 г.		3 раза t° 37,8.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная фиброміома матки съ ея тѣломъ, трубами и яичниками. Приращенія къ тонкимъ кишкамъ и ad rectum: іодоформный тампонъ въ задн. Дугласово простр.	Да.	Выпис. 27 ноября 1890 г.		Безъ лихорадки.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная субсерозно - интерстиціальная міома матки, 4½ ф., вмѣстѣ съ маткой и придатками. Приращенія къ мочевому пузырю и кишкамъ.	Да.	Выпис. 4 дек. 1890 г.		Первые 4 дня t° по вечерамъ 38.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.
21	А. Д. Г., кр., 35 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль до пупка, бугроватая, слегка подвижная.	22 ноября 1890 г.
22	Е. А. А., кр., 33 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль заходить на 4 поперечныхъ пальца за пупокъ. Замѣтила 6 лѣтъ назадъ.	3 декабря 1890 г.
23	Е. Д. О. Ф., моск. мѣщ., 38 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri. Опухоль до пупка, подвижная, замѣтила 15 лѣтъ назадъ.	4 декабря 1889 г.
24	А. В. Б., двор., 40 л.	5	Fibromyoma uteri. Опухоль на 3 пальца выше лобка. Замѣтила годъ тому назадъ. Припадки dysurici.	24 января 1890 г.

Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная субсерозная и отчасти интерстиціальная фиброміома матки вмѣстѣ съ маткой и ея придатками.	Да.	Выпис. 6 января. 1891 г.		Первые 9 дней лихорадочное состояніе постоянного типа, съ высшей температурой на 7-й день 39,5°. Въ остальные дни отъ 38 до 39.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная субсерозная и интерстиціальная фиброміома матки вмѣстѣ съ маткой и ея придатками. Въ правой широкой связкѣ интралигаментозная фибром. Приращенія къ сальнику и кишкамъ; небольшой асцитъ.	Да.	Выпис. 7 января. 1891 г.		Т° 3 раза поднималась до 38.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена опухоль съ головоу взрослого человѣка вмѣстѣ съ маткой, яичниками и трубами.	Да.	Выпис. 10 января. 1890 г.		3 раза т° 38,1, на 6-й день мажикальное состояніе до 20-го дня, на 14-й день сорвала повязку.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена матка вмѣстѣ съ придатками и опухолью, помѣщавшеюся въ лѣвой широкой связкѣ.	Да.	Выпис. 20 февраля. 1890 г.		Одинъ разъ т° 38,3.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операціи.
25	Э. И. А., земск. фельд-шерца, 38 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex. Бугристая, твердая опухоль, слабо подвижная, занимающая весь тазъ. Замѣтила опухоль $\frac{1}{2}$ г. тому назадъ.	30 января 1890 г.
26	Е. И. К., мѣщ., 44 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri. Опухоль на 3 поперечныхъ пальца ниже scrobis. sigoidis, съ боковъ отъ подреберій, плотная, подвижная въ бока. Замѣтила 2 года назадъ.	1 февраля 1890 г.
27	Л. И. К., двор., 42 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль на $1\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца выше пупка, малоподвижная. Сильныя кровотеченія.	21 февраля 1890 г.

Течение операций, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послеоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная фиброміома съ голову 5-ти лѣтняго ребенка вмѣстѣ съ маткой и придатками.	Да.	Выписал. 6 марта. 1890 г.		На 9-й день сняты швы, на 12-й день при перевязи оказалось, что швы разошлись, петли кишокъ выпали наружу. Они были вправлены и вновь наложены швы. Сняты на 24-й день. Первые 12 дней сильная лихорадка.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена интерстициальная фиброміома въ 10 ф. вмѣстѣ съ маткой и придатками.	Да.	Выпис. 1 марта 1890 г.		На 2-й день т° 38,1 съ 19-го по 22-й день небольшая лихорадка до 38,3 вечеромъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена кавернозная множественная, подслизистая интерстициальная фиброма вмѣстѣ съ маткой и придатками.	Да.	Смерть. 24 февр.	При вскрытіи бурая атрофія сердца. Перитонитъ. Кро- вотечение изъ культи около 1½ стакана. Метеоризмъ; скоп- пленія лигатуръ не обнаружено.	Т° во всѣ 4 дня до смерти не повышалась выше 37,1, но пульсъ былъ 120—130. Первые 2 дня сильная слабость, на 4-й возбужденное состоя- ніе до смерти.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.
28	А. А. кр., 38 л.	Sterilitas.	Fibromioma uteri multiplex. Опухоль, состоящая изъ 3-хъ сегментовъ, начинается на 5 пальцевъ выше пупка, справа отъ подреберья, а слева на 4 пальца ниже его. Замѣтила 6 лѣтъ назадъ. Сильныя боли и кровотеченія.	9 марта 1890 г.
29	М. Н. Б., жѣщ., 33 л.	1	Fibromyoma uteri. Опухоль замѣтила 2 г. назадъ. Лѣчилась электричествомъ и массажемъ. Опухоль плотная, слегка бугристая, безъ признаковъ флюктуацин; средней линіи границы ея на 4 пальца выше пупка, по сосковымъ линіямъ на палецъ не доходя до подреберій.	20 апрѣля 1890 г.
30	Н. Щ., двор., 43 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. При ощупываніи бугристая, плотная, слабо - подвижная. Занимаетъ задній и оба боковыхъ свода, въ интимной связи съ маткой. Сильныя кровотеченія. Замѣтила большая опухоль 1 г. 2 м.; лѣчилась подкожн. инъекціями эрготины и горячими припудриваніями.	19 апрѣля 1891 г.

	Течение операций, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперацион. періодъ.
	<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная фиброма въ 10 фунт., съ маткой и придатками. <i>Руо-salpinx dextra</i>, труба, растянутая гноемъ, лоциула во время операций. Опухоль сращена съ тазовой брюшиной, кишками и сальникомъ.	2 др., одинъ сквозной, другой въ брюш. стѣн., а другой въ брюш. полост.	Смерть черезъ 11 часовъ послѣ операции.	При вскрытіи, кромѣ небольш. сгустковъ крови среди поля операции, ничего особеннаго.	Больная была безъ пульса, сознание затемнено, $t^{\circ} 37,5^{\circ}$.
	<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена отечная фиброма безъ приращеній виѣтъ съ маткой и ея придатками. Культи подшита къ передней брюшной стѣнкѣ.	Да.	Выпис. 22 мая 1890 г.		На 9-й день сняты швы; оказался абсцессъ въ брюш. стѣнкахъ. На 24-й день выпутъ дренажъ. Первые 12 дней послѣ операции было небольшое лихорадочное состояніе съ вечерними подъемами t° до 38° , на 5-й день $39,1$, на 7-й $38,9$. Съ 12-го дня норм.
	<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена опухоль, $\frac{3}{4}$ ф. вѣс., безъ приращеній, множественная фиброміома матки виѣтъ съ маткой и ея придатками.	Да.	Выпис. 22 мая 1891 г.		Съ 3-го дня послѣ операции до 15-го лихорадочное состояніе съ наивысшимъ подъемомъ $t^{\circ} 39,3^{\circ}$.

№ №	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.
31	Г. Г. Д., кр., 30 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri Замѣти- ла 9 мѣс. назадъ.	21 января 1891 г.
32	С. Г. Б., мѣщ., 32 л.	8	Fibromyoma uteri Замѣ- тила 1 $\frac{1}{2}$ года назадъ. Опухоль выходитъ изъ полости таза на 4 по- перечныхъ пальца надъ лобкомъ, очень плотной консистенціи, болѣзнен- ная, малоподвижная.	8 февраля 1891 г.
33	А. К., мѣщ., 39 л.	1	Fibromyoma uteri. Замѣ- тила 3 года назадъ.	30 апрѣля 1891 г.

Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена фиброміома, 2$\frac{1}{2}$ ф. вѣсомъ, вмѣстѣ съ маткой и ея придатками. Шейка пришита къ переднимъ брюшнымъ стѣнкамъ.	Да.	Выпис. 29 февраля 1891 г.		На 3-й день вечеромъ t° 38,0. Въ остальное время нормальная.
Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена фиброма матки величиною въ 1$\frac{1}{2}$ кулака. Опухоль была приращена къ кишкамъ и къ брюшникъ сзади. При удаленіи матки изъ полости ея вылилось гнойное содержимое съ дурнымъ запахомъ. Проведенъ сквозной дренажъ во влагалище.	Да.	Выпис. 28 марта 1891 г. (съ сквознымъ дренажемъ).		5 сутокъ послѣ операции небольшое лихорадочное состояніе, съ повышеніемъ вечерней t° до 38, только на 2-е сутки 38,2.
Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена фиброміома, съ голову 3-хъ лѣтняго ребенка, вмѣстѣ съ маткой и ея придатками. Правая труба была наполнена гноемъ, соотвѣтствующій яичникъ приращенъ къ тазовой брюшникъ и кистозно-перерожденъ. Труба во время операции лопнула. Культи пришита къ углу раны живота.	Да.	Выпис. 18 мая 1891 г.		Безъ лихорадки.

№ №.	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.
34	З. Ш., жѣщ., 32 л.	5	Fibromyoma uteri multiplex. Замѣтила опухоль года 3 назадъ. Лѣчилась электричествомъ, послѣ чего опухоль уменьшилась, но черезъ мѣсяць сдѣлалось сильное кровотечение, послѣ повторялось. Опухоль поднимается изъ полости малого таза до пупка, она плотна, эластична, слабодольчатая.	9 марта 1891 г.
35	Е. И. М., дух. зв., 43 лѣтъ.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri. Замѣтила $\frac{1}{2}$ года назадъ. Опухоль выходитъ изъ полости таза и заходитъ за пупокъ на 2 поперечныхъ пальца.	18 марта 1891 г.

Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная субсерозная интерстициальная фибромиома матки, вмѣстѣ съ маткой, до уровня внутренняго ея отверстия и фаллопиевой трубой съ яичникомъ съ правой стороны; съ лѣвой стороны яичникъ не найденъ (атрофированъ). Культи пришиты къ передней брюшной стѣнкѣ.	Да.	Выпис. 7 апр. 1891 г.		Съ 5-го дня послѣ операциинебольшое лихорадочное состояніе, съ вечерними подъемами не выше 38.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена фибромиома матки, велич. съ голову взрослого челоуѣка, вмѣстѣ съ придатками матки, на уровнѣ ея внутрен. отверстия. Изслѣдованіе опухоли показало: вѣсъ $23\frac{1}{4}$ ф., въ разрѣзѣ она оказалась мелко-кистозно перерожденной. Микроскопическое изслѣдованіе показало: <i>fibrosarcoma uteri interstitiale et subserosum lymphoateicum</i>, съ трансудатомъ между кѣлочными элементами.	Да.	Выпис. 23 апр. 1891 г.		На 2-я и 3 сутки вечерняя t^o была 38; остальное время нормальная.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.
36	П. Д. Д., солд., 40 л.	1	Fibromyoma uteri multiplex. 11 лѣтъ назадъ замѣтила опухоль въ животѣ съ куриное яйцо, которое въ 6 лѣтъ выросла до пупка. Лѣчилась тогда индуктивнымъ токомъ. Опухоль уменьшилась, потомъ опять стала увеличиваться. Сильныя кровотеченія. Опухоль плотная, слегка болѣзненная, крупно-бугристая, болѣе подвижна слѣва направо, чѣмъ сверху внизъ.	29 марта 1891 г.
37	Е. П. О., ж. капитана, 42 л.	4	Fibromyoma uteri. Больная страдала сильными кровотеченіями.	25 сентября 1891 г.

Течение операций, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная фиброміома матки съ тѣломъ послѣдней, трубами и яичниками. Маточная культи пришта къ передней брюшной стѣнкѣ. Приращенія къ сальнику и тазовой брюшинѣ. Въ трубахъ оказался гной (<i>pyosalpinx.</i>).	Да.	Умерла 31 1891 г.	При вскрытіи найдено: <i>obesitas, degeneratio cordis adiposa, peritonitis fibrosa incipiens.</i>	Т° не поднималась выше 37,7. Пульсъ слабый. Послѣ операции боль въ животѣ и области сердца. Все время была рвота съ каловымъ запахомъ, вздутіе живота. Сердцебиеніе, одышка. На 2-я сутки упадокъ силъ, легкій ціанозъ. Предположено, что произошла обструкция кишки. Поэтому сдѣлано раскрытіе раны, и обследованъ кишечникъ, причемъ найдено приращеніе одной петли кишки къ культѣ съ лѣвой стороны. Послѣ этого отошло небольшое количество газовъ и фекальныхъ массъ, но вздутіе живота появилось снова, и больная въ концѣ 2 сутокъ умерла. Первые 3-и сутокъ повышеніе t° по вечерамъ до 38.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена вмѣстѣ съ маткой и ея придатками, интерстиціальная фиброміома въ 20 ф. вѣсомъ, съ начавшимся распадомъ и жировымъ перерожденіемъ ея.	Да.	Выпис. 24 окт. 1891 г.		

№ №	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операци.
38	М. П. Т., мѣщ., 38 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri. Опухоль очень болѣзненная, мало- подвижная, плотная, не- равномѣрн. немного ме- нѣ кулака.	28 ноября 1891 г.
39	В. Н. У., дочь священ., 46 л.	Virgointacta.	Fibromyoma uteri. Очень плотная, гладкая, небу- ристая и состоитъ безъ болѣзненная опухоль.	7 октября 1891 г.

Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Удалены подсерозная фибромиома матки и опухоль праваго яичника. При удаленіи послѣдней и разрывѣ сращеній, опухоль прорвалась, изъ нея вышелъ гной. Изслѣдованіе препарата: множественная киста праваго яичника съ нагноеніемъ, <i>Fibroma multplex subserosum sarcomatos.</i>	Да (сквозной).	Смерть 2 дек. 1891 г.	<i>Peritonitis fibrinosa purulenta. Anaemia.</i>	На 2-й день утромъ t° 37,7, вечеромъ 38,4, въ остальное время норма. Все время слабость, тошнота и рвота. Умерла на 4-й день, при явленіяхъ упадка силъ и сердечной дѣятельности.
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Удалена фибромиома матки, величиною съ голову взрослого человека, 5 ф. вѣс. вмѣстѣ съ маткой и ея придатками, было сильное кровотеченіе изъ лѣваго <i>plexus ramificatus</i>, который былъ сдавленъ опухолью, и доступъ къ нему былъ труденъ.	Да.	Выпис. 18 ноября 1891 г.		Первые 10 дней небольшое лихорадочное состояніе, наивысшая t° на 6-й день вечер. 39,5 и на 7-й д. утр. 39,0. До 18 дня была нормальная t° . Съ 18-го опять поднялась, наивысшая на 21 д. 39,0. Съ 22-го была нормальная.

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операци.
40	Л. М. Б., духовн. зв. 32 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль выходитъ изъ полости малого таза; она мелкобугриста, плотна, доходить своимъ верхнимъ бугромъ до пупка. Значительно подвижна вправо и мало—влево; вверхъ, внизъ и впереди подвижность ограничена.	21 января 1892 г.
41	И. А., кр., 52 л.	10	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль достигаетъ до пупка; плотна, малочувствительна и малоподвижна.	24-го января 1892 г.
42	Р. И. Н., двор. 38 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Летъ 5 замѣтила опухоль. Матка выдается надъ лобкомъ на 3.	10 февраля 1892 г.

Течение операции, осложнения.	Дре- пажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперацион- ный періодъ.
<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Удалена субсерозно - ин- терстиціальная, множествен- ная фиброміома матки, ве- личиною въ дѣтскую голов- ку, безъ приращеній.	Нѣтъ.	Выписалась 16-го февр. 1892 г.		Безъ лихорадки.
<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Удалена опухоль, исхо- дившая изъ задней стѣнки матки, величиной въ голову взрослага чловѣка (<i>Cysto- fibroma multiplex</i>). Яичники оставлены. Приращенія бы- ли къ сальнику, кишкамъ и пузырю. Во время операциі мышечный и серозный по- кровы пузыря были пора- нены и зашиты непрерыв- нымъ швомъ.	Нѣтъ.	Выписалась 25 февраля 1892 г.		Первые 3 дня послѣ операциі t° по вечерамъ была 38. Съ 4-го дня нормальная; на 6 д. вечеромъ 38, и затѣмъ все время нормальная.
<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Удалена множественная фиброміома матки, величи- ною въ дѣтскую голову, вмѣстѣ съ маткой и при- датками.	Да.	Выписалась 4-го апрѣля 1892 г.		На 2 день утр. и на 5 д. вечер. повышеніе t° до 38. Во все осталь- ное время нормаль- ная t°.

№ №	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.
43	Е. П. Ф., двор., 40 л.	1	Fibromyoma uteri multiplex. 15 лѣтъ назадъ замѣтила въ животѣ на-рость, велич. съ орѣхъ, который продолжаетъ ро-сти. Опухоль эластиче-ская, бугристая, подвиж-ная, нечувствительная, достигающая до пупка.	21 февраля 1892 г.
44	О. Н. Б., двор., 44 л.	5	Fibromyoma uteri. Опу-холь въ животѣ замѣ-тила съ годъ. Страдаетъ кровотечениями. Опухоль выдается надъ лобкомъ пальца на 3; она въ два кулака величиною, пегубристая, нечувстви-тельная, выходящая изъ шейного канала.	26 февраля 1892 г.
45	Л. П. В., вдова чиновн., 44 л.	1	Fibromyoma uteri multi-plex. Опухоль замѣтила 17 лѣтъ назадъ, величи-ною съ апельсинъ; она уве-личивалась постепенно. Опухоль плотная, бугри-стая, неболезненная, под-вижная, выходить изъ полости малого таза.	3-го марта 1892 г.
46	В. Е. Т., мѣщ., 25 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri. Опу-холь гладкая, подвижная, на 3 пальца надъ лоб-комъ.	13-го марта 1892 г.

	Течение операций, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія	Послеоперационный періодъ.
1	<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная, интерстициальная и субсерозная фибромиома матки, величиною въ голову взрослого человека. Прирощений не было.	Да.	Выписалась 4-го апрѣля 1892 г.		Первые 3 дня послѣ операции небольшое лихорадочное состояніе съ наивысшимъ повышеніемъ t°—38,5.
	<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена фибромиома, которая выросла изъ задней стѣнки матки, задней ея губы. Часть опухоли спускавшаяся во влагалище, удалена черезъ влагалище.	Да.	Выпис. 27 марта съ небольшимъ свищемъ въ брюш. стѣнкѣ, сообщающимся съ влагалищемъ		Безъ лихорадки.
	<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная фибромиома матки, немного менѣе головы взрослого человека.	Да.	Выпис. 27 апр. 1892 г.		На второй день утромъ и вечеромъ t° была 38 и на 8 д. вечеромъ 38. Во все остальное время лихорадки не было.
	<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена fibromyoma uteri interstitiale et subseros., величиною, вмѣстѣ съ маткой, болѣе кулака взрослого человека. Прирощений не было.	Да.	Умерла 14 марта.	Отъ внутр. кров. въ брюшн. пол. изъ лѣв. plexus рампіи. При отсутствіи какихъ либо воспалительн. проц. на брюш., какъ показ. вскрытіе.	Больная умерла къ слѣдующему утру при явленіяхъ внутреннего кровотечения.

№№	Имя и возрастъ	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.
47	А. Ф. Д., мѣщ., 40 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль бугристая, подвижная, малочувствительная. Слѣва и сзади отъ этой опухоли прощупывается другая, съ ясной флюктуацией.	19-го марта 1892 г.
48	А. К. Ж., мѣщ., 48 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль плотная, неподвижная, состоящая изъ отдѣльных круглыхъ долей.	26-го марта 1892 г.
49	О. П. А., кр., 48 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Salpingo-oophoritis. Съ полгода сильныя, истощающія бѣли. Опухоль идетъ отъ тѣла матки въ правую широкую связку, плотной консистенціи, а въ лѣвую сторону идетъ опухоль бугристая, воспаленная, выполняющая лѣвый сводъ.	22-го марта 1892 г.
50	Е. Г. И. почетн. гражд., 37 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri. Сильное кровотеченіе съ болями въ животъ послѣ 3-хъмѣсячной задержки регуль. Опухоль на 3 пальца не доходить до пупка.	22-го марта 1892 г.

Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послеоперационный періодъ.
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Удалена множественная фибромиома матки, кулака въ два величиною и киста лѣваго яичника, въ гусиное яйцо.	Да.	Выпис. 7 мая 1892 г.		Безъ лихорадки.
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Удалена множественная фибромиома матки, подсерозная, величиною въ головку новорожденного ребенка. Приращенія къ брюшинѣ таза.	Да.	Выпис. 26 апр. 1892 г.		Первый д. веч. 1° 38,2; 2 д. 38,1, 3 д. 37,8. На 10 д. вечер. 38. Во все остальные дни повышенія не было.
<i>Hysterotomia supravaginalis. Salpingo-ooforectomia.</i> Удалена опухоль величиною въ два кулака (<i>fibroma ut. multiplex</i>). Приращенія къ кишкамъ, паріетальной брюшинѣ и мочевому пузырю.	Да.	Умерла 12 апр. 1892 г.	При вскрытіи, кромѣ вышеупомянутого жирового перерожденія сердца, не найдено ничего особеннаго	Первые 6 дней лихорадочное состояніе; самое высшее повышеніе 38,3. Съ 6—14 лихорадки не было. Съ 14—18 д. опять лихорадочное состояніе. Съ 18 до 21 нормальная 1°. Почти все время слабость. Умерла впезанно, почти поправившись.
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Опухоль представляла субсерозно - интерстиціальную фиброму, выросшую изъ задней стѣнки матки.	Да.	Выпис. 27 мая 1892 г.		Первые 3 сутокъ по вечерамъ 1° до 38,4.

№№	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.
51	А. П. Ф., двор., 45 л.	8	Fibromyoma uteri. Опу- холь величиною съ го- лову взрослого человека.	24-го марта 1892 г.
52	М. И. Щ., мѣщ., 54 л.	1	Fibromyoma uteri mul- tiplex. Страдасть силь- ными кровотечениями.	28-го апрѣля 1892 г.
53	А. И. Ч., мѣщ., 38 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri mul- tiplex et cystoma intrali- gamentosum. sin. Опу- холь наполняетъ всю по- лость живота; по мѣстамъ она тверда, по мѣстамъ флюктуируетъ.	6-го марта 1891 г.

Течение операции, осложнения.	Дрессажъ.	Исходъ	Данная вскрытія.	Послѣоперацион. періодъ.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена фиброміома матки больше головы взрослого человека, 14 ф. весомъ и киста лѣваго яичника, величиною въ кулакъ взрослого человека. Приращеній не было.	Да.	Выпис. 8-го мая 1892 г.		Безъ лихорадки.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis.</i> Удалена множественная, подсерозно-интерстиціальная фиброміома матки, величиною въ 2 кулака. Сильныя приращенія къ брюшнѣ малого таза.	Да.	Выпис. 19 мая 1892 г.		Т° одинъ разъ въ 1-й день послѣ операции вечеромъ 38.
<i>Hysterotomia supra-vaginalis et ovariectomy.</i> Удалена вылученіемъ изъ широкой связки, киста яичника и удалена фиброміома до внутренняго маточнаго зѣва. Нижняя часть широкой связки послѣ вылученія кисты, а также и культя шейки фиксированы къ пристѣночн. брюшнѣ нижняго угла раны.	Да.	Выпис. 15 мая 1891 г.		Т° одинъ разъ послѣ операции 38,1.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея.
54	М. Л., кр., 42 л.	1	Fibroma uteri interstitialis et pyosalpinx sinistra cum perforat. in vesicam.	29 сент. 1892 г.	1 часъ 30 мин
55	М. Е. М., кр., 28 л.	1	Fibromyoma uteri.	26 сент. 1892 г.	45 мин
56	Е. Р., духовн. сосл., 43 лѣтъ.	4	Fibromyoma uteri multiplex. Cysta ovarii sin. Кистозно-перерожденный правый яичникъ. Endometritis fungosa.	29 сент. 1892 г.	1 часъ 10 мин
57	А. Б., кр., 42 л.	2	Fibromyoma uteri intraligamentosum dextra. Degeneratio maligna.	2 октября 1892 г.	1 часъ 5 мин.
58	А. В., кр., 48 л.	10	Fibromyoma uteri.	27 октяб. 1892 г.	1 часъ 10 мин.
59	А. Н., 36 лѣтъ.	.	Fibromyoma uteri.	18 ноября 1892 г.	1 часъ.
60	А. М., кр., 40 л.	5	Fibromyoma uteri et salpingo-oophoritis dextra.	23 ноября 1892 г.	45 мин.

	Течение операціи, осложненія.	Дре- нажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперацион- ный періодъ.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Приращенія.	Да.	Выздоровѣла 19 февраля 1893 г.		Mania.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Безъ осложненій. Лига- туры изъ катгута.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 20 октября 1892 г.		Безъ осложненій.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Приращенія кисты.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 31 октября 1892 г.		Безъ лихорадки.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Приращенія къ кишкамъ.	Да.	Умерла че- резъ 8 час. послѣ опе- раціи отъ кровотеченія въ кѣтъчатку.		
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Полное удаленіе матки.	Да.	Умерла 30 окт. 1892 г.	Degeneratio cor- dis.	
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>	Нѣтъ.	Выздоровѣла 13 декабря 1892 г.		
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>	Нѣтъ.	Выздоровѣла 28 декабря 1892 г.		Безъ осложненій.

№№	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операци.	Продол- житель- ность ее
61	М. Д., жена полков., 43 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri sub- serosum.	25 ноября 1892 г.	25 мин.
62	Ф. Б., 43 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri et salpingo-oophoritis dextra.	9 декабря 1892 г.	45 мин.
63	Л. П., почетн. гражд., 45 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri.	8 декабря 1892 г.	50 мин.
64	А. С., женщ., 33 л.	Virgo in- tacta.	Fibromyoma uteri mul- tiplex Salpingitis dupl. et oophoritis.	15 дек. 1892 г.	50 мин.
65	Е. М., кр., 33 л.	Virgo in- tacta.	Fibromyoma uteri.	19 января 1893 г.	1 часъ.
66	М. М., двор., 49 л.	1	Fibromyoma uteri sub- mucosum et interstitiale.	29 января 1893 г.	50 мин.
67	М. П., кр., 47 лѣтъ.	2	Fibromyoma uteri cysta ovariorum d. et salpingo-ooph- oritis sin.	27 января 1893 г.	45 мин.
68	Е. С., акушерка, 31 г.	5	Fibromyoma uteri in- terstitiale et submucosum.	28 января 1893 г.	50 мин.

	Течение операции, осложнения.	Дре- нажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперацион- ный періодъ.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Безъ осложнений.		Выздоровѣла 19 декабря 1892 г.		Безъ лихорадки.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>	Да.	Выздоровѣла 7-го января 1893 г.		Безъ осложнений.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>	Да.	Выздоровѣла 5-го января 1892 г.		Безъ осложнений.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i> Сильное приращеніе.	Да.	Выздоровѣла 21 января 1893 г.		
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>		Выздоровѣла 26 го февр. 1893 г.		Повышеніе t° до 39°. Повторныя кровотеченія отъ расхожденія раны.
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>		Выпис. 27 февр. съ небольшимъ отверстіемъ въ нижнемъ углу раны.		
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>		Выздоровѣла 28 февр. 1893 г.		
	<i>Hysterotomia supra- vaginalis.</i>		Выздоровѣла 25 февр. 1893 г.		

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея.
69	Е. П., вдова майора, 48 лѣтъ.	6	Fibromyoma uteri interstit. submuc., съ грубою величиною.	30 января 1893 г.	40 мин.
70	М. Б., швейц. под. 45 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex subseros. велич. отъ горошины до кулака.	23 февр. 1893 г.	55 мин.
71	М. У., дух. зван., 28 лѣтъ.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex велич. съ голову младенца.	3 марта 1893 г.	55 мин.
72	М. М., двор., 40 л.		Fibromyoma uteri interst., submucos. et subseros. 10 фунт. и замѣтила 10 л. назадъ.	17 марта 1893 г.	1 часъ.
73	О. Н., чиновн. 40 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex 2 $\frac{1}{2}$ фунт.	7 апрѣля 1893 г.	1 часъ. 10 мин.
74	В. Р., кр., 40 л.	Sterilitas	Fibromyoma ut. Haematosalp. sin. et cysta ovarii intraligamentos. d. apoplectica.	21 апр. 1893 г.	55 мин.
75	М. Б., швѣц., 40 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. съ гребней орѣхъ и salpingo-oophoritis.	24 апр. 1893 г.	55 мин.

	Течение операции, осложнения.	Дре- пажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послеоперацион- ный періодъ.
	Hysterotomia supra- vaginalis.		Выпис. 7-го марта 1893 года.		
	Hysterotomia supra- vaginalis.		Выпис. 17 апр. 1893 г.		т° 37,6, въ осталь- ное время нормаль- ная.
	Hysterotomia supra- vaginalis.		Выпис. 3-го апр 1893 г.		
	Hysterotomia supra- vaginalis.		Выпис. 16 мая 1893 г.		Безъ лихорадки; остался фистуль- ный ходъ.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Сильныя приращенія кзади.	Да.	Выпис. 7 мая 1893 г.		Осталось сооб- щеніе съ влагали- щемъ.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Сильныя приращенія и разрывъ обѣихъ трубъ во время операции.	Да.	Выпис. 17 мая 1893 г.		Т° нормальн.
	Hysterotomia supra- vaginalis. Сильныя приращенія.		Выпис. 17 мая 1893 г.		

№ №	Имя и возрастъ.	Роды	Видъ опухоли.	День операцин.	Продол- житель- ность ся
76	М. П., кр., 47 лѣтъ.	5	Fibromyoma ut. in- terstit. et subseros. mul- tiplex въ 1 $\frac{1}{2}$ кулака вел.	18 сент. 1893 г.	47 мин.
77	Е. С., кр., 36 л.	2	Fibromyoma ut. multi- plex, 13 $\frac{1}{2}$ фунт.	21 сент. 1893 г.	1 часъ 25 мин.
78	Д. Ю., жена свящ., 55 лѣтъ.	6	Fibromyoma intralig. съ небольш. яблоко et cysta ovariorum d.	1 октяб. 1893 г.	55 мин.
79	А. М., кр., 40 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. multipl. interst. et subseros.	14 окт. 1893 г.	1 часъ.
80	З. З., 39 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. sub- seros, съ голову ребенка, et salpingo-oophorit. dupl.	15 окт. 1893 г.	40 мин.
81	Л. Б., 47 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. rugi- lenta intraligam. 40 фунт.	18 окт. 1893 г.	45 мин.
82	Е. С., мѣщ., 35 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri, съ голову ребенка.	19 окт. 1893 г.	30 мин.

Течение операций, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данные вскрытiя.	Послѣоперационный періодъ.
Hysterotomia supra-vaginalis.		Умерла 20 сент. 1893 года.	Peritonitis septica nephritis. parench. Scleros. valv. mitralis Degeneratio adipos. cordis. твѣрожи- стые узлы въ правой верхуш- кѣ легкихъ.	
Hysterotomia supra-vaginalis. Прирожденiя.		Умерла отъ кровотеченiя въ парацер- викальную кайтчатку.	Degeneratio cor- dis. Anaemia.	
Hysterotomia supra-vaginalis.	Да.	Выпис. 11 ноября 1893 года.		
Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 21 ноября 1893 г.		
Hysterotomia supra-vaginalis.		Умерла отъ внутрѣн. кровотечен.	Соскальзыва- нiе лигатуръ съ plexus расширен.	
Hysterotomia supra-vaginalis.		Умерла.	Мѣстный инкап- сулиров. гнойн. перитонитъ (въ мал. тазу), исто- щенiе, pyelone- phritis purulenta	
Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 3 дек. 1893 г.		

№ №	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.	Продол- житель- ность ея.
83	А. М., двор., 42 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. около 8 ф. et cysta ovarii d. 1893 г. въ кулакъ, апропех.	29 окт.	1 часъ 10 минутъ.
84	А. П., мѣщ., 46 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. въ яйцо куриц. Cysta ovarii d. papil. intraligam. съ разрошненіемъ панил. на поверхности.	1 нояб. 1893 г.	1 часъ.
85	Е. К., 31 года.	Virgo in- lacta.	Fibromyoma uteri въ 1½ большихъ кулака.	10 нояб. 1893 г.	30 мин.
86	Е. Р., двор., 40 л.	2	Fibromyoma ut. mul- tipl. 10 ф.	11 нояб. 1893 г.	1 часъ.
87	Е. Д., двор., 50 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. mul- tipl. 4 фунтовъ.	19 нояб. 1893 г.	50 мин.
88	А. П., жена врача, 52 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri 18 фун.	23 нояб. 1893 г.	1 часъ.
89	М. М., двор. 30 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. въ кулакъ велич. Cystoma ovar. suppur. d., съ головою взрослого ребенка, salpingo - oophorit. sin. поступ. съ явленіями резко-выраженной пнеэміи.	25 нояб. 1893 г.	1 часъ.

Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытiя.	Послѣоперационный періодъ.
Hysterotomia supra-vaginalis.	да.	Выпис. 21 дек. 1892 г.		
Hysterotomia supra-vaginalis. Связки сращения.	да.	Выпис. 3 декабря 1893 г.		
Hysterotomia supra-vaginalis. Эвуклация. Матка и придатки оставлены и подшиты къ пристѣвочн. брюшинѣ нижняго угла раны.		Выпис. 11 дек. 1893 г.		
Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 12 декабр. 1893 года.		
Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 30 декабр. 1893 года.		
Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 24 декабр. 1893 года.		Абсцессъ въ нижн. углу раны.
Hysterotomia supra-vaginalis. Обширные сращения.	да.	Умерла 27 дек. отъ септицеміи.		

№№	Имя и возрастъ	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.	Продол- житель- ность ея
90	К. Т., 40 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. съ го- лову ребенка, помѣщает- ся въ правомъ рудимен- тарн. рогѣ и интрали- гаментозна.	27 нояб. 1893 г.	1 часъ
91	М. Я., жена статск. сов. 43 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri mul- tiplex et intraligament.	1 декабря 1893 г.	1 часъ
92	Е. В., вунч., 42 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri, съ голову взрослого.	13 дек. 1893 г.	1 часъ.
93	Т. Б., жѣщ., 33 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. mul- tiplex.	18 янв. 1894 г.	1 часъ.
94	С. Ф., двор. 33 л.	4	Fibromyoma ut. mul- tipl. съ голову ребенка.	25 янв. 1894 г.	1 часъ 10 мин.

Течение операций, осложнения.	Дре- нажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣопераціон- ный періодъ.
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i>	Да.	Выпис. 22 декабр. 1893 года.		
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Операция была затруднена удаленіемъ одного фиброма- тозн. узла около вульвы.		7-го декабря смерть отъ септического перитонита, причемъ высшая t° б. 37,8°.	Кромѣ септиче- скаго перито- нита, мышцы сердца, ткани почекъ и печени оказались въ со- стояніи рѣзкаго жировато пере- рожденія.	
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Сильное приращеніе фи- бромы къ паріетальной брю- шинѣ.		Выпис. 19 январ. 1894 г.		
<i>Hysterotomia supravaginalis.</i> Трудный случай для об- разованія ножки.		Выпис. 22 февр. 1894 г.		
<i>Hysterotomia supravaginalis</i> При операции оказались сильныя сращения съ со- сѣдными органами. Во время операции сильное кровоте- ченіе изъ plex. ramificat.		Умерла при явленіяхъ шо- ка внутренняго кровоотеченія въ брюшную полость.	Вскрытіе не бы- ло дозволено. Кровоотеченіе, вѣроятно, про- изошло изъ сильно-крово- отчившаго и при операции plexus ramificat.	

№№	Имя и возраст.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея
95	А. М., созд., 37 л.	Sterilitas	Fibromyoma uteri multiplex. Одна изъ фибромъ, въ кулакъ величиною, въ лѣвой широкой связкѣ, а другая, съ куриное яйцо, спереди матки. Salpingo-oophoritis. dupl.	26 янв. 1894 г.	40 мин.
96	О. В., дух. зван., 34 лѣтъ.	5	Fibromyoma ut., въ 2 кулака величиною.	4 февр. 1894 г.	45 мин.
97	Е. Б., жена офицера 45 лѣтъ.	Sterilitas	Fibromyoma ut. multiplex, въ голову взрослого.	7 февр. 1894 г.	1 часъ
98	И. Б., кр., 38 лѣтъ.	3	Fibromyoma uteri, въ голову ребенка.	8 февр. 1894 г.	40 мин.
99	А. В., жена упр. банка, 31 г.	2	Fibromyoma uteri въ голову ребенка съ кистознымъ ея перерожд., сущ. около 3 лѣтъ.	12 февр. 1894 г.	1 часъ.
100	А. Щ., мѣщ., 42 л.	1	Fibromyoma uteri въ куриное яйцо и колосс. cystoma ovarii sin. съ мелко кистозн. перерожд. прав. о. яичника.	21 февр. 1894 г.	1 часъ.
101	Р. П., куп., 30 л.	5	Fibromyoma uteri multiplex, одна — съ куринымъ яйцомъ и 2 — съ лѣсной орѣхъ.	30 марта 1894 г.	45 мин.

Течение операции, осложнения.	Дре-нажъ.	Исходъ.	Данные вскрытія.	Послѣоперацион-ный періодъ.
Hysterotomia supra-vaginalis.		Умерла че-резъ сутки отъ сепсиса.		
Hysterotomia supra-vaginalis.	Да.	Выпис. 3 марта 1894 года.		
Hysterotomia supra-vaginalis. Сильныя приращенія къ окружающ. органамъ. Вслѣд-ствие силы, прирощ. и трудности удаленія удаленъ только правый яичникъ съ оставленіемъ матки, трубъ и перевязаннаго лѣваго яич-ника. Матка и трубы под-шиты къ пристѣночн. брюш.		Выпис. 5 марта 1894 года.		
Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Выписалась 11 марта 1894 г.		
Hysterotomia supra-vaginalis.	Да.	Смерть чрезъ 4 дня отъ септи-ческаго пе-ритонита.		
Hysterotomia supra-vaginalis.	Да.	Выздоровѣла 27-го марта 1894 г.		
Hysterotomia supra-vaginalis.		Выздоровѣла 15 апрѣля 1894 г.		

Разсматривая только что приведенныя таблицы и считая всѣхъ умершихъ безъ исключенія, мы получаемъ на 101 случай 21 смертей и 80 выздоровленій. Но, если всмотрѣться ближе въ каждый изъ смертельныхъ случаевъ, если дифференцировать ихъ по отношенію къ разбираемому нами методу удаленія маточныхъ фиброміомъ, если задать вопросы, имѣютъ ли эти исходы непосредственное отношеніе къ самому способу операціи, то, съ этой точки зрѣнія, мы получимъ нѣсколько иной процентъ смертности.

Прежде всего нужно исключить, съ только что сказанной точки зрѣнія, случаи подъ №№ 7, 81 и 89, потому что причина смертельнаго исхода въ этихъ случаяхъ не имѣла никакого отношенія къ самому методу операціи. Въ первомъ случаѣ мы имѣли дѣло съ pyosalpinx'омъ септического происхожденія, послѣ неосторожной внутриматочной электризаціи. Во время операціи происходилъ постоянный разрывъ гнойныхъ мѣшковъ, съ изліяніемъ ихъ содержимаго въ брюшную полость. И не смотря на это, методъ удаленія былъ настолько хорошъ, что больная начала выздоравливать и жила 6 недѣль, когда всѣ послѣдствія оперативнаго вмѣшательства сгладились. Въ № 81-мъ у больной была гнойно-распавшаяся интралигаментозная фиброма; кромѣ того, у больной б. pyelonephritis purulenta, и никто не будетъ настаивать, чтобы смертельный исходъ въ этомъ случаѣ имѣлъ прямое отношеніе къ методу операціи. Въ № 89-омъ больная поступила уже съ явленіями піэміи, вслѣдствіе гнойнаго распадаенія одновременно существовавшей кистомы яичника.

Смерть въ случаяхъ №№ 27, 36, 49 и 58 произошла отъ жироваго перерожденія сердца, подтвержденнаго вскрытіемъ, при отсутствіи другихъ важныхъ патологическихъ явленій; въ 49-мъ случаѣ смерть произошла внезапно на 21-й день послѣ операціи, при тѣхъ же явленіяхъ. Конечно, здѣсь смерть произошла послѣ операціи, но тѣмъ не менѣе эти смертельные случаи не имѣютъ прямаго, непосредственнаго отношенія къ самому методу операціи. Смерть отъ жироваго перерожденія сердца, конечно, не составляетъ чего-либо характернаго для употребляемаго нами метода; такой исходъ при перерожденіяхъ сердца имѣетъ мѣсто при всѣхъ другихъ, сколько нибудъ продолжительныхъ, операціяхъ, при всякихъ лапаротоміяхъ, соединенныхъ съ долгимъ наркозомъ и продолжительнымъ обнаженіемъ внутренностей, и не представляетъ прямаго отношенія къ самому методу операціи. Эти смертельные случаи только доказываютъ, что операція гистеротоміи должна быть предпринимается ранѣе, чѣмъ наступятъ такіе дегенеративные процессы въ сердцѣ. Съ другой стороны эти случаи доказываютъ, что въ нашей статистикѣ не имѣлъ мѣста подборъ случаевъ, которымъ можно было-бы составить соотвѣтственную обстановку для употребляемаго нами метода. Болѣе тщательнымъ подборомъ случаевъ, конечно, можно было-бы иллюстрировать методъ въ его настоящемъ свѣтѣ; а если этого не производилось, то мы обязаны дифференцировать наши смертельные случаи и отбросить изъ статистики все то, что не имѣетъ прямаго, непосредственнаго отношенія къ самому методу. О такомъ подборѣ случаевъ неохотно говорить, но тѣмъ не менѣе это — неподлежащій сомнѣнію фактъ. Съ этой точки зрѣнія, и съ полнымъ правомъ мы выбрасываемъ эти случаи изъ нашей статистики, какъ не имѣющіе прямаго отношенія къ самому методу операціи.

Еще менѣе имѣютъ отношенія къ употребляемому нами методу обработки культи смертельные случаи подъ №№ 46,

57, 77, 80 и 94, въ которыхъ смерть произошла отъ кровотечения изъ *plexus rampiniformis*, какъ въ брюшную полость, такъ и въ подбрюшинную клетчатку; а въ 80-мъ случаѣ прямо отъ соскальзыванія лигатуры. Относительно кровотечения изъ *plexus rampiniformis* я долженъ добавить, что и мнѣ лично приходилось переживать это осложненіе во время операціи, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это венное сплетеніе было больше развито. Это осложненіе намъ приходилось встрѣчать въ нѣкоторыхъ случаяхъ операцій при внематочной беременности, рѣже при сальпинго-оофороэктоміяхъ, и въ одномъ случаѣ при оваріотоміи, гдѣ довольно значительная часть кисты помѣщалась между листками широкой маточной связки. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ у насъ получилась довольно большая подбрюшинная гематома, хотя больная выздоровѣла. При фиброміомахъ матки это особенно сильное развитіе венъ *plexus rampinif.* а priori еще болѣе возможно.

Въ этихъ случаяхъ часто каждый уколъ иглы, для наложенія лигатуры, сопровождается новымъ кровотеченіемъ; нерѣдко даже слишкомъ тугое перетягиваніе шелковой лигатурой нѣжныхъ тканей этого сплетенія, вѣроятно размозжая ихъ, вызываетъ подбрюшинное кровотеченіе.

Въ виду только что сказаннаго, это осложненіе, возможное при всѣхъ операціяхъ, при которыхъ приходится накладывать лигатуры на это, иногда особенно сильно развитое, венное сплетеніе; это осложненіе, повторяю, не составляетъ кардинальной особенности не только употребляемаго нами метода, но и вообще гистероміомотоміи, и представляетъ совершенно случайное осложненіе, неимѣющее никакого отношенія къ разбираемому нами методу.

Наконецъ, уже никакого непосредственнаго отношенія къ методу операціи не имѣютъ смертельные случаи: № 12, гдѣ смерть произошла при явленіяхъ интоксикаціи іодоформомъ, безъ всякихъ, сколько-нибудь важныхъ, соматическихъ измѣненій и септическихъ явленій, и подъ № 10-мъ, гдѣ

смерть произошла отъ ileus'a (единственный случай на 101 больную), вследствие перекручиванія и ущемленія кишки около стараго перитонеального тяжа.

Слѣдовательно, на счетъ самого оперативнаго метода я отнесъ бы шесть смертныхъ случаевъ, подъ №№ 8, 38, 76, 91, 95, 99, отъ септического перитонита и, пожалуй, еще № 28, гдѣ смерть послѣдовала отъ шока. Если, такимъ образомъ, исключить означенные 14 случаевъ смерти, которые, хотя и находились въ связи съ операціей, но не имѣли прямого, необходимаго отношенія къ способу оперированія, то мы получимъ 87 случаевъ съ 7-ю смертями, т. е. получимъ почти 8% смертности.

Затѣмъ, изъ статистики этой видно, что множественныхъ фиброміомъ было 44 случая; остальные случаи представлялись солитарными.

По годамъ,—60 больныхъ были въ возрастѣ 40 лѣтъ и выше. Кромѣ того нужно отмѣтить широкое примѣненіе дренажа.

Мнѣ остается еще коснуться 3-го главнаго метода удаленія фибромъ матки путемъ удаленія всей матки. Я не буду входить въ подробное разсмотрѣніе этого вопроса, такъ какъ это выходитъ изъ рамокъ моей темы; поэтому я только вскользь, для полноты моей работы, коснусь различныхъ способовъ удаленія всей фиброноизмѣненной матки.

При разсматриваніи всѣхъ предыдущихъ методовъ, было много разъ указано, что одной изъ самыхъ главныхъ причинъ смертности при внѣбрюшинномъ, а особенно при внутрибрюшинномъ способахъ было септическое зараженіе и послѣдовательное кровотеченіе послѣ операци. То и другое происходило, главнымъ образомъ, изъ оставленной при организмѣ больной культи маточной шейки. Отсюда появились стремленія нейтрализовать этотъ вредъ или усиленной дезинфекціей канала шейки и рукава, которые являлись открытыми воротами для распространенія инфекціи снизу вверхъ, въ брюшную полость, или болѣе или менѣе герметическимъ закрываніемъ этой культи, — посредствомъ поперечнаго шва. Къ этимъ же попыткамъ нейтрализовать, насколько возможно, вредъ культи — относятся предложенія смѣшанныхъ способовъ, когда культи, обработанная по внутрибрюшинному способу, помѣщалась въ нижнемъ углу брюшной раны, т. е. помѣщалась болѣе или менѣе внѣбрюшинно, или культи прикрѣплялась къ пристѣнной брюшинѣ. Съ другой стороны стре-

милось уничтожить или, насколько возможно, уменьшить вредъ, происходящій отъ оставляемой при организмѣ шейки матки, сведеніемъ величины этой послѣдней на возможный minimum, когда культя шейки оставалась не болѣе одного сантиметра надъ сводами; ктому же, выжигая ея каналъ Пакленомъ и расширяя его, дренировали культю іодоформной марлей, проведенной въ рукавъ.

Съ этой ступени остался одинъ шагъ до предложенія полного удаленія фиброматозной матки, вмѣстѣ съ шейкой, этой *bête poire* прежнихъ методовъ. Это предложеніе полного удаленія всей матки вмѣстѣ съ шейкой, тѣмъ болѣе оправдывалось, что статистика операций удаленія всей матки, по поводу рака, давала уже прекрасные результаты. Эти превосходные результаты обуславливались тѣмъ, что рукавъ послѣ этой операции представлялъ прекрасный дренажъ, чрезъ который все вредное, попавшее на рану или брюшную полость, совершенно беспрепятственно выводилось наружу. Съ этимъ естественнымъ дренажемъ не могли конкурировать все искусственные дренажи (чрезъ всю матку или въ брюшную полость по Мартину, отъ раны въ повязку по Герару, стеклянные дренажи по Sânger'у и пр.)

Первый путь для удаленія всей матки—это вагинальный. Реан первый началъ производить удаленіе всей фиброзно-перерожденной матки *per vaginam* въ 1882 г.; за нимъ послѣдовали Richelot, Terrier, Sânger, Leopold и др. Реан дѣлалъ это удаленіе по частямъ; по мѣрѣ отсепарованія сводовъ, онъ схватывалъ въ зажимы нижнія части широкихъ связокъ и обнаженный кусокъ матки удалялъ. Идя такъ шагъ за шагомъ, онъ удалялъ всю матку. Если онъ по дорогѣ встрѣчалъ мелкія фибромы, то сейчасъ же и удалялъ ихъ откручиваніемъ, а при большихъ кускахъ онъ удалялъ раг

morcellement, вырѣзывая треугольные куски изъ матки ¹⁾. Но при его методѣ приходилось накладывать массу зажимовъ, до 30—40 и даже 50, что конечно въ послѣоперационномъ времени вызывало значительныя боли и пролежни у оперированной. Это удаленіе матки по частямъ и наложеніе массы зажимовъ, ироническій рисунокъ чего приводитъ Doyen ²⁾, были доведены Реаномъ до крайности.

Черни въ 1879 г. принадлежитъ заслуга воскресить вагинальную гистерэктомію. За нимъ послѣдовали Bardenheuer, Leopold и многіе другіе, которые производили влагалищную экстирпацию матки по поводу фибромы ея.

Методъ Leopold'a состоитъ въ вскрытіи задняго свода и послѣдовательной перевязкѣ широкихъ связокъ. Если фибромы мѣшали опущенію матки, то онъ разрѣзалъ заднюю стѣнку ея и вылуцалъ отсюда отдѣльныя фибромы. Онъ произвелъ по этому способу 21 операцию, съ 3-мя смертями, т. е. получилъ 13% смертности ³⁾.

Чрезвычайно быстръ и оригиналенъ методъ Doyen'a ⁴⁾. Онъ отсепаровываетъ своды рукава, вскрываетъ заднее Дугласовое пространство; опуская внизъ матку, онъ разрѣзаетъ эту послѣднюю по передней поверхности снизу вверхъ и перехватывая постоянно щипцами Мюзона снизу вверхъ и продолжая разрѣзать матку, онъ вскрываетъ передній сводъ и наконецъ выворачиваетъ дно внизъ. Затѣмъ онъ накладываетъ четыре зажима, по два на каждую широкую связку сверху и снизу, отрѣзаетъ матку и зажимы сводитъ внизъ. Если матка, благодаря своей величинѣ, не спускается внизъ, тогда или отрѣзываютъ по большому или меньшему куску ткани

¹⁾ Boiffin l. c.

²⁾ Traiement chirurgical etc. l. c.

³⁾ Fehling. l. c.

⁴⁾ L. c.

по бокамъ продольнаго разрѣза, или удаляютъ опухоль par morcellement по Pean'у.

Опасность вагинальной гистерэктоміи при фибромахъ матки въ послѣдніе года значительно понизилась. Reu-nier, въ Парижѣ, сообщилъ на послѣднемъ хирургическомъ конгрессѣ 5 случаевъ, все съ успѣхомъ; причемъ примѣнялось удаление опухоли par morcellement; Jacobs изъ Брюсселя, 11 случаевъ со смертностью=0; Routier—6 случаевъ со смертностью=0; Richelot—изъ 34 случаевъ par morcellement потерялъ только одну больную ¹⁾; Rotherat потерялъ одну больную изъ 12 случаевъ ²⁾; Pean произвелъ болѣе 300 случаевъ и получилъ только 2% смертности ³⁾; Doyen изъ 33 случаевъ потерялъ только одну больную ⁴⁾; Leopold ⁵⁾ изъ 21 случая—13%; Martin ⁶⁾ потерялъ больше,—изъ 9 случаевъ—2 смертныхъ; Frank (изъ клиники Мартина) приводитъ ⁷⁾ 10 случаевъ съ 2 смертными. Carl (Turin) на послѣднемъ международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Римѣ сообщилъ 11 случаевъ съ 0% смертности ⁸⁾. У Otta 10 случаевъ съ 0% ⁹⁾.

Въ виду этого, способъ вагинальной гистерэктоміи рекомендуется для фиброматозной матки, если она достигаетъ величины кулака и не больше головы взрослого человѣка. Но Doyen расширяетъ эти границы и хо-

¹⁾ Gyn. Mitteil. vom francös. Chirurgen congr. 1893. Central. für Gyn. 1893, № 24.

²⁾ Boiffin l. c., p. 177—178.

³⁾ Ibidem.

⁴⁾ Ibidem.

⁵⁾ Die Operative Behandl. l. c.

⁶⁾ Ueber myomoperationen Leizch. Bd. XX.

⁷⁾ Beitrag z. Indicat. d. Extirpat. Ut. vagin.

⁸⁾ Sem. med. № 21, p. 167.

⁹⁾ Акуш. Гинекол. Общ. 24 Февраля 1894 г. Врачъ 1894 г., стр., 281, № 9.

четь практиковать только *Hysterectomy vaginalis* ¹⁾. Дѣйствительно, мнѣ приходилось видѣть въ рукахъ у проф. Снегирева и самому производить экстирпацію матки по способу Doyen'a; въ немъ дѣйствительно бросалась въ глаза простота, изящество и быстрота производства операціи; хотя нами производилась она по поводу рака матки, но иногда эта послѣдняя представлялась значительно увеличенною, что обуславливало нѣкоторыя затрудненія при операціи. Нужно, впрочемъ, сознаться, что удаленіе матки послѣ наложенія зажимовъ, а тѣмъ болѣе сниманіе ихъ чрезъ 48 часовъ, производилось всегда съ стѣсненнымъ сердцемъ; это, конечно, зависѣло только отъ непривычки; всѣ наши случаи прошли гладко, ни разу не наблюдалось: ни послѣдовательнаго кровотеченія, ни септического процесса.

Вторая модификація полного удаленія матки—брюшино-влагалищная, рекомендованная Дельпешемъ въ 1830 г., снова предложена Freund'омъ въ 1878 г. По этому способу Реан, опять таки первый, въ 1868 г. удалилъ матку по поводу большой кисто-фибромы ея. За нимъ послѣдовали Doyen въ 1887, Bouilly въ 1890 г. ²⁾. Richelot ³⁾, Chaput, Goullioud и пр. Реан, удаливъ сначала опухоль чрезъ животъ вмѣстѣ съ маткой до шейки, а потомъ изъ рукава, удалялъ и самую шейку.

Въ 1888 году проф. Снегиревъ удалилъ по способу Rydygier, Freund'a большую фиброму матки ⁴⁾. Въ 1889 г. по тому же способу производилъ Мартинъ полное удаленіе матки, пораженной фибромами ⁵⁾.

¹⁾ Международный конгрессъ въ Римѣ 1894 г. *Semaine medic.* 1894 г. № 21, р. 167.

²⁾ Doyen. I. с.

³⁾ *Gyn. Mitteil. v. franz. Chirurgencongr. Central.* 1893 г. № 24.

⁴⁾ Успенскій. *Zeisch. f. geb. u. Gyn.* Bd. XVI, 2.

⁵⁾ *Ueber Myomoperat.* H. *Zeisch. f. Geb. u. Gyn.* 1890 г.

Такъ же оперируетъ Le Ves¹⁾. Реан на последнемъ хирургическомъ конгрессѣ, въ Парижѣ, сообщилъ о 50-ти случаяхъ фибромъ, удаленныхъ этимъ путемъ вмѣстѣ съ фиброзной маткой, только съ 2% смертности.

Неудобство этого метода, — продолжительность операци и необходимость перемѣнять поле операци, отсюда увеличенная опасность послѣдовательной геморагіи и особен. септического зараженія.

Въ виду этихъ неудобствъ теперь большинство производить полное удаленіе фиброматозной матки только чрезъ полость живота. Еще въ 1882 г. Bardenheuer предложилъ этотъ способъ и произвелъ самъ 7 операций съ 6 выздоровленіями. Изъ различныхъ модификацій этого способа упомянемъ о методѣ Polk'a²⁾, который состоитъ въ томъ, что сначала перевязываются широкія связки и arter. uterinae съ обѣихъ сторонъ. Потомъ вскрывается переднее дугласово пространство и отсюда освобождается вся шейка и вынимается вся матка съ опухолью; если же опухоль велика и затрудняетъ операцию, то, по наложеніи эластическаго жгута, отдѣляется сначала опухоль отъ шейки. Затѣмъ накладывается 4 катгутовыхъ шва на каждую сторону вскрытыхъ сводовъ; связываніемъ ихъ закрываютъ брюшную полость отъ рукава; катгутовые нитки проводятся въ рукавъ; иногда въ Дугласово пространство вводится дренажъ. По этому способу онъ произвелъ 18 операций съ 2 смертями. По этому же способу оперируютъ въ Америкѣ Krugg, Edebols, а до нихъ Stimson въ 1888 г., который, независимо отъ метода Мартина, произвелъ 7 операций съ 2 смертями, и еще раньше его, въ 1888 г. Dixon Jones, изъ Brooklyn, произвелъ такую же операцию. Eastman изъ Индіано-

¹⁾ Boiffin l. c.

²⁾ New-York. The American Journal of Obstetrig. 1892, p. 726.

полиса собрали въ Америкѣ 79 случаевъ полного удаленія фиброматозной матки съ 8 смертями, слѣд., почти 10%. Bold (New-York) сдѣлалъ 21 операцію съ 5 смертями ¹⁾, Sutton (Pittsburg) ²⁾, также производилъ эту операцію съ успѣхомъ. Edebols произвелъ 6 разъ съ полнымъ успѣхомъ ³⁾.

Въ Германіи, въ послѣднее время, особенно культивировали операцію полного удаленія фиброматозной матки чревостѣченіемъ Барденгейеръ и Мартинъ. Методъ послѣдняго сходенъ съ методомъ Polk'a: онъ сначала дѣлаетъ суправагинальную ампутацію матки съ эластическимъ жгутомъ, а потомъ чрезъ животъ же удаляетъ и шейку матки. Въ настоящее время эта операція въ рукахъ Мартина даетъ еще 30,23% смертности безъ закрытія брюшной полости (43 случая), и только 9,5% съ закрытіемъ послѣдней. За Мариномъ слѣдовали, на X международномъ медиц. конгрессѣ, Chrobak ⁴⁾ Fritsch; Ferraris — въ Итальянскомъ Хирургическомъ Обществѣ въ Римѣ ⁵⁾. Во Франціи, кромѣ упомянутыхъ уже, высказались и проводили операцію полного удаленія миоматозной матки Gouernonprez, Camelot ⁶⁾; Lamphear ⁷⁾, Smyly ⁸⁾ и пр. въ Англіи.

Методъ Chrobak'a ⁹⁾ состоитъ, кромѣ общихъ пріемовъ, въ образованіи двухъ доскутовъ спереди и сзади матки; потомъ онъ вскрываетъ сначала задній сводъ,

¹⁾ The operativ. traitement für myo-fibroma of the uterus. The American Journal 1893, p. 832.

²⁾ The elastic ligature etc. The American Journal 1893, June.

³⁾ Ibidem November.

⁴⁾ Central. f. Gyn. Extrabeilage S. 64.

⁵⁾ Sem. medic. Novembre 1893, № 64, p. 511.

⁶⁾ Nouv. arch. d'obstetr. et de Gyn. 1892, Août.

⁷⁾ Med. record. 1893, April 8, refer. Centr. f. Gyn. 1893, № 46.

⁸⁾ Sem. med., 1892, № 74, p. 10.

⁹⁾ Central. f. Gyn. 1891 и 1893.

а потомъ передній. Послѣ удаленія фиброматозной матки, вышеописанными лоскутами закрывается тазовое дно. Онъ произвелъ 20 операцій съ 0% смертности.

Наконецъ упомянемъ о 3-й модификаціи Douen'a ¹⁾. Онъ вскрываетъ задній сводъ и выкраиваетъ два боковыхъ лоскута, удаляетъ опухоль и культю безъ всякой перевязки, выводитъ чрезъ отверстіе задняго свода въ рукавъ. По этому методу онъ произвелъ 13 операцій съ полнымъ успѣхомъ.

По этому методу проф. Снегиревъ (по частному сообщенію) недавно произвелъ 9 случаевъ, всѣ съ успѣхомъ.

Еще трудно сколько нибудь опредѣленно высказаться относительно этого метода; еще слишкомъ мало данныхъ имѣется подъ руками для подведенія рѣшительнаго итога. Правда, при методѣ полного удаленія всей міоматозной матки, условія для послѣдовательнаго послѣоперационнаго теченія болѣе благоприятны. Эксудатамъ здѣсь нѣтъ мѣста, швы выводятся изъ брюшной полости, кровотеченій и застоя секрета здѣсь не бываетъ, или, по крайней мѣрѣ, рѣже можетъ случиться; наблюдается болѣе быстрое и гладкое выздоровленіе, словомъ — этимъ методомъ гарантируется болѣе вѣрный успѣхъ операціи. Больныя въ послѣоперационномъ періодѣ не представляютъ того подавленнаго вида, какъ послѣ прежнихъ методовъ (Снегиревъ); съ этой стороны этотъ методъ представляется самымъ лучшимъ для удаленія міомъ матки (Фричъ), идеальнымъ по выполненію всѣхъ показаній (Boiffin).

Статистика вначалѣ была неутѣшительна: въ первой серіи Мартина (сообщ. на послѣднемъ международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Римѣ ²⁾), смертность простиралась до 30,23% (изъ 43 первыхъ операцій съ дре-

¹⁾ L. c.

²⁾ Sem. med. 1894, № 21, p. 166.

нажемъ, онъ получилъ только 30 выздоровленій), но позднѣйшіе случаи дали уже значительно меньшій $\frac{0}{\%}$ см. Во второй серіи изъ 54 случаевъ Мартинъ получилъ уже 49 выздоровленій, т. е. только уже 9,25% смертности. Наконецъ, въ послѣдней серіи случаевъ съ предварительнымъ закрытіемъ шейки и съ закрытіемъ брюшной полости, изъ 26 случаевъ получилъ 25 выздоровленій, т. е. только 3,84% смертности—результатъ уже прямо блестящій. Но не смотря на такіе блестящіе результаты, этотъ методъ имѣетъ и обратную сторону, которая часто заставляетъ существенно ограничивать сферу примѣненія его.

При примѣненіи этого метода удаленія фиброміомъ матки, часто очень ярко выступаетъ вліяніе травматизма. Ни при какой другой гинекологической операціи не наблюдается такого, по истинѣ, громаднаго хирургическаго вмѣшательства, какъ здѣсь, — при удаленіи фиброматозной матки по этому методу. Послѣ этой операціи больныя верѣдко умираютъ безъ всякихъ явленій сепсиса, даже при отсутствіи сколько нибудь значительныхъ дегенеративныхъ процессовъ въ сердцѣ и въ важныхъ жизненныхъ органахъ. Часто умираютъ такіа больныя очень быстро, на первыя сутки, часто на вторыя, на третьи сутки и при вскрытіи не находятъ никакихъ соматическихъ измѣненій, которыя объяснили-бы такой печальный исходъ. Здѣсь все дѣло приходится объяснить только вліяніемъ колоссальнаго травматизма, процессами острого и, такъ сказать, хроническаго шока ¹⁾, пораженіемъ громаднаго количества нервныхъ волоконъ и нервныхъ ганглій, заложенныхъ въ широкихъ маточныхъ связкахъ и сводахъ рукава, и ихъ послѣдователь-

¹⁾ Успенскій. Fünf Fälle von Totalexstirpation. etc. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Band XVI, N. 2.

нымъ рефлекторнымъ вліяніемъ на всю нервную систему, а также на инервацию сердца и дыханія ¹⁾).

Еще сильнѣе выступаютъ эти вліянія у больныхъ слабыхъ, малокровныхъ, истощенныхъ, съ болѣе или менѣе далеко зашедшими дегенеративными процессами въ сердцѣ. У такихъ больныхъ нерѣдко уже одно выниманіе громадной опухоли изъ полости живота, вызывая въ этой послѣдней hyperaemia ex vaso, обуславливаетъ глубокій, нерѣдко смертельный коллапсъ. Это заставляетъ насъ съ самаго начала операціи придавать больной низкое положеніе головы или прекрасно вліяющее на больныхъ положеніе Тренделенбурга; нерѣдко совѣтуется дѣлать такимъ больнымъ предварительное вліяніе подъ кожу или прямо въ вены фізіологическаго раствора и проч. и проч.

Если къ этому прибавить, что такіа ослабленныя и малокровныя больныя, а таковыхъ, нужно сказать, большинство при фиброміомахъ матки, — теряютъ довольно порядочное количество крови при самой операціи, если прибавить, что съ удаленіемъ опухоли и всей матки сразу удаляется изъ организма больной громадное количество крови, находящейся въ тканяхъ опухоли и матки, если прибавить, наконецъ, колоссальный травматизмъ, то вполне станетъ понятнымъ, почему при этомъ методѣ уменьшается рубрика смертности отъ сепсиса и увеличивается рубрика — „шокъ“ и „анемія“.

Главный хирургическій постулатъ состоитъ въ томъ, чтобы наше оперативное вмѣшательство было пропорціонально жизненной сопротивляемости больной. Чѣмъ больше нарушается эта пропорціональность, чѣмъ обширнѣе наше оперативное вмѣшательство съ одной стороны и

¹⁾ Championnière. Accidents reflexes postopératoires consécutifs aux opérations utéro-ovariennes et sur le reflexe guttural. Nouv. arch. d'obstétr. et de gyn. 1888, № 6 p. 243.

чѣмъ болѣе понижена жизненная энергія больной съ другой, тѣмъ опаснѣе наша операція и тѣмъ хуже переносятъ ее больныя. Всѣ согласны въ томъ, что опасность удаленія фибромы матки чревостѣченіемъ увеличивается, при прочихъ равныхъ условіяхъ, пропорціонально величинѣ опухоли. Опасность эта увеличивается еще больше при разбираемомъ нами методѣ: болѣе значительная потеря крови, боли, долгій наркозъ, охлажденіе внутренностей, да если къ этому прибавить различныя стадіи перерожденія сердца, то станетъ понятнымъ, почему такія оперированныя лежатъ послѣ операціи въ состояніи глубокой простраціи, а нерѣдко такъ и не выходятъ изъ этого состоянія до самой смерти.

При этомъ методѣ — при *hysterectomy abdominalis totalis* — дана большая возможность пораженія сосѣднихъ органовъ, главнымъ образомъ мочевого пузыря и мочеточниковъ. Правда, при теперешней technikѣ это случается рѣже, но въ началѣ, при способѣ Фрейнда, это часто случалось, да и теперь это легко возможно и всѣ авторы отмѣчаютъ необходимость особенной осторожности при отдѣленіи мочевого пузыря, совѣтуютъ ориентироваться частымъ введеніемъ катетера, напленіемъ мочевого пузыря и проч.

Затѣмъ всѣ согласно отмѣчаютъ большую продолжительность операціи по этому методу, — операція всегда продолжается больше часа. Всѣ точно также согласны въ томъ, что производство операціи по этому методу представляетъ большіе запросы на большую техническую ловкость и искусство, на большую снаровку и опытность; въ первой серіи Мартина каждая третья больная умирала послѣ операціи.

Всѣмъ вышесказаннымъ значительно ограничивается сфера примѣненія этого метода операціи при удаленіи

фиброміомъ матки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда особенно необходимо экономить кровь, когда продолжительность операціи должна быть сведена до minimum'a, когда операція должна быть окончена быстро, у слабыхъ и анемичныхъ больныхъ, — а таковыхъ, нужно сказать, чуть не добрая половина, — этотъ методъ долженъ уступить другимъ, болѣе деликатнымъ, такъ сказать. Одинъ изъ горячихъ защитниковъ этого метода, Фричъ, въ засѣданіи Берлинскаго гинекологическаго общества 27-го февраля 1891 г. заявилъ, что онъ почти черезъ годъ снова перешелъ къ внутрибрюшному способу. Онъ говоритъ, что, по удаленіи шейки матки, получается часто впечатлѣніе, что вся операція излишня ¹⁾. Другой поклонникъ этого метода, Chrobak, тоже очень скоро пришелъ къ убѣжденію, что полная экстирпація матки излишня и что нижнюю часть шейки можетъ быть лучше бы употреблять для закрытія рукава ²⁾.

Громадное большинство современныхъ гинекологовъ относятся выжидательно относ. этого метода; они рекомендуютъ этотъ методъ только при особыхъ условіяхъ; такъ напр., когда вмѣстѣ съ фибромой тѣла одновременно поражена новообразованіемъ и шейка матки (Löhlein), при разлагающихся фибромахъ (Fritsch); словомъ только въ исключительныхъ случаяхъ (Auvard); большинство считаетъ этотъ методъ еще методомъ будущаго, требующимъ еще значительнаго усовершенствованія техники.

Этимъ мы и закончимъ разсмотрѣніе всѣхъ сколько-нибудь употребляемыхъ методовъ удаленія фиброміомъ матки чревосѣченіемъ. Уже это количественное богатство методовъ указываетъ, что ни одинъ изъ этихъ способовъ не можетъ претендовать на универсальность во

¹⁾ Zeitsch. f. Geb. und Gyn., Bd. XXI, S. 467.

²⁾ Central. f. Gyn. 1891 № 35.

всѣхъ случаяхъ. Такъ и формулировано было положеніе этого вопроса на 3-мъ конгрессѣ Нѣмецкаго Общества гинекологіи въ Галлѣ, въ 1888 г.,—именно въ томъ смыслѣ, что ни одинъ изъ предложенныхъ методовъ не заслуживаетъ общаго принятія ¹⁾. Здѣсь, какъ вообще и при леченіи другихъ болѣзней, необходимо примѣнять тотъ или другой способъ, въ зависимости отъ различныхъ условій каждаго случая; здѣсь, только еще больше, чѣмъ во внутренней медицинѣ, на врача возлагается обязанность и задача индивидуализировать каждый случай со всѣми его особенностями; здѣсь только, какъ и вообще въ хирургической терапіи, примѣненіе одного шаблона для всѣхъ случаевъ сейчасъ-же и проявляется своими непосредственными, иногда жизненно-опасными результатами.

Такимъ образомъ, въ настоящее время по отношенію къ этому вопросу пригодна только эклектическая точка зрѣнія; приступая къ каждому случаю, нужно владѣть почти всѣми способами, чтобы примѣнить тотъ или другой, смотря по особенностямъ даннаго случая.

Но несомнѣнно, что среди громаднаго разнообразія случаевъ, какъ и вообще во всѣхъ болѣзненныхъ формахъ, нужно отмѣтить значительное большинство случаевъ, которые болѣе или менѣе сходны въ своихъ условіяхъ, какъ въ проявленіи болѣзни, такъ и въ положеніи самой больной; это наиболѣе часто встрѣчающіеся, такъ называемые типическіе случаи, типическія формы болѣзни. Точно также и въ разбираемомъ нами вопросѣ, если вообще справедлива только эклектическая точка зрѣнія, то, для большинства типическихъ случаевъ фиброміомъ матки, можно быть принципиальнымъ приверженцемъ того или другаго метода ихъ оперативнаго удаленія. Въ настоящее время для та-

¹⁾ Löhlein Gyn. Tagesfrag. I. с. 1890.

кихъ типическихъ случаевъ, мы „считаемъ“ ретроцаріе-
тальный методъ Снегирева удовлетворяющимъ всѣмъ
требованіямъ, которыя могутъ быть предъявлены къ
операциі удаленія фиброміомъ матки чревосѣченіемъ.

Резюмируя все сказанное относительно оперативнаго
удаленія фиброміомъ матки чревосѣченіемъ, снова при-
ходится повторить, что этотъ вопросъ, не смотря на
массу труда и усилій, которые потрачены на разра-
ботку его со стороны лучшихъ умовъ нашей специаль-
ности, не смотря на громадную литературу, этотъ во-
просъ и до сихъ поръ остается еще вопросомъ дня въ
гинекологіи; еще и до сихъ поръ остаются справедли-
выми слова Шредера ¹⁾: „Während die Ovariectomie
mit Ausnahme des Fortschrittes in ihren kleinen Einzelheiten
als ein abgeschlossenes Capitel angesehen werden kann, steht
im Gegensatz zu derselben die Myomotomie auf der entgegenge-
setzten Seite“.

¹⁾ Spencer Wells l. c.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Терапевтическіе приемы лѣченія фиброміомы матки невѣрны и часто опасны.

2. Оперативное удаленіе фиброміомъ матки, въ виду ихъ вліянія на весь организмъ и на сердце въ особенности, должно производиться ранѣе наступленія серьезныхъ симптомовъ.

3. Въ настоящее время, при выборѣ метода оперативнаго удаленія фиброміомъ матки, возможна только эклектическая точка зрѣнія.

4. Внѣбрюшинный способъ обработки ножки служитъ въ большинствѣ случаевъ методомъ необходимости.

5. Модификаціи внѣбрюшиннаго способа, такъ назыв. смѣшанные способы, Wölfler-Hacker'a, Fritsch'a, Sänger'a и проч., хотя представляютъ значительный прогрессъ техники, но все-таки не лишены многихъ недостатковъ внѣбрюшиннаго способа.

6. Обходный путь для лѣченія фиброміомъ матки кастраціей въ настоящее время все болѣе отодвигается на задній планъ.

7. Внутрибрюшинный способъ погруженія ножки наиболѣе отвѣчаетъ требованіямъ хирургической техники.

8. Модификаціи внутрибрюшиннаго способа, основанныя на идеѣ поперечнаго шва, вполне гарантируя отъ послѣдствій кровотеченія, но лишая крайній конецъ культы питанія, строятъ свой успѣхъ только на асептикѣ и антисептикѣ.

9. Чрезбрюшинный способ энуклеации фиброміомъ тѣла матки по Martin'у долженъ быть обставленъ болѣе опредѣленными показаніями при его примѣненіи.

10. Ретропаріетальный методъ Снегирева въ типическихъ случаяхъ наиболѣе соотвѣтствуетъ всѣмъ требованіямъ методу чрезбрюшиннаго удаленія фиброміомъ матки.

11. Удаленіе фиброміомъ матки путемъ полнаго удаленія послѣдней представляетъ методъ будущаго, еще ожидающій своей оцѣнки.

12. Для послѣродовыхъ больныхъ должны быть устроены особыя отдѣленія, съ спеціальными приспособленіями и особымъ персоналомъ.

13. При туберкулезномъ перитонитѣ съ большими сращениями и небольшимъ эксудатомъ въ брюшной полости, нужно, во избѣжаніе послѣдующей перфорации кишечныхъ туберкулезныхъ язвъ, не отдѣляя сращеній, ограничиться промываніемъ наличной полости.

14. Наркозъ бромъ-этиломъ и хлороформомъ представляетъ значительныя преимущества.

