

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
ЧРЕВОСЪЧЕНИЕМЪ.

Диссертация на степень доктора медицины

Владимира Испенскаго.

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

Дозволено цензурою. Москва, 9 Апрѣля, 1894 г.

Оперативное удаленіе фиброміомъ матки чрево-сѣченіемъ 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-

Ч 123414

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 операциі.

Въ этой работѣ я представилъ краткую исторію операциі гистероміомэктоміи, отмѣтилъ сравнительныя достоинства и недостатки трехъ, только что сказанныхъ, типовъ операциі 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 операцию фибротоміи чревосѣченіемъ. Эта модификація представляетъ видоизмѣненіе внутрибрюшиннаго способа и по сопоставленію съ ретроперитонеальнымъ способомъ Chrobak'a, интрапаріетальнымъ Wolfler — Hasker'a, Fritsch'a, Sängler'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 приемы 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 витаніе 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 улучшеніе 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, бурю 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. Beitrag z. operativ. Behandlung d. Uterusmyomen. Stutg. 1887. Hofmeyer. Ueber Erkrankung. d. Circulationsorg. bei Unterleibsgeschv. 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. Centralblat. 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 раннюю 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 эпителия или саркоматозное измѣненіе ся.

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

Gynäkologische mittheilungen vom französischen Chirurgenkongress. 1893. Centralblatt. f. Gynäk. 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. Онъ 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 обнаружилъ карциноматозное перерожденіе съ метастазами въ сосѣдніе органы и въ мочевые пути, приводитъ взглядъ Маргина ⁶⁾ на міомы, именно, что эти новообразованія, считавшіяся до сихъ поръ доброкачественными, нерѣдко обнаруживаютъ такія метаморфозы, которыя прямо не согласуются съ понятіемъ о доброкачественности.

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

¹⁾ Ueber das Verhalten d. Uterusschleimhaut bei Myomen. Arch. f. Gynäk. 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 больше 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 *Vulius'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 новообразования матки.

Яичники всегда увеличены; гистологически дѣло идетъ о маленькихъ пролиферирующихъ кистахъ, образующихся путемъ активнаго внѣдренія эпителия 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 обтурируется. 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 голубиного яйца, кисты, или же преждевременно атрофируются. Такимъ образомъ измѣненія яичниковъ при маточныхъ фибромиомахъ 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 фибромиомъ 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 гляндюлярной пролиферирующей кистомы яичника. Какая связь между фибромиомой матки и только что сказанными измѣненіями яичника, какое генетическое соотношеніе существуетъ между ними, еще не рѣшено, но, въ виду частаго и одновременнаго существованія фибромиомы матки съ измѣненіями яичниковъ, думается, что эта связь не случайная только ¹⁾.

Уже этотъ краткій перечень симптомовъ фибромиомъ 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 фибромиомъ тѣла матки, эти гистологически доброкачественныя новообразования 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 нѣкого-

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 приемахъ, 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 приемахъ, 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 предшествовавшего лѣченія эрготиномъ, которое увеличиваетъ опасность послѣдующей операциі. 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 операциі смерть отъ слабости сердца. На эту причину Landau сводитъ смерть двухъ своихъ больныхъ послѣ операциі.

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

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 способѣ 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 при-

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

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 расширение 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 взрослога человѣка, при такихъ условіяхъ, что такая фиброма совсѣмъ не входила въ полость малаго таза. При этомъ мы часто имѣли дѣло собственно съ интерстиціальными 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 толщиной, мезометрія. При примѣненіи этого метода мы руководствовались, по возможности, наличиемъ одиночной фибромы и еще хотя-бы небольшой наклонностью этой фибромы къ опусканію въ полость матки. Послѣднее 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 послѣднюю 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 лапаротоміяхъ. 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 немедля 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.

Я 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 вылуценія 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 внѣматочной 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 работающихъ 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.

Я 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 спеціальности затрачено на борьбу съ этою тяжелою болѣзью, угнетающею значительную часть женской половины человѣческаго рода и развивающеюся почти еще въ цвѣтущую, 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 болѣзью, когда еще въ 1869 году Graily Hewitt ²⁾ писалъ, что мало пациентовъ 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 осложнениями, а то и совсѣмъ безъ осложнений.

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, пишетъ Douen (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⁾ P. 100, примѣчаніе.

рически и примитивный по технику, методъ экстраперитонеальной обработки ножки фибромы; второй типъ, характеризующій уже значительный прогрессъ въ технику, представляетъ методъ интраперитонеальнаго погруженія ножки и, наконецъ, 3-й типъ, только что намѣчающійся и который, однако, быстро вербуетъ себѣ видныхъ прозелитовъ,—это методъ полнаго удаленія матки чрезъ ляпаротомію. Кроме того существуетъ нѣсколько смѣшанныхъ способовъ, представляющихъ модификацію каждаго изъ только что отмѣченныхъ типовъ операціи. Кроме 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, экстраперитонеальнаго 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 все гинекологи согласны, что при кистомах яичника нужно перевязывать ножку кистомы и опускать ее (ножку) в брюшную полость. Но так было не всегда: обработка ножки кистомы производила большія измѣненія, которыя имѣютъ теперь только историческій интересъ. Первые врачи, которые производили овариотомію, перевязывали ножку и выводили ее вмѣстѣ съ лигатурами в нижній уголъ брюшной раны, гдѣ перевязанная часть ножки вмѣстѣ съ лигатурами впоследствии и отпадала. Попробовали было потомъ коротко отрѣзывать лигатуры и опускать ножку в брюшную полость, но отсутствіе строгой антисептики приводило къ печальнымъ результатамъ, — перевязанная ножка производила септический перитонитъ. Это привело Stilling'a в Кассель, в 1844 году, и независимо отъ него Дюффина в Лондонѣ, в 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. В 1858 г. изобрѣтенъ былъ клемпъ Nutschinson'a, а в 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 разившейся антисептикѣ, опускать перевязанную ножку кистомы, безъ всякаго опасенія, в брюшную полость.

Въ настоящее время едва-ли найдется такой гинекологъ, который сталъ бы помѣщать экстраперитонеально ножку кистомы послѣ овариотоміи; все предпочитаютъ опусканіе ножки в 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 в брюшную рану.

Я нарочно привелъ этотъ коротенькій очеркъ развитія операціи овариотоміи, чтобы показать историческій, преемственный ходъ идей в развитіи операціи hysteromyometom'i.

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

Первые операторы при такихъ случаяхъ останавливали дальнѣйшій ходъ операціи и удовлетворялись этой эксплораторной ляпаротоміей. Такъ поступилъ Lisars в 1825 году, Dissenbach в 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 в 1827 г. ²⁾, удалилъ фиброму на ножкѣ, больная умерла; но уже в 1844 г. Atlee и Lane произвели эту операцію съ удачей ³⁾. — Потомъ начали дѣлать попытки удалять фибромы матки, сидящія на широкомъ основаніи. Такъ в 1843 г. Clay и Heath, Parkinson пробовали удалять такого рода фибромы и потеряли своихъ больныхъ отъ геморрагіи ⁴⁾. Только в сентябрѣ 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. Köberlé 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 удалить 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 Urdu. Hysterotomie Paris, 1873.

скую, хирургическую практику, представивъ обработанную и до нѣкоторой 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 Касселѣ, 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 десятилѣтiе; С. 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 материала, послѣ того, какъ наступило время массоваго произвсдства 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 hystory 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 долѣе умираніе ткани и главное—находящихся въ ней нервовъ. И дѣйствительно, во всѣхъ случаяхъ myomhysterectom'ий по экстраперитонеальному методу развиваются довольно сильныя боли, которыя держутся сутки, часто двой послѣ операции ¹⁾.

За симъ громадный недостатокъ экстраперитонеальнаго лѣченія,—это послѣдовательная мортификація перевязанной культи; вслѣдствіе наступающаго омертвѣнія, происходитъ зловонное, и хорозно-кровоянистое 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 инфекции 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 срѣзываніемъ омертвѣвшихъ кусковъ. Затѣмъ слѣдуетъ долгій періодъ цикатризаціи покрытой грануляціями воронкообразной раны и, только послѣ истеченія этого медленнаго періода, лѣчение 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 внѣбрюшиннаго 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 Myomotomie Centr. f. Gyn. 1890, № 25.

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

брюшинная грыжа; хотя эти грыжи иногда бываютъ маленькія, но часто очень тяжелыя ¹⁾.

Наконецъ упомяну, что при очень короткой ножкѣ, при фиброміомахъ тазовыхъ, когда онѣ развиваются въ клетчаткѣ широкихъ связокъ, этотъ методъ безусловно неприложимъ ²⁾, или, если и примѣняется послѣ вылуценія 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 экстраперитонеальнаго 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 впоследствии 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 myomhysterectomiæ, 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 зависит 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 дастъ большій процентъ смертности, чѣмъ послѣдующія, когда приобрѣтается большая ловкость и снаровка, 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 вышесказанныя 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 продолжающіяся 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 внутрѣбрюшиннаго метода Schroeder'a, сразу поставилъ операцію удаленія фибромы на новый, рациональный хирургическій путь. Но

¹⁾ Ueber 38 Hysteromyotomien mit extraperitonealer Stumbehandlung. 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 носится 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 внутрибрюшинному 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 шолка (Lastly, the peritoneal edges of the divided uterine wall were brought together by an uninterrupted suture of fine carbolised silk. p. 147), хотя у него этотъ методъ не получилъ той систематической разработки, которую произвелъ Шредеръ.

Точно также независимо отъ Шредера внутрибрюшинный методъ примѣнилъ 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 Юнѣ 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-

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 фибротомій сразу увеличилась довольно значительно сравнительно съ внѣбрюшиннымъ способомъ. Статистика въ то же время показала, что главныя причины смерти послѣ примѣненія внутрибрюшиннаго метода—это септическое зараженіе и послѣоперационныя послѣдовательныя кровотечения. Сдѣланныя тщательныя изслѣдованія источника септического зараженія показали, что сепсизъ 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

¹⁾ *Diagnosis and Surgical treatment of abdominal tumours. 1885.*

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

то чрезвычайно важное явление, что изъ 21 случая трудныхъ и сложныхъ при операціи фибромъ, во 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 патогенныя. Изслѣдованія Boisleux ²⁾ на 10 миомахъ, удаленныхъ вмѣстѣ со всей маткой Мартиномъ, показали, что въ четырехъ случаяхъ въ днѣ матки и въ одномъ случаѣ въ шейкѣ найдены микроорганизмы; привітіе ихъ морскимъ свинкамъ и мышамъ вызывало смертельный исходъ. Такими изслѣдованіями этому практическому наблюденію дано научное обоснованіе. Ввиду этого предложено, насколько возможно, тщательно 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 вокругъ прижженного мѣста вырѣзывалась; примѣнялась для дезинфекціи t-ra jodі, 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 шва. 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, myomysterectomia вступила во 2-й стадій своего развитія, которымъ была закончена операція овариотоміи. 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 новообразованіе 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 интраперитонеального метода: у Шредера смертность около 30% (164 операц. съ 49 смерт.), у Gousserow'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 Brenneke 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 Gousserow'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 Wether'a, % смертности оказывается 28% для внутрибрюшиннаго способа и 24% для внѣбрюшиннаго ¹⁾.

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

Насколько имѣетъ значеніе время производства операціи, т. е. производилась ли она въ первое время ея предложенія или въ послѣдующее, показываетъ статистика Антона Яковлевича Крассовскаго, который сдѣлалъ 19 миотомій 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 myomhysterectomій 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, перешель къ внѣбрюшному способу, хотя потомъ, ввиду превосходства внутрибрюшного 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 Шредеромъ, myomhysterectomy и до сихъ поръ еще остается операцией 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 лучше результаты. Этотъ, впрочемъ, совершенно понятный фактъ, все 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⁾ Koefflin, 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'я 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 небольшія 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 внутрибрюшному методу, потеряно 5 челов., а по внѣбрюшному изъ 6 случаевъ—1. Изъ этой статистики видно, какъ % смертности отъ этой операции прогрессивно уменьшался, и вообще смертность отъ этой операции за послѣднее время значительно уменьшилась, приблизительно съ $\frac{1}{3}$ всехъ

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 Myomectomie 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 внутрибрюшному способу потерялъ трехъ больныхъ; такой же результатъ онъ получилъ и при внѣбрюшномъ способѣ; при почти одинаковомъ числѣ случаевъ, 26 сл., при внѣбрюшномъ способѣ онъ получилъ 11,7% смерти, а при внутрибрюшномъ—при 28 случаяхъ, получилъ 11,1% ³⁾.

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

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

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

Landau въ новое время получилъ по внутрибрюшному 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⁾ Cinquiem 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 внутрибрюшному методу ¹⁾.

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

Профессоръ Рейнъ, въ Кіевѣ, въ продолженіе $3\frac{1}{2}$ лѣтъ, сдѣлалъ 16 фибротомій съ 3 смертн. случаями, слѣд. 18,7% смертности. Изъ нихъ 9 случаевъ интраперитонеально, 1 экстрAPERITONEально, въ 3 случаяхъ вылученіе изъ широкихъ связокъ, въ 2 случаяхъ вылученіе 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 операция была произведена по типу Шредеровскаго способа, только безъ эластической лигатуры ⁴⁾. Заяицкій (Москва) произвелъ съ 1892 г. по 1888 г. 18 гистероміомэктомій по Schröderу съ 4 смертями, т. е. 22,2% смертности ⁵⁾. Онъ производитъ операции съ эластическимъ жгутомъ.

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

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

³⁾ Боряковскій. Отчетъ о 16 міомотоміяхъ. Гинекологическое Общество въ Кіевѣ, 30 января 1888 г. Рефер. изъ Centralblattf. 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. Обзорніе Т. XXX, № 23, 1888.

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

Упомянемъ здѣсь въ нѣсколькихъ словахъ о двухъ модификаціяхъ внѣбрюшиннаго способа, по которымъ поерируются повидимому только одни авторы. Это способъ Meinert'a ²⁾, который проводитъ культю въ задній сводъ и Byford'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 конкурирующие способы обработки ножки при удаленіи фибромъ 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 могиканъ, 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 все 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 особыя условія опухоли, когда она имѣетъ телангіектатическій характеръ, или когда нельзя совсѣмъ приготовить ножку, наконецъ, при нѣкоторыхъ условіяхъ со стороны самой больной, когда нужно спѣшить окончить операцию, напр. при опасныхъ кровотеченияхъ, при плохомъ общемъ состояніи больной и проч., предпочитается болѣе быстрый внѣбрюшинный способъ ⁵⁾.

¹⁾ На 18 собраніи Американ. Общ. гинекологіи, 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, внѣбрюшинный методъ вполнѣ 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 внутрибрюшному способу распадающіяся фибромы, съ высокой лихорадкой, причемъ, послѣ операціи, лихорадка пала и получилось гладкое выздоровленіе ¹⁾).

Теперь можно сказать, что операція myomhysterectomii вступила во второй стадій своего развитія, стадій внутрибрюшиннаго 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 myomhysterectomii, таковыми причинами въ громадномъ большинствѣ случаевъ оказываются септическое зараженіе и послѣопераціонныя кровотеченія. Разъ это такъ, то этимъ самымъ опредѣлились дальнѣйшіе пути развитія

разсматриваемой нами операціи въ томъ смыслѣ, что дальнѣйшій прогрессъ міотоміи долженъ былъ состоять въ техникѣ антисептики и въ техникѣ 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 повъ культуры, 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 myomhysterectomii, 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⁾ Vorlesungen über klinische Gynäkologie 1892.

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

ную конгестію 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. Первыя 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 обуславливаются напиряющими кишками и, въ виду глубокаго положенія яичниковъ, приходится почти всегда примѣнять положеніе Тренделенбурга; иногда приходится вынимать кишечникъ, что далеко безразлично 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 послѣдующая 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 совсѣмъ не удастся отыскать яичники среди неправильныхъ бугровъ опухоли, среди многочисленныхъ и толстыхъ сросеній 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. Tait¹⁾, 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 фибромиомы 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 эмболией²⁾.

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

Такъ вообще принимается, что опухоль, достигающая выше пупка, при ея ростѣ, показываетъ ея удаленіе³⁾. Въ этомъ смыслѣ Terrillon⁴⁾ 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 Pozzi¹⁾) 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% смертности²⁾. 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'a³⁾ 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%; Pichevin⁹⁾ выводитъ 14% смертности.

Что касается терапевтическаго результата, то изъ 66 случ., собранныхъ у Wiedow'a¹⁰⁾, 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 franzosisch. 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 fibromes uterins. 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⁾). Voilly 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 Tait'a опухоли уменьшались или даже совсѣмъ исчезали, чѣмъ моложе былъ данный субъектъ ³⁾). По Auvar'd'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 большій процентъ уменьшенія падаетъ

¹⁾ L. c.

²⁾ Voiffin l. c.

³⁾ L. c.

⁴⁾ L. c.

⁵⁾ Bold. New-York l. c.

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 доброкачественная говоритъ проф. Славянскій ¹⁾), все-таки остается въ организмѣ; полное исчезновеніе фибромы, какъ показываютъ наблюденія, относится къ исключеніямъ; она можетъ еще впоследствии дать поводъ къ развитію тѣхъ или другихъ симптомовъ. Продолженіе роста опухоли и превращеніе ея въ кистовидную, вслѣдствіе образованія лимфоэктатическихъ полостей подъ вліяніемъ перерывокъ сосудовъ во время операціи, не относятся къ большимъ рѣдкостямъ среди послѣдствій оскотленія. На основаніи только что сказаннаго, операція оскотленія при фиброміомахъ не можетъ быть, слѣдовательно, отнесена къ радикально излѣчивающимъ операціямъ и по существу не можетъ быть сравниваема съ міоматоміей, полнымъ удаленіемъ опухоли“ ²⁾).

Не слѣдуетъ забывать, что кастрація представляетъ только симптоматическій, міотомія же радикальной терапевтической приѣмъ, говоритъ Runge ³⁾). Удаленіе обоихъ яичниковъ иногда очень затруднительно; смертность же и до сихъ поръ еще довольно велика сравнительно съ невѣрностью получаемыхъ результатовъ. Онъ предлагаетъ поэтому кастрацію только въ случаяхъ, гдѣ радикальная 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. Славянскаго, 1888, р. 612.

²⁾ Ibidem p. 612.

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

стаиваетъ 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 *menorrhagiâ*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 кастраціи по поводу фиброміомъ матки, бываютъ нерѣдко, послѣ безуспѣшной кастраціи, вынуждены производить вторичную ляпаротомію для радикальнаго удаленія фибромы матки ²⁾. Laws. Tait у въ одномъ случаѣ пришлось сдѣлать вторичную операцію *hysteromyometomi*; 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 gynâkol. Assotiation medical britannique. Session de Birgingham. La sem. med. 1890, № 34, p. 288. Hank. New-York Journ. of. gyn. and obstet. 1893 Mai—Avgust. 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 анэмии, потому что при самой операціи теряется не больше 2 столовыхъ ложекъ крови (Fritsch), когда существуетъ масса неудаимыхъ сращеній (Auvard). Теперь эта операція отошла на задній планъ ³⁾; при современной, достаточно развитой техники радикальной операціи, приходится отказаться отъ кастраціи; вѣдь совѣтъ нераціонально, какъ справедливо говоритъ Фричь, 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, p. 1097 сообщаетъ случай, потребовавшій вслѣдствіе дальнѣйшаго роста опухоли послѣ кастраціи, вторичной ляпаротоміи и гистероміотоміи.

¹⁾ Vorlesung... l. c.

²⁾ Olshausen l. c.

³⁾ Richelot, поклонникъ ея, уже болѣе двухъ лѣтъ не производитъ ея больше l. c.

фибромиомъ матки, предложенной Мартиномъ, именно энуклеации 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 энуклеаций, 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 энуклеаций, произведенныхъ Prochowick'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. Uberset. von Kothe, p. 389.

²⁾ L. Tait l. c.

³⁾ E. Braun. Beiträg. zur Lehre der Laparotomien 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 непродуктивномъ 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, энуклеация неприложима или мало—приложима. 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. l. c. и Ascher, изъ клиники Prochowick'a l. c.

³⁾ L. Tait'a l. c. 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'a¹⁾. О возможности этого говорятъ все 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 слоемъ²⁾.

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 періодъ³⁾.

Техника этого метода легка только при небольшихъ фибромахъ, не больше дѣтской головки, даже скорѣе до кулака если опухоль лежитъ поверхностно⁴⁾. 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 матку¹⁾.

Hofmeyer наблюдалъ у одной больной, у которой Шредеръ удалилъ фиброму энуклеаціей ея, чрезвычайно сильныя маточныя колики въ первые дни послѣ операціи. Онъ приписалъ это крови и отдѣляемому, которыя скопились въ полости раны, что легко могло обусловить или лопанье швовъ, или прорѣзыванье ткани²⁾.

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 продолжаютъ въ такой же степени и послѣ операціи³⁾ 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 смертями⁴⁾, у Шредера 1 случ., гдѣ фиброма была больше головы взрослога,—больная выздоровѣла⁵⁾; у Мартина изъ 96 случаевъ получилось 18 смертей⁶⁾; Bukowsky⁷⁾ собралъ статистику изъ 55 случаевъ съ 18,2% смертности. У E. Braun'a 15 кон-

¹⁾ Fritsch. Bericht über. l. c.

²⁾ Boiffin l. c.

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

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

⁵⁾ Hofmeyer. Myomotomie. et cet.

⁶⁾ Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1890.

⁷⁾ Ueber Enucleation 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 энуклеаціи ¹⁾); у Prochownik'a изъ 10 случаевъ погибъ одинъ ²⁾). Küstner ³⁾ произвелъ эту операцію 5 разъ, причемъ одна умерла, 2¹/₂ мѣс. спустя послѣ операціи, отъ перитонита. Engström (Helsingfors) произвелъ 24 энуклеаціи и потерялъ только одну больную ⁴⁾ изъ послѣднихъ 20 случаевъ Мартинъ ⁵⁾ потерялъ только одну; горячій поклонникъ этого метода, Chevrier ⁶⁾, 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 распространенія ⁷⁾ Zweifel ⁸⁾ причисляетъ ее къ одной изъ самыхъ опаснѣйшихъ изъ всѣхъ операцій. Часто къ начатой энуклеаціи, для вѣрности результата, присоединяютъ кастрацію ⁹⁾ или даже myomhysterectomiю ¹⁰⁾.

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 E nukleation 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 gynäköl, 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 интраперитонеальнаго 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 интраперитонеальнаго метода. Статистика несомнѣнно уже установила тотъ фактъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ смерть, при внутрибрюшинномъ способѣ обработки ножки, происходитъ отъ сепсиса и отъ послѣдовательнаго кровотечения изъ культи. Клиническія наблюденія показали, а бактеріоскопическія подтвердили, что септическое зараженіе, при обычной строгой антисептикѣ, происходитъ изъ канала шейки, а послѣдовательныя кровотечения 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⁾ Eöhlein. Gynäköl. Tagesfragen I. c.

²⁾ Hofmeyer. Grundriss et cet. I. c.

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

теченія. Исторія овариотоміи показываетъ, что ножка овариальной 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 срастаніе культи матки, этотъ шовъ не допускаетъ распространенія септического зараженія изъ канала шейки матки на брюшную полость. Въ то-же время, этотъ шовъ, пересекая 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 известной степени, безболѣзненнѣе послѣоперационный періодъ, во время котораго обыкновенно довольно жестоки боли въ культѣ держатся 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 питанія 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 приема чрезъ эту манжетку, чрезъ сосуды серознаго покрова, часть культи выше перевязки получала питательный матеріаль. Этотъ методъ, въ известной 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^o* пала и наступило гладкое выздоровленіе.

Возраженія Фрича и Ольсгаузена, указывавшихъ на опасность этого метода, не оправдываются ни априорными 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 ненужность 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 операцію Leopold ¹⁾; перевязавши широкія связки, онъ накладывалъ эластическую лигатуру на шейку матки и выкраивалъ два лоскута, выпуклые сверху, спереди и сзади опухоли, которую и удалялъ. Потомъ онъ прижигалъ цервикальный каналъ и затѣмъ прокалывалъ культю 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'a, 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 Chroback'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 myomhysterectomіѣй 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⁾ Cinquiem Congrès Francais de Chirurgie 30 Mars—4 April, 1891. Sem. med. 1891, № 7, p. 128. Lecons de Clinique chirurgical 1889.

тремя смертями. Richelot ¹⁾ сообщилъ 13 случаевъ myomhysterectomіѣй 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 культы. Все 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 образования лоскутовъ по Chrobak'у ²⁾). Pozzi ³⁾ высказался въ томъ-же смыслѣ, что *ligature élastique perdue* часто вызываетъ перетонить и тазовые абсцессы, причѣмъ иногда лигатура отходитъ чрезъ рукавъ. Но если и до этого не доходить, то все таки всегда находятся сращения около культы или гнойники. Поэтому, послѣ операціи большею частью наблюдаютъ поднятіе t^0 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 міомотоміѣй и потерявшій 10 больныхъ (22,2%), лѣчилъ культю интраперитонеально, по способу сходному со способомъ Leopold'a—съ тройнымъ швомъ. Онъ пьетъ теперь кэтгутонъ и узловымъ швомъ.

¹⁾ Societé 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 кровоточенія 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 расчетѣ, 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 можемъ 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 всѣми 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. Кровоточенія 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. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1894. Bd. XXVIII, N. 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, кровотокащее мѣсто сейчасъ-же перевязывается, и операція, безъ всякой помѣхи со стороны кровотока, 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, кровотокащія 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 кровотокащихъ 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 закончимъ разсмотрѣніе большой группы модификацій внутрибрюшиннаго способа, въ основѣ которыхъ лежитъ идея поперечнаго шва на культю фибромы. Эта идея, заимствованная изъ техники операціи оваріотоміи, 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 деюшва 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 ileus'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-

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

Послѣднюю группу модификацій представляютъ такъ назыв., смѣшанные способы, стоящіе на границѣ между внѣ — и внутрибрюшинными способами. Они все основаны на желаніи, призмѣненіемъ 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 *intraperitoneal*ными. Сюда относится прежде всего способъ *Wölfler-Hacker's* ²⁾, двухъ ассистентовъ Бильрота.

Wölfler, по идеѣ *Hacker's*, 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 брюшная рана зашивается, кромѣ нижняго угла, гдѣ помѣщается маточная культя, и сюда проводятъ, въ качествѣ дренажа, полоску іодоформной марли.

¹⁾ У *Treub's* изъ 23 случ., оперированныхъ въ клиникѣ, умерло 3, изъ которыхъ 2 отъ *Heus's*.

²⁾ *Wien-er med. Wochen.* 1885, № 25, 48 и 49.

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

Sänger модифицировалъ немного этотъ способъ въ томъ отношеніи, что онъ изолировалъ культю, вшиваемую въ нижній уголъ брюшной раны, образованіемъ складки изъ пристѣлочной брюшины позади задней поверхности культы 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 сулемованной марлей. Лигатуры отходятъ отъ 7 до 9 дня. По этому же способу оперируетъ и *Polk* ⁴⁾.

Способъ *Fritsch's* 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 ileus'a и одну отъ уремии ¹⁾.

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

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

¹⁾ Säczzig Fälle von Laparomyotomie mit epikritischen Bemerkungen über die Methoden et cet. Sammlung klin. Vorträg. № 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. I. 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 cm. надъ сводами рукава, до уровня которыхъ отсепарованы лоскуты.

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 лоскутами. Но такъ какъ передній лоскутъ представляется болѣе длиннымъ, чѣмъ задній, то шовъ перитонеальныхъ лоскутовъ не совпадаетъ 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 лоскутовъ. 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 помѣщается 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 выдѣляя 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⁾. Johannowsky ⁴⁾ сообщаетъ два случая миомотоміи и 3 случая кесарскаго сѣченія по Roggo, которые протекли благоприятно при примѣненіи этого метода, несмотря на инфицированную шейку. По этому способу оперировалъ 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 состоитъ въ томъ, что онъ не сшивалъ одинъ перитонеальный лоскутъ съ другимъ, а накрывалъ одинъ лоскутъ на другой; такъ напр., онъ задній лоскутъ накладывалъ на культю и прикрѣплялъ его къ передней

¹⁾ Yerhadlung. 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 retroperiton. Stielversorg. et cet. Archiv f. Gyn. 1892, p. 353.

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

⁶⁾ Wien. méd. Woch., 1893, № 41 и 42.

⁷⁾ Boiffin. I. c.

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

поверхности культи, а потомъ, сверхъ этого, накладывалъ передній лоскутъ и пришивалъ къ задней поверхности культи и, такимъ образомъ, разобщалъ, по его мнѣнію, полнѣе брюшную полость отъ культи, покрывая эту послѣднюю 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 послѣдней группы модификацій обработки ножки при удаленіи фиброміомъ матки чрезосѣченіемъ.

Относительно этой послѣдней группы нужно сказать, что всѣ они представляютъ типъ смѣшаннаго метода, переходный стадій отъ внѣбрюшиннаго къ внутрибрюшному; 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 стадія необходимой мортификаціи ножки и продолжительнаго стадія 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 операцию по успѣшности, по ‰ выздоровленій, къ операциі ова-

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

ріотоміи¹⁾. Но съ другой стороны, эти модификаціи не лишены двухъ крупныхъ недостатковъ внѣбрюшиннаго метода; это,—иногда довольно долго продолжающееся, нагноеніе въ брюшной воронкѣ, сопровождающееся отхожденіемъ лигатуръ и, что еще важнѣе,—послѣдовательное образованіе брюшныхъ грыжъ. Фричъ, напр., говоритъ²⁾, 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 культы опухоли, т. е. шейки матки.

Способъ Хробака, вѣрный по идеѣ, очень хорошъ по результатамъ, но представляетъ много трудностей при выполненіи. При немъ приходится работать у самага дна малаго таза, образовывать брюшинные лоскуты, основаніе которыхъ должно доходить до самыхъ сводовъ рукава; обработка ножки, которая оставляется не больше 1 см. величиной, пришиваніе передняго лоскута къ задней сторонѣ культы, 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 являлось только логическимъ послѣдствіемъ дальнѣйшаго развитія идеи его метода. Способъ Albert'a, какъ противорѣчающій основнымъ требованіямъ хирургической техники, не заслуживаетъ подражанія.

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

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 hysteromyo-ectomy, 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 чревосѣченіемъ; 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 Douena, 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 назначеніе среднихъ солей и *magisterii Bismuti*. Самая ляпаротомія 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'emъ, который, въ только-что опубликованномъ своемъ новомъ методѣ препараторнаго удаленія фибромъ матки, въ противо-

¹⁾ Rischelot l. c. Mangiagalli l. c.

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

положность громадному большинству современныхъ гинекологовъ, 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 препаратормъ, 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 обколоть. 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 обколоть артерію. Это разъ и случилось у Фрича при примѣненіи вѣбрюшиннаго метода. Поэтому проф.

¹⁾ Bericht et cet. l. c.

Фричъ отбрасываетъ эластическую лигатуру при міомоміяхъ, при Кесарскомъ сѣченіи, при операціи Porro, 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 сросеній 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 болѣею 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 ramiformis* 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 пристѣночной 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 пристѣночную 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 цѣликомъ, 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 соотвѣтственнымъ названіемъ и перебирая другія модификаціи, — ретроперитонеальный Хро-

бака, интрапаріетальные Wölfler'a и Hacker'a, Fritsch'a, Kelly, Sānger'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 пристѣночной 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 культию ножки и перешили къ кэтгуту, 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 *hysteropexiëй*; 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 оваріотоміяхъ, 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 кровото- ченія. Подшиваніемъ культи матки и широкихъ свя- зокъ къ пристѣночной брюшинѣ, сосуды этихъ орга- новъ вытягиваются; а какое значеніе имѣетъ это на кровоточеніе, знаетъ всякій, кому приходилось дѣлать экстирпацію матки *per vaginam*. Затѣмъ, брюшныя стѣн- ки, къ которымъ притянута культа 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 клас- сическомъ внутрибрюшинномъ способѣ, въ брюшную полость опускается остатокъ матки, зашитый швами. При наклонности брюшины изолировать все посторон- нія тѣла сращеніями сосѣднихъ органовъ, когда культа матки опускается въ брюшную полость, когда она отдает- ся всеѣмъ случайностямъ своего положенія въ брюшной полости, она весьма часто служитъ мѣстомъ сращенія сосѣднихъ органовъ, въ лучшемъ случаѣ — салъника, въ худшемъ — петель кишокъ. Въ послѣднемъ случаѣ легко можетъ произойти перегибъ кишокъ около мѣста при- рощенія, съ послѣдующими явленіями *ileus'a*. И дѣйстви- тельно, въ большихъ статистикахъ большинства авто- ровъ мы часто встрѣчаемъ это осложненіе, подтверж- денное вскрытіями. Бреннеке ¹⁾ точно также отмѣчаетъ это часто встрѣчающееся осложненіе и, вмѣстѣ съ Valt- hard'омъ ²⁾ предлагаетъ при ляпароміомэктоміяхъ, вмѣс- то „сухой асептики“, примѣнять, особенно при долго продолжающихся операціяхъ, „влажную асептику“, въ видѣ компрессовъ, сильно пропитанныхъ асептическимъ физиологическимъ 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 погруженіи ножки, неимѣющей ни- какого физиологическаго значенія для больной, предо- ставлять ее всеѣмъ случайностямъ въ брюшной полости, — уже а priori является мысль лучше фиксировать ее, особенно въ линіи швовъ. Въ этомъ отношеніи, если гистеропексія имѣетъ терапевтическое значеніе для рет- родевіацій матки, то примѣняемый нами такой же ме- тодъ 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 потомъ 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 послѣопераціонное теченіе.

Матка оказалась покрытой фиброматозными буграми, величиною съ голову взрослого челюв. Она захвачена въ днѣ щипцами Мюзю и затѣмъ, *безъ наложенія эластич. лигатуры*, перевязаны съ той и другой стороны plexus rampliniformis, широкія связки и art. uterin. Затѣмъ все тѣло матки конусомъ внизъ было отнято отъ шейки. Воронка шейки, послѣ прижиганія ея канала 10% раств. acidі сагв., 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 швѣ образовалось нагноеніе. 14 марта больная отпушена 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 ь.

Регулы съ 16 лѣтъ, по 7 дней, черезъ 3 нед., установились сразу. Послѣ замужества типъ регуль не измѣнился. 6 родовъ, послѣднія—8 лѣтъ наз., ррегрег. 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. тѣлосложенія и питанія. Окраска кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ нормальна. Животъ значительно увеличенъ, особенно въ лѣвой сторонѣ, пупочное кольцо сглажено. На всей поверхности опухоли тупой звукъ, начиная 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: окружн. 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 23½, отъ sp. ant. sup. до пупка справа и слѣва 28. Матка—retropositio et lateroversio d., движенія матки опухоли не передаются, а обратно—очень мало.

Операція и послѣопераціонное теченіе.

Въ виду этихъ данныхъ была поставлена діагностика на кистому яичника. 2 янв. сдѣлана липаротомія,—обнаружилась тѣсноватая опухоль, крѣпко сросшаяся съ передними брюшными покровами. Съ большимъ трудомъ опухоль была отдѣлена отъ пристѣпочн. брюшины, но еще пришлось два раза увеличить брюшной 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 сросеній съ кишками и сальникомъ, очень богатыхъ сосудами и потребовавшихъ большія количества перевязокъ. Ножка опухоли оказалась очень короткой, около, около 1½ 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 $\frac{1}{2}$ 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. Fibromyoma uteri hysterotomia supravaginalis.

А н а м н е з ь.

Регулы появились на 17 году, установились сразу, по 5 дней, черезъ 3 недѣли, безъ боли. Послѣ замужества типъ регуль 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. T° 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 культя была зашита шелковыми швами слѣва на право, съ заворачиваніемъ брюшинныхъ поверхностей внутрь. Затѣмъ вся культя однимъ глубокимъ швомъ была подшита къ пристѣночной 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-грязнаго 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 $^{\circ}$ 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 ь.

Регулы съ 16 лѣтъ, установились не сразу, по 3 — 4 дня, чрезъ 3 недѣли, безъ боли. Одни роды, 18 лѣтъ назадъ, риегрег. 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.

Status praesens.

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 большаго таза, а другая въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, матка (по зондированіи) переходитъ въ правую опухоль. Кромѣ того, спереди фибромы, близъ мочеваго 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. Наружные 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 ляпаротомія, 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 мочеваго пузыря и состоялъ изъ массы мелкихъ бугровъ; другаго большаго, праваго и третьяго—большаго 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 мочеваымъ пузыремъ, отсепарована отъ передней опухоли. Отсепарованіе 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 прижатъ 10% растворомъ acid. carbol., а брюшина, передн. Дуглас. простр. и отсепарованный мочеваго 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. natri chlor., и брюшная рана зашита глубокими и поверхностными шелковыми швами. Операция продолжалась 1¹/₄ 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 разлитаго бронхита. Дренажъ вынуть чрезъ 2 недѣли. Затѣмъ, чрезъ 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 ь.

Регулы съ 17 лѣтъ, установились сразу, по 4 дня, чрезъ 3 нед. Одни роды, ригр. норм. 3 года менорrhag. 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 взрослоу; увеличеніе начинается сейчасъ надъ сводами и распространяется больше на заднюю стѣнку.

Операция и послѣоперационное теченіе.

14-го января сдѣлана операция. 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, культя зашита съ заворачиваніемъ брюшинныхъ поверхностей внутрь и шейка подшита къ пристѣночной брюшинѣ нижняго угла раны. Въ задн. Дуглас. простран. введенъ дренажъ и брюшная рана зашита. Операция продолжалась 40 минутъ.

Послѣ операции t° одинъ разъ была 38,9 и больше 1¹/₂, 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. Медынк. 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 ь.

Регулы съ 15 лѣтъ, установились сразу, по 3 дня, черезъ 3 недѣли, безъ боли. 7 родовъ, послѣднія—10 лѣтъ назадъ. Регулы нормальны, носить 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 вправляется въ полость живота, въ правую сторону. При вправленіи ея, изъ шейки матки выдѣляется масса бѣлей.

Операция и послѣоперационное теченіе.

7-го января сдѣлана ляпаротомія, 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 ramiform. широкія связки съ обѣихъ сторонъ до внутренняго маточнаго зѣва и art.

uterinae. Послѣ защемленія длинными зажимами противоположныхъ сторонъ широкой связки, матка была отнята воронкообразнымъ вырѣзываніемъ тѣла изъ шейки; вскрытый каналъ шейки прижженъ 10% раствор. карболовой кислоты. 3-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 вылуцалась. Трубы не представляютъ ничего ненормальнаго; правый яичникъ представляетъ явленія мелко-кистознаго перерожденія, а лѣвый—явленія соединительно-тканнаго перерожденія.

Въ первые дни послѣ 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, ригрег. нормаленъ. Первые регулы на 15-мъ году, по 5 дней, черезъ 3 недѣли, безъ боли. Типъ регулъ 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 сильнаго септического пельвиоперитонита, которыя повторялись нѣсколько разъ. Съ ними больная и поступила въ больницу.

Status praesens.

Больная среднего тѣлосложенія, плохаго 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 болѣзненъ 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 сердцебиенія, анемическіе шумы. Первая система: бессонница, жестокая головная боль, 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 операции

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

Операция и послѣоперационное теченіе.

Послѣ повторнаго пребыванія въ б-цѣ и настоящей просьбы больной, сдѣлана ляпаротомія, 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-гнояная, 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. rampiniform. 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 rampiniform. 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. Культия матки воронкообразно вырѣзана, и, послѣ прижиганія 10% растворомъ карболовой кислоты, зашита катгуттовыми швами. Наложено было нѣсколько добавочныхъ швовъ на культю широкихъ связокъ. Брюшная полость нѣсколько разъ промыта соляной водой; въ заднее Дугласово пространство введенъ дренажъ. Зашитая культя матки шелковымъ швомъ была подшита къ пристѣночной 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 интерстиціально 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 порядочныхъ кистъ, наполненныхъ свѣтлымъ содержимымъ.

Первые дни послѣ операции у больной были очень сильныя боли, слабость, пульсъ 120. Присоединилась постоянная, мучительная икота. Температура повышена, доходитъ 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., нянька. 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 ь.

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.

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

Средняго тѣлосложенія, плохаго 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, флюктуации въ ней нѣтъ. Небольшое кровотеченіе.

Операція и послѣоперационное теченіе.

30 мая сдѣлана ляпаротомія, причемъ, по вскрытіи брюшныхъ покрововъ, оказалась, пронизанная буграми, увеличенная матка, безъ всякихъ срощеній съ окружающими органами. Были перевязаны широкія связки и art. uterin., причемъ удалены трубы и яичники. Фиброма удалена воронкообразнымъ вырѣзываніемъ тѣла изъ шейки, шейка зашита кэтгуттовымъ 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^0 утромъ была 38,5, вечер. 40; очень частая рвота, боли въ животѣ, пульсъ удовлетворительный; на 2-й день 39,6⁰, 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 Колли 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, чрез-

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 занятия. 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.

Status praesens.

Средняго тѣлосложенія, плохаго питанія, анэмична. Въ органахъ пищеваренія замѣчается склонность 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.

Операция и послѣоперационное теченіе.

11 мая сдѣлана ляпаротомія, 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 0% растворомъ acidі carbolici. Культия зашита катгутowymi швами и прикрѣплена къ пристѣночной брюшинѣ. Брюшная полость наглухо зашита глубокими и поверхностными швами. Операция продолжалась 40 минутъ.

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

Послѣоперационный періодъ протекъ хорошо, т° нѣсколько разъ поднималась до 38, остальное время была нормальная и 28 июня 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 ь.

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 апельсинъ 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 T^0 норм.

Операція и послѣоперационное теченіе.

27-го ноября сдѣлана лапаротомія; причемъ, по разрѣзѣ брюшныхъ 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 Тренделенбурга, и перевязка *plexus ramponiformis* 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. Ложе этихъ фибромъ зашито постояннымъ швомъ изъ кѣтгута. Культы широкихъ связокъ дублированы; культя матки зашита съ заворачиваніемъ перитонеальнаго покрова внутрь и все подшито къ пристѣночной брюшинѣ, къ нижнему углу раны.

Брюшная полость наглухо зашита. Операція продолжалась $1\frac{3}{4}$ часа.

Вынутая матка представляла одну большую фиброму, съ большой апельсинъ величиною, сидящую въ существѣ задней стѣнки матки, и двѣ, больше грецкого орѣха. Первые 6 дней послѣ операціи больная чувствовала себя удовлетворительно, t^0 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 *coecum*. 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. И., 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 ь.

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.

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

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 палець 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.

Операция и послѣоперационное теченіе.

23 февраля сдѣлана ляпаротомія, причемъ, по вскрытіи, брюшныхъ покрововъ, оказалась фиброміома матки. Дно ея захвачено щипцами Мюзо и она извлечена изъ живота. Перевязаны были *plexus ramificatus* 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 защита 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. Послѣоперационный періодъ протекъ безъ осложненій, 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 суправагинальная ампутація матки, съ послѣдовательной обработкой ножки по ретроперитетальному методу, и потому эти случаи съ полнымъ правомъ зарегистрированы сюда-же.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея	Течение операции, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
1	Е. Ш., кр., 40 лѣтъ.	3	Fibromyoma uteri multiplex.	14-го января 1892 г.	1/2 часа.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброма матки, велич. съ голову взрослого.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 14 марта 1892 г.		Т° одинъ разъ была 39, однажды 38,6, остальное время нормальная.
2	Е. К., кр., 40 лѣтъ.	6	Fibromyoma uteri subserosum.	2-го января 1892 г.	—	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброма, вѣсомъ въ 20 ф., отекшая, однообразнаго слизистаго вида въ разрѣзѣ. Распространенное приращеніе къ передней брюшной стѣнкѣ, сальнику и кишкамъ.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 7-го февраля 1892 г.		Т° только разъ послѣ операции была 37,7, во все остальное время норм.
3	Е. А., кр., 28 лѣтъ.	6	Fibromyoma uteri.	4 го мая 1892 г.	40 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброміома, выходящая изъ задней стѣнки матки, велич. съ апельсинъ.	Нѣтъ.	Выздоровѣла		Т° на 7-е сутки поднялась вечеромъ до 38,5, остальное время нормальн.
4	И. П., солд., 40 л.	1	Fibromyoma uteri subserosum multiplex.	4-го мая 1892 г.	1 1/4 час.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброміома, состоящая изъ 3 большихъ бугровъ, изъ которыхъ передній состоялъ изъ массы мелкихъ фибромъ. Отсепарованіе приросшаго мочевого пузыря отъ фибромы.	Да	Выздоровѣла		Bronchitis diffusa, съ повторными повышеніями температуры.
5	Ф. Г., крест., 41 год.	1	Fibromyoma uteri multiplex.	14-го января 1893 г.	40 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброміома матки, занимавшая, главнымъ образомъ, дно ея и вставшая въ листки широкихъ связокъ.	Да.	Выздоровѣла		Послѣ операции, т° одинъ разъ была 38,9, больше 1 1/2 недѣли по вечерамъ 38 съ долями, а потомъ нормальна.

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея.	Течение операции, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
6	А. Н., солд., 53 л.	7	Fibromyoma uteri.	7 января 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброміома матки, находившаяся въ существѣ задней стѣнки ея, величиною съ апельсинъ.	Да.	Выздоровѣла 6-го марта 1893 г.		Послѣ операции нѣсколько разъ было повышение t°, не выше 38,3, остальное время норм.
7	Е. А. Ц., жена артиста, 40 л.	1	Fibromyoma uteri et salpingo-oophoritis purulenta duplex.	9 апрѣля 1893 г.	2 часа.	Hysterotomia supravaginalis et salpingo-ooforectomia duplex. Удалена фиброміома, величиною съ кулакъ, помѣщавшаяся интерстициально въ задней стѣнкѣ матки и нѣсколько подсерозныхъ, меньше грецкого орѣха. Громадныя прирощенія. Разрывъ гнойныхъ мѣшковъ съ изліяніемъ гноя въ брюшную полость.	Да.	Умерла на 6-й недѣлѣ послѣ операции.	Abcess. peritonei et haemorrhagia interna.	Боли въ лѣвой сторонѣ живота и пиэемическая лихорадка.
8	В. П., дочь дьячка, 48 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex.	30 мая 1893 г.	1/2 часа.	Hysterotomia supravaginalis. 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.
9	А. В., дочь отставн. фельдфеб., 35 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri.	11-го мая 1893 г.	40 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброміома матки, росшая больше по направленію къ брюшной полости.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 28-го июня 1893 г.		Нѣсколько разъ незначительныя повышенія t° по вечерамъ; въ остальномъ теченіе нормально.

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операціи.	Продолжительность ея	Теченіе операціи, осложненія.	Дренажъ	Исходъ	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
10	А. С., вѣст., 32 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex.	27-го ноября 1893 г.	1 ³ / ₄ часа.	Hysterotomia supravaginalis. 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, вслѣдствіе старыхъ перитоническихъ тяжей.		На 6 й день явленія непроходимости кишекъ и послѣдствительнаго перитонита.
11	Е. И., мѣщ., 47 л.	5	Fibromyoma uteri multiplex.	23-го февраля 1894 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis. 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 осложненій.
12	О. А. М., дочь подпоруч., 44 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex.	22-го декабря 1890 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена опухоль, состоявшая изъ одной большой фибромы, наполнявшей всю брюшную полость; другой, меньшей, выполнявшей всю полость малаго таза, и массы мелкихъ.	Да.	Умерла 25-го декабря 1890 г.	Intoxicatio iodofornii.	У больной на 3-й день послѣ операціи появилось поднятіе т°, полубезсознательное состояніе и бредъ.
13	П. А. мѣщ., 25 л.	1	Fibromyoma uteri.	15-го февраля 1891 г.		Hysterotomia supravaginalis. Удалена подслизистая фиброміома, величиною съ апельсинъ, на широкомъ основаніи.	Да.	Выздоровѣла 7-го апрѣля 1891 г.		Т° одинъ разъ на 3 й день послѣ операціи 38.

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.	Теченіе операцин, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
14	С. Б., потомствен. почетн. гражд., 33 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri.	17-го мая 1891 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброміома, сидѣвшая на днѣ и передней поверхности матки. Она оказалась наполненной яйцевыми оболочками и плодомъ, около 2—2½ мѣсяц.	Да.	Выздоровѣла 7-го іюля 1891 г.		Г° нѣсколько разъ 38. Другихъ осложненій никакихъ.
15	Е. М. В., двор., 30 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri.	19-го сентября. 1891 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброма 10 ф. вѣсомъ изъ правой широкой связки. Удалены яичники, трубы и тѣло матки. Фиксація культи къ пристѣночной брюшинѣ.	Да.	Выздоровѣла 22-го окт.		Г° одинъ разъ была 38,5; небольшое нагноеніе въ нижнемъ углу раны.
16	А. Я. С., кр., 36 л.	1	Fibromyoma uteri. Опухоль въ полости таза въ 2 кулака, на 2 пальца не доходить до пупка.	21-го октября. 1891 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена fibroma subseroso-interstitiale.	Да.	Выздоровѣла 29 ноября.		Одинъ разъ т° 38,8.
17	У. Л., мѣщ., 28 л.	Sterilitas.	Fibroma uteri multiplex, на 2 пальца заходитъ за пупокъ, неправильной формы.	30-го октября. 1891 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена вся матка до шейки. Въ маткѣ оказались 2 большихъ фибромы 2 поменьше, 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 возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
18	С. И. Т., двор., 47 л.	7	Fibromyoma uteri. Опухоль въ животѣ до пупка.	31 окт. 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. 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.
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.	Hysterotomia supravaginalis. 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.
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.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная субсерозно - интерстиціальная міома матки, 4 ¹ / ₂ 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 операции.	Течение операціи, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
21	А. Д. Г., кр., 35 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль до пупка, бугроватая, слегка подвижная.	22 ноября 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная субсерозная и отчасти интерстиціальная фибромиома матки вмѣстѣ съ маткой и ея придатками.	Да.	Выпис. 6 янв. 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.
22	Е. А. А., кр., 33 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль заходитъ на 4 поперечныхъ пальца за пупокъ. Замѣтила 6 лѣтъ назадъ.	3 декабря 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная субсерозная и интерстиціальная фибромиома матки вмѣстѣ съ маткой и ея придатками. Въ правой широкой связкѣ интралигаментозная фибром. Приращенія къ салнику и кишкамъ; небольшой асцитъ.	Да.	Выпис. 7 янв. 1891 г.		Т° 3 раза поднималась до 38.
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.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена опухоль съ голову взрослога челѣвка вмѣстѣ съ маткой, яичниками и трубами.	Да.	Выпис. 10 янв. 1890 г.		3 раза т° 38,1, на 6-й день маниакальное состояніе до 20-го дня, на 14-й день сорвала повязку.
24	А. В. Б., двор., 40 л.	5	Fibromyoma uteri. Опухоль на 3 пальца выше лобка. Замѣтила годъ тому назадъ. Припадки dysurii.	24 января 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. 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 операцин.	Теченіе операцин, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
25	Э. И. А., земск. фельд-шерца, 38 л.	Virgo inticta.	Fibromyoma uteri multiplex. Бугристая, твердая опухоль, слабо подвижная, занимающая весь тазъ. Замѣтила опухоль $\frac{1}{2}$ г. тому назадъ.	30 января 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. 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 перемѣнѣ повязки оказалось, что швы разошлись, петли кишек выпали наружу. Онѣ были вправлены и вновь наложены швы. Сняты на 24-й день. Первые 12 дней сильная лихорадка.
26	Б. И. К., мѣщ., 44 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri. Опухоль на 3 поперечныхъ пальца ниже scrobis. cordis, съ боковъ отъ подреберій, плотная, подвижная въ бока. Замѣтила 2 года назадъ.	1 февраля 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена интерстиціальная фиброміома съ 10 ф. вмѣстѣ съ маткой и придатками.	Да.	Выпис. 1 марта 1890 г.		На 2-й день t° 38,1 съ 19-го по 22-й день небольшая лихорадка до 38,3 вечеромъ.
27	Л. И. К., двор., 42 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль на $1\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца ниже пупка, малоподвижная. Сильныя кровотеченія.	21 февраля 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена кавернозная множественная, подслизисто-интерстиціальная фиброма вмѣстѣ съ маткой и придатками.	Да.	Смерть 24 февр.	При вскрытіи бурая атрофія сердца. Перитонита нѣтъ. Кровотеченіе изъ культи около $1\frac{1}{2}$ стакана. Метеоризмъ; скопальзыванія лигатуръ не обнаружено.	t° во все 4 дня до смерти не повышалась выше 37,1, но пульсъ былъ 120—130. Первые 2 дня сильная слабость, на 4-й возбужденное состояніе до смерти.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Течение операций, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперацион. періодъ.
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 слѣва на 4 пальца ниже его. Замѣтила 6 лѣтъ назадъ. Сильныя боли и кровотечения.	9 марта 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная фиброма въ 10 фунт., съ маткой и придатками. Руо- salpinx dextra, труба, растянутая гноемъ, лопнула во время операции. Опухоль сращена съ тазовой брюшиной, кишками и салникомъ.	2 др., одинъ сквозной чечезъ влагал. и брюш. стѣн., а другой въ брюш. полост.	Смерть чечезъ 11 часовъ послѣ операции.	При вскрытіи, кромѣ небольшихъ сгустковъ крови среди поля операции, ничего особеннаго.	Больная была безъ пульса, сознание затемнено, t° 37,5°.
29	М. Н. Б., мѣщ., 33 л.	1	Fibromyoma uteri. Опухоль замѣтила 2 г. назадъ. Лѣчилась электричествомъ и массажемъ. Опухоль плотная, слегка бугристая, безъ признаковъ флюктуации; по средней линіи границы ея на 4 пальца выше пупка, по сосковымъ линіямъ на палецъ не доходя до подреберій.	20 апрѣля 1890 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена отечная фиброма безъ приращеній вмѣстѣ съ маткой и ея придатками. Культия подшита къ передней брюшной стѣнкѣ.	Да.	Выпис. 22 мая 1890 г.		На 9-й день сняты швы; оказался абсцессъ въ брюшн. стѣнкахъ. На 24-й день вынуть 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. Съ 3-го дня послѣ операции до 15-го лихорадочное состояніе съ наивысшимъ подъемомъ t° 39,3°.
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 кровотечения. Замѣтила большая опухоль 1 г. 2 м.; лѣчилась подкожн. инъекціями эрготина и горячими спринцеваніями.	19 апрѣля 1891 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена опухоль, $\frac{3}{4}$ ф. вѣс., безъ приращеній, множественная фиброміома матки вмѣстѣ съ маткой и ея придатками.	Да.	Выпис. 22 мая 1891 г.		

№. №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операци.	Течение операци, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
31	Г. Г. Д., кр., 30 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri замѣтила 9 мѣс. назадъ.	21 января 1891 г.	Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена фиброміома, 2 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.
32	С. Г. Б., мѣщ., 32 л.	8	Fibromyoma uteri замѣтила 1 ¹ / ₂ года назадъ. Опухоль выходитъ изъ полости таза на 4 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ, очень плотной консистенціи, болѣзненная, неподвижная.	8 февраля 1891 г.	Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена фиброма матки величиною въ 1 ¹ / ₂ кулака. Опухоль была приращена къ кишкамъ и къ брюшинѣ 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 операци небольшое лихорадочное состояніе, съ повышеніемъ вечерней t° до 38, только на 2-е сутки 38,2.
33	А. К., мѣщ., 39 л.	1	Fibromyoma uteri. замѣтила 3 года назадъ.	30 апрѣля 1891 г.	Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена фиброміома, съ голову 3-хъ лѣтняго ребенка, вмѣстѣ съ маткой и ея придатками. Правая труба была наполнена гноемъ, соответствующій яичникъ приращенъ къ тазовой брюшинѣ и кистозно-перерожденъ. Труба во время операци лопнула. Культия пришита къ углу раны живота.	Да.	Выпис. 18 мая 1891 г.		Безъ лихорадки.

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операциі.	Теченіе операциі, осложненія.	Дре-нажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперацион-ный періодъ.
34	З. Ш., мѣщ., 32 л.	5	Fibromyoma uteri multiplex. Замѣтила опухоль года 3 назадъ. Лѣчилась электричествомъ, послѣ чего опухоль уменьшилась, но черезъ мѣсяць сдѣлалось сильное кровотеченіе, послѣ повторялось. Опухоль поднимается изъ полости малаго таза до пупка, она плотна, эластична, слабодольчатая.	9 марта 1891 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная субсерозная интерстиціальная фиброміома матки, вмѣстѣ съ маткой, до уровня внутренняго ея отверстія и фаллопиевой трубой съ яичникомъ съ правой стороны; съ лѣвой стороны яичникъ не найденъ (атрофированъ). Культи пришита къ передней брюшной стѣнкѣ.	Да.	Выпис. 7 апр. 1891 г.		Съ 5-го дня послѣ операциі небольшое лихорадочное состояніе, съ вечерними подъемами не выше 38.
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.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена фиброміома матки, велич. съ голову взрослого человѣка, вмѣстѣ съ придатками матки, на уровнѣ ея внутрен. отверстія. Изслѣдованіе опухоли показало: вѣсъ $23\frac{1}{4}$ ф., въ разрѣзѣ она оказалась мелко-кистозно перерожденной. Микроскопическое изслѣдованіе показало: fibrosarcoma uteri interstitiale et subserosum lymphoteaticum, съ трансудатомъ между клеточными элементами.	Да.	Выпис. 23 апр. 1891 г.		На 2-я и 3 сутки вечерняя t° была 38; остальное время нормальная.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операци.	Течение операци, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
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 выроста до пупка. Лѣчилась тогда индуктивнымъ токомъ. Опухоль уменьшилась, потомъ опять стала увеличиваться. Сильныя кровотечения. Опухоль плотная, слегка болѣзненная, крупно-бугристая, болѣе подвижна слѣва направо, чѣмъ сверху внизъ.	29 марта 1891 г.	Hysterotomia supra-vaginalis. 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 (pyosalpinx.).	Да.	Умерла 31 1891 г.	При вскрытіи найдено: obesitas, degeneratio cordis adiposa, peritonitis fibrosa incipiens.	Т° не поднималась выше 37,7. Пульсъ слабый. Послѣ операци боль въ животѣ области сердца. Все время была рвота съ каловымъ запахомъ, вздутіе живота. Сердцебиеніе, одышка. На 2-я сутки упадокъ силъ, легкій ціанозъ. Предположено, что произошла обструкція 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 фекальных массъ, но вздутіе живота появилось снова, и больная въ концѣ 2 сутокъ умерла. Первые 3-и сутокъ повышеніе т° по вечерамъ до 38.
37	Е. П. О., ж. капитана, 42 л.	4	Fibromyoma uteri. Больная страдала сильными кровотечениями.	25 сентября 1891 г.	Hysterotomia supra-vaginalis. 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 возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операціи.
38	М. И. Т., мѣщ., 38 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri. Опухоль очень болѣзненная, мало-подвижная, плотная, не равномерн. немного меньше кулака.	28 ноября 1891 г.
39	В. Н. У., дочь священ., 46 л.	Virgointacta.	Fibromyoma uteri. Очень плотная, гладкая, небугристая и совсѣмъ безболѣзненная опухоль.	7 октября 1891 г.

Течение операціи, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
<p>Hysterotomia supra-vaginalis.</p> <p>Удалены подсерозная фиброміома матки и опухоль праваго яичника. При удаленіи послѣдней и разрывѣ сращеній, опухоль прорвалась, изъ нея вышелъ гной. Изслѣдованіе препарата: множественная кистама праваго яичника съ нагноеніемъ, Fibroma multplex subserosum sarcomatos.</p>	Да (сквозной).	Смерть 2 дек. 1891 г.	Peritonitis fibrinosa purulenta. Anaemia.	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.
<p>Hysterotomia supra-vaginalis.</p> <p>Удалена фиброміома матки, величиною съ голову взрослого человѣка, 5 ф. вѣс., вмѣстѣ съ маткой и ея придатками, было сильное кровотеченіе изъ лѣваго plexus ramificatus, который былъ сдавленъ опухолью, и доступъ къ нему былъ труденъ.</p>	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 операции.	Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытiя.	Послѣоперационный періодъ.
40	Л. М. Б., духовн. зв. 32 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль выходитъ изъ полости малого таза; она мелкобугристая, плотная, доходитъ своимъ верхнимъ бугромъ до пупка. Значительно подвижна вправо и мало—влѣво; вверхъ, внизъ и впереди подвижность ограничена.	21 января 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена субсерозно-интерстициальная, множественная фиброміома матки, величиною въ дѣтскую головку, безъ приращеній.	Нѣтъ.	Выписалась 16-го февр. 1892 г.		Безъ лихорадки.
41	И. А., кр., 52 л.	10	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль достигаетъ до пупка; плотна, малочувствительна и малоподвижна.	24-го января 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена опухоль, исходящая изъ задней стѣнки матки, величиной въ голову взрослого человѣка (Cystofibroma multiplex). Яичники оставлены. Приращенія были къ сальнику, кишкамъ и пузырю. Во время операции мышечный и серозный покровы пузыря были повреждены и защиты непрерывнымъ швомъ.	Нѣтъ	Выписалась 25 февраля 1892 г.		Первые 3 дня послѣ операции t° по вечерамъ была 38. Съ 4-го дня нормальная; на 6 д. вечеромъ 38, и затѣмъ все время нормальная.
42	Р. И. Н., двор. 38 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Лѣтъ 5 замѣтила опухоль. Матка выдается надъ лобкомъ пальца на 3.	10 февраля 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная фиброміома матки, величиною въ дѣтскую голову, вмѣстѣ съ маткой и придатками.	Да.	Выписалась 4-го апрѣля 1892 г.		На 2 день утр. и на 5 д. вечер. повышение t° до 38. Во все остальное время нормальная t°.

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Течение операции, осложнения.	Дре-пажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытiя	Послѣоперацион-ный периодъ.
43	Е. П. Ф., двор., 40 л.	1	Fibromyoma uteri multi-plex. 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.	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена множественная, интерстициальная и субсе-розная фиброміома матки, величиною въ голову взрос-лаго человѣка. Прирощеній не было.	Да.	Выписалась 4-го апрѣля 1892 г.		Первые 3 дня послѣ операциі не-большое лихорадоч-ное состояніе съ наивысшимъ повы-шеніемъ t°—38,5.
44	О. П. 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, небугристая, нечувстви-тельная, выходящая изъ шейнаго канала.	26 февраля 1892 г.	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена фиброміома, ко-торая выросла изъ задней стѣнки матки, задней ея губы. Часть опухоли спу-скавшаяся во влагалище, удалена черезъ влагалище.	Да.	Выпис. 27 марта съ не-большимъ свищемъ въ брюш. стѣн-кѣ, сообща-ющимся съ влагалищемъ		Безъ лихорадки.
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, бугрис-тая, неболѣзненная, под-вижная, выходитъ изъ полости малаго таза.	3-го марта 1892 г.	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена множественная фиброміома матки, немного менѣе головы взрослого че-ловѣка.	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.
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.	Hysterotomia supra- vaginalis. Удалена fibromyoma uteri interstifiale et subseros., ве-личиною, вмѣстѣ съ маткой, болѣе кулака взрослого че-ловѣка. Прирощеній не было.	Да.	Умерла 14 марта.	Отъ внутр. кров. въ брюши. пол. изъ лѣв. plexus ramific. При отсутствіи ка-кихъ либо воспа-лительн. проц. на брюш., какъ показ. вскрытіе.	Больная умерла къ слѣдующему ут-ру при явленіяхъ внутренняго крово-теченія.

№№	Имя и возрастъ	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Течение операции, осложнения.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
47	А. Ф. Д., мѣщ., 40 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль бугристая, подвижная, малочувствительная. Слѣва и сзади отъ этой опухоли процупывается другая, съ ясной флюктуаціей.	19-го марта 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная фибромиома матки, кулака въ два величину и киста лѣваго яичника, въ гусиное яйцо.	Да.	Выпис. 7 мая 1892 г.		Безъ лихорадки.
48	А. К. Ж., мѣщ., 48 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Опухоль плотная, неподвижная, состоящая изъ отдѣльныхъ круглыхъ долей.	26-го марта 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. Удалена множественная фибромиома матки, подсерозная, величиною въ головку новорожденного ребенка. Приращенія къ брюшинѣ таза.	Да.	Выпис. 26 апр. 1892 г.		Первый д. веч. t° 38,2; 2 д. 38,1, 3 д. 37,8. На 10 д. вечер. 38. Во все остальные дни повышенія не было.
49	Ө. 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, неболѣзненная, выполняющая лѣвый сводъ.	22-го марта 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. Salpingo-ooforectomia. Удалена опухоль величиною въ два кулака (фибромиома ut. multiplex. Приращенія къ кишкамъ, паритетальной брюшинѣ и мочевому пузырю.	Да.	Умерла 12 апр. 1892 г. отъ паралича сердца, вследствие перерожденія сердца, перерожденія.	При вскрытіи, кромѣ вышеупомянутаго жираго перерожденія сердца, найдено ничего особеннаго	Первые 6 дней лихорадочное состояніе; самое высшее повышеніе 38,3. Съ 6—14 лихорадки не было. Съ 14—18 д. опять лихорадочн. состояніе. Съ 18 до 21 нормальная t°. Почти все время слабость. Умерла внезапно, почти поправившись.
50	Е. Г. И. почетн. гражд., 37 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri. Сильное кровотеченіе съ болями въ животъ послѣ 3-хмѣсячной задержки регуль. Опухоль на 3 пальца не доходитъ до пупка.	22-го марта 1892 г.	Hysterotomia supravaginalis. Опухоль представляла субсерозно-интерстиціальную фиброму, выросшую изъ задней стѣнки матки.	Да.	Выпис. 27 мая 1892 г.		Первые 3 сутокъ по вечерамъ t° до 38,4.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операцин.	Течение операцин, осложненія.	Дре-пажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперацион. періодъ.
51	А. П. Ф., двор., 45 л.	8	Fibromyoma uteri. Опухоль величиною съ голову взрослого человѣка.	24-го марта 1892 г.	Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена фиброміома матки больше головы взрослого человѣка, 14 ф. вѣсомъ и киста лѣваго яичника, величиною въ кулакъ взрослого человѣка. Приращеній не было.	Да.	Выпис. 8-го мая 1892 г.		Безъ лихорадки.
52	М. И. Щ., мѣщ., 54 л.	1	Fibromyoma uteri multiplex. Страдасть сильными кровотеченіями.	28-го апрѣля 1892 г.	Hysterotomia supra-vaginalis. Удалена множественная, подсерозно-интерстиціальная фиброміома матки, величиною въ 2 кулака. Сильныя приращенія къ брюшинѣ малаго таза.	Да.	Выпис. 19 мая 1892 г.		Т° одинъ разъ въ 1-й день послѣ операцин вечеромъ 38.
53	А. И. Ч., мѣщ., 38 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex et cystoma intraligamentosum. sin. Опухоль наполняетъ всю полость живота; по мѣстамъ она тверда, по мѣстамъ флюктуируетъ.	6-го марта 1891 г.	Hysterotomia supra-vaginalis et ovariectomy. Удалена вылуценіемъ изъ широкой связки, киста яичника и удалена фиброміома до внутренняго маточнаго зѣва. Нижняя часть широкой связки послѣ вылуценія кисты, а также и культя шейки фиксированы къ пристѣночн. брюшинѣ нижняго угла раны.	Да.	Выпис. 15 мая 1891 г.		Т° одинъ разъ послѣ операцин 38,1.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операци.	Продолжительность ея.	Течение операци, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
54	М. Л., кр., 42 л.	1	Fibroma uteri interstiale et pyosalpinx sinistra cum perforat. in vesicam.	29 сент. 1892 г.	1 часъ 30 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis. Прироженія.	Да.	Выздоровѣла 19 февраля 1893 г.		Mania.
55	М. Е. М., кр., 28 л.	1	Fibromyoma uteri.	26 сент. 1892 г.	45 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis. Безъ осложненій. Лигатуры изъ катгута.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 20 октября 1892 г.		Безъ осложненій.
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.	Hysterotomia supra-vaginalis. Прирожденія кисты.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 31 октября 1892 г.		Безъ лихорадки.
57	А. Б., кр., 42 л.	2	Fibromyoma uteri intraligamentosum dextra. Degeneratio maligna.	2 октября 1892 г.	1 часъ 5 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis. Прирожденія къ кишкамъ.	Да.	Умерла черезъ 8 час. послѣ операци отъ кровотечения въ кѣтчатку.		
58	А. В., кр., 48 л.	10	Fibromyoma uteri.	27 октяб. 1892 г.	1 часъ 10 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis. Полное удаленіе матки.	Да.	Умерла 30 окт. 1892 г.	Degeneratio cordis.	
59	А. Н., 36 лѣтъ.	1	Fibromyoma uteri.	18 ноября 1892 г.	1 часъ.	Hysterotomia supra-vaginalis.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 13 декабря 1892 г.		
60	А. М., кр., 40 л.	5	Fibromyoma uteri et salpingo-ophoritis dextra.	23 ноября 1892 г.	45 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis.	Нѣтъ.	Выздоровѣла 28 декабря 1892 г.		Безъ осложненій.

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операціи.	Продолжительность ея.	Теченіе операціи, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
61	М. Д., жена полков., 43 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri subserosum.	25 ноября 1892 г.	25 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Безъ осложненій.		Выздоровѣла 19 декабря 1892 г.		Безъ лихорадки.
62	Ф. В., 43 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri et salpingo-oophoritis dextra.	9 декабря 1892 г.	45 мин.	Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Выздоровѣла 7-го января 1893 г.		Безъ осложненій.
63	Л. П., почетн. гражд., 45 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri.	8 декабря 1892 г.	50 мин.	Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Выздоровѣла 5-го января 1892 г.		Безъ осложненій.
64	А. С., мѣщ., 33 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex Salpingitis dupl. et oophoritis.	15 дек. 1892 г.	50 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Сильное приращеніе.	Да.	Выздоровѣла 21 января 1893 г.		
65	Е. М., кр., 33 л.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri.	19 января 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis.		Выздоровѣла 26 го февр. 1893 г.		Повышеніе t° до 39°. Повторныя кровотеченія отъ расхожденія рапы.
66	М. М., двор., 49 л.	1	Fibromyoma uteri submucosum et interstitiale.	29 января 1893 г.	50 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		Выпис. 27 февр. съ небольшимъ отверстіемъ въ нижнемъ углу раны.		
67	М. П., кр., 47 лѣтъ.	2	Fibromyoma uteri cysta ovarii d. et salpingo-oophoritis sin.	27 января 1893 г.	45 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		Выздоровѣла 28 февр. 1893 г.		
68	Е. С., акушерка, 31 г.	5	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum.	28 января 1893 г.	50 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		Выздоровѣла 25 февр. 1893 г.		

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея.	Течение операций, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
69	Е. П., вдова майора, 48 лѣтъ.	6	Fibromyoma uteri interstit. submuc., съ грушу величиною.	30 января 1893 г.	40 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		Выпис. 7-го марта 1893 года.		
70	М. Б., швейц. под. 45 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex subseros. велич. отъ горюшины до кулака.	23 февр. 1893 г.	55 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		Выпис. 17 апр. 1893 г.		t° 37,6, въ остальное время нормальная.
71	М. У., дух. зван., 28 лѣтъ.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri multiplex велич. съ голову младенца.	3 марта 1893 г.	55 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		Выпис. 3-го апр. 1893 г.		
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.	Hysterotomia supravaginalis.		Выпис. 16 мая 1893 г.		Безъ лихорадки: остался фистульный ходъ.
73	О. Н., чиновн. 40 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex 2 1/2 фунт.	7 апрѣля 1893 г.	1 часъ. 10 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Сильныя приращенія кзади.	Да.	Выпис. 7 мая 1893 г.		Осталось сообщеніе съ влагалищемъ.
74	В. Р., кр., 40 л.	Sterilitas	Fibromyoma ut. Naematosalp. sin. et cysta ovarii intraligamentos. d. apoplectica.	21 апр. 1893 г.	55 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Сильныя приращенія и разрывъ обѣихъ трубъ во время операции.	Да.	Выпис. 17 мая 1893 г.		t° нормальн.
75	М. Б., жѣщ., 40 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. съ грецкій орѣхъ и salpingo-oophoritis.	24 апр. 1893 г.	55 мин.	Hysterotomia supravaginalis. Сильныя приращенія.		Выпис. 17 мая 1893 г.		

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея.	Течение операціи, осложненія.	Дре-нажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
76	М. П., кр., 47 лѣтъ.	5	Fibromyoma ut. interstit. et subseros. multiplex въ 1 1/2 кулака вел.	18 сент. 1893 г.	47 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Умерла 20 сент. 1893 года.	Peritonitis septica nephritis. parench. Scleros. valv. mitralis Degeneratio adipos. cordis. творожистые узлы въ правой верхушкѣ легкихъ.	
77	Е. С., кр., 36 л.	2	Fibromyoma ut. multiplex, 13 1/2 фунт.	21 сент. 1893 г.	1 часъ 25 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis. Прирощенія.		Умерла отъ кровотечения въ парацервикальную клябчатку.	Degeneratio cordis. Anaemia.	
78	Д. Ю., жена священ., 55 лѣтъ.	6	Fibromyoma intralig. съ небольш. яблоко et cysta ovarii d.	1 октяб. 1893 г.	55 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis.	Да.	Выпис. 11 ноября 1893 года.		
79	А. М., кр., 40 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. multiplex. interst. et subseros.	14 окт. 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 21 ноября 1893 г.		
80	З. З., 39 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. subseros, съ голову ребенка, et salpingo-oophorit. dupl.	15 окт. 1893 г.	40 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Умерла отъ внутрен. кровотечен.	Соскальзываніе лигатуръ съ plexus ramific.	
81	Л. Б., 47 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. rugulenta intraligam. 40 фунт.	18 окт. 1893 г.	45 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Умерла.	Мѣстный инкапсулиров. гнойн. перитонитъ (въ мал. тазу), истощеніе, pyelonephritis purulenta	
82	Е. С., мѣщ., 35 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri, съ голову ребенка.	19 окт. 1893 г.	30 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 3 дек. 1893 г.		

№ №	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операціи.	Продолжительность ея.	Течение операціи, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
83	А. М., двор., 42 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. около 8 ф. et cysta ovarii d. въ кулакъ, аорпех.	29 окт. 1893 г.	1 часъ 10 минутъ.	Hysterotomia supra-vaginalis.	Да.	Выпис. 21 дек. 1892 г.		
84	А. П., мѣщ., 46 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. въ яйцо кури. Cysta ovarii d. papil. intraligam. съ разрошеніемъ панил. на поверхности.	1 ноября 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supra-vaginalis. Сильныя сращения.	Да	Выпис. 3 декабря 1893 г.		
85	Е. Е., 31 года.	Virgo intacta.	Fibromyoma uteri въ 1½ большихъ кулака.	10 нояб. 1893 г.	30 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis. Энуклеация. Матка и придатки оставлены и подшиты къ пристѣночн. брюшинѣ нижняго угла раны.		Выпис. 11 дек. 1893 г.		
86	Е. Р., двор., 40 л.	2	Fibromyoma ut. multipl. 10 ф.	11 нояб. 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 12 декабр. 1893 года.		
87	Е. Д., двор., 50 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. multipl. 4 фунтовъ.	19 нояб. 1893 г.	50 мин.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 30 декабр. 1893 года.		
88	А. П., жена врача, 52 лѣтъ.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri 18 фун.	23 нояб. 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supra-vaginalis.		Выпис. 24 декабр. 1893 года.		Абсцессъ въ нижн. углу раны.
89	М. М., двор. 30 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. въ кулакъ велич. Cystoma ovar. suppur. d., съ головою взрослога ребенка, salpingo - oophorit. sin. поступ. съ явлениями рѣзко-выраженной піеміи.	25 нояб. 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supra-vaginalis. Обширныя сращения.	Да.	Умерла 27 дек. отъ септицеміи.		

№№	Имя и возрастъ	Роды.	Видъ опухоли.	День операціи.	Продолжительность ея.	Течение операціи, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣопераціонный періодъ.
90	Б. Т., 40 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. съ голову ребенка, помѣщается въ правомъ рудиментарн. рогѣ и интралигаментозна.	27 нояб. 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Выпис. 22 декабр. 1893 года.		
91	М. Я., жена статск. сов. 43 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex et intraligament.	1 декабря 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis. Операція была затруднена удаленіемъ одного фиброма тозн. узла около культи.		7-го декабря смерть отъ септического перитонита, причѣмъ высшая t° б. 37,8°.	Кромѣ септического перитонита, мышцы сердца, ткани почекъ и печени оказались въ состояніи рѣзкаго жироваго перероженія.	
92	Е. В., купч., 42 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri, съ голову взрослога.	13 дек. 1893 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis. Сильное приращеніе фибромы къ паріетальной брюшинѣ.		Выпис. 19 янв. 1894 г.		
93	Т. Б., жѣщ., 33 л.	Sterilitas.	Fibromyoma ut. multiplex.	18 янв. 1894 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis. Трудный случай для образованія пожки.		Выпис. 22 февр. 1894 г.		
94	С. Ф., двор. 33 л.	4	Fibromyoma ut. multiplex съ голову ребенка.	25 янв. 1894 г.	1 часъ 10 мин.	Hysterotomia supravaginalis При операціи оказались сильныя сращения съ соседними органами. Во время операціи сильное кровотеченіе изъ plex. ramiform.		Умерла при внутренняго кровотеченія	Вскрытіе не было дозволено. Кровотеченіе, вѣроятно, произошло изъ сильно-кровоотлившаго и при операціи plexus ramiform.	

№№	Имя и возрастъ.	Роды.	Видъ опухоли.	День операции.	Продолжительность ея.	Течение операции, осложненія.	Дренажъ.	Исходъ.	Данныя вскрытія.	Послѣоперационный періодъ.
95	А. М., солдатъ, 37 л.	Sterilitas.	Fibromyoma uteri multiplex. Одна изъ фибромъ, въ кулакъ величиною, въ лѣвой широкой связкѣ, а другая, съ куриное яйцо, спереди матки. Salpingo-oophorit. dupl.	26 янв. 1894 г.	40 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		Умерла черезъ сутки отъ сепсиса.		
96	О. В., дух. зван., 34 лѣтъ.	5	Fibromyoma ut., въ 2 кулака величиною.	4 февр. 1894 г.	45 мин.	Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Выпис. 3 марта 1894 года.		
97	Е. Б., жена офицера 45 лѣтъ.	Sterilitas	Fibromyoma ut. multiplex, въ голову взрослого.	7 февр. 1894 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis. Сильныя приращенія къ окружающ. органамъ. Вслѣдствіе сильн. приращ. и трудности удаленія удаленъ только правый яичникъ съ оставленіемъ матки, трубъ и перевязаннаго лѣваго яичника. Матка и трубы подшиты къ пристѣночн. брюш.		Выпис. 5 марта 1894 года.		
98	И. К., кр., 38 лѣтъ.	3	Fibromyoma uteri, въ голову ребенка.	8 февр. 1894 г.	40 мин.	Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Выписалась 11 марта 1894 г.		
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.	Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Смерть черезъ 4 дня отъ септического перитонита.		
100	А. Щ., мѣщ., 42 л.	1	Fibromyoma uteri въ куриное яйцо и колосс. cystoma ovarii sin. съ мелко-кистозн. перерожд. праваго яичника.	21 февр. 1894 г.	1 часъ.	Hysterotomia supravaginalis.	Да.	Выздоровѣла 27-го марта 1894 г.		
101	Р. П., куп., 30 л.	5	Fibromyoma uteri multiplex, одна — съ куринымъ яйцомъ и 2 — съ лѣвой орѣхъ.	30 марта 1894 г.	45 мин.	Hysterotomia supravaginalis.		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 піеміи, вслѣдствіе гнойнаго распададенія 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 нибудь продолжительныхъ, операціяхъ, при всякихъ лянротоміяхъ, соединенныхъ съ долгимъ наркозомъ и продолжительнымъ обнаженіемъ внутреннихъ органовъ, 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 говорятъ, но тѣмъ не менѣе это — подлежащій 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 pampiniformis*, какъ въ брюшную полость, такъ и въ подбрюшинную клетчатку; а въ 80-мъ случаѣ прямо отъ соскальзыванія лигатуры. Относительно кровотечения изъ *plexus pampiniformis* 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 вѣнчаточной беремености, рѣже при сальпинго-оофорэктоміяхъ, 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 pampinif.* 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 разможая 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 гистероміотоміи, 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), вслѣдствіе 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 операцией, 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 фиброизмѣненной 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 культуры 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 культуры,—посредствомъ поперечнаго шва. Къ этимъ же попыткамъ нейтрализовать, насколько возможно, вредъ культуры—относятся предложенія смѣшанныхъ способовъ, когда культура, обработанная по внутрибрюшинному способу, помѣщалась въ нижнемъ углу брюшной раны, т. е. помѣщалась болѣе или менѣе внѣбрюшинно, или культура прикрѣплялась къ пристѣночной брюшинѣ. Съ другой стороны стре-

мились 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 культую іодоформной марлей, проведенной въ рукавъ.

Съ этой ступени остался одинъ шагъ до предложенія полного удаленія фиброматозной матки, вмѣстѣ съ шейкой, этой *bête noire* 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 безпрепятственно выводилось наружу. Съ этимъ естественнымъ дренажемъ не могли конкурировать всѣ искусственные дренажи (чрезъ всю матку или въ брюшную полость по Мартину, отъ раны въ повязку по Гегару, стеклянные дренажи по Säger'u 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, Säger, 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 *rag*

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 Douen ²⁾, были доведены Реаномъ до крайности.

Черни въ 1879 г. принадлежитъ заслуга воскресить вагинальную гистерэктомию. За нимъ послѣдовали Vardenheuer, 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 Douen'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 Мюзо 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 Реану.

Опасность вагинальной гистерэктоміи при фибромахъ матки въ послѣдніе года значительно понизилась. Reunier, въ Парижѣ, сообщилъ на послѣднемъ хирургическомъ конгрессѣ 5 случаевъ, все съ успѣхомъ; причѣмъ примѣнялось удаленіе 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⁾; Реан 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 Hysterectomia 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 обусловливало 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; все наши случаи прошли гладко, ни разу не наблюдалось: ни послѣдовательнаго кровотеченія, ни септического процесса.

Вторая модификація полнаго удаленія матки—болѣе сложная—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 Rudygier, 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, p. 167.

²⁾ Doyen. l. c.

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

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

⁵⁾ Ueber Myomoperat. H. Zeitch. 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 операции и необходимость перемѣнять поле операции, отсюда увеличенная опасность послѣдательной геморрагии и особен. септического зараженія.

Въ виду этихъ неудобствъ теперь большинство производитъ полное удаление фиброматозной матки только чрезъ полость живота. Еще въ 1882 г. Vardenheuer 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 Brooklin, произвелъ такую же операцию. Eastman изъ Индіано-

¹⁾ Boiffin l. c.

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

полиса собрали въ Америкѣ 79 случаевъ полного удаленія фиброматозной матки съ 8 смертями, слѣд., почти 10%. Bold (New-York) сдѣлалъ 21 операцию съ 5 смертями¹⁾, Sutton (Pittsburg)²⁾, также производилъ эту операцию съ успѣхомъ. Edebols произвелъ 6 разъ съ полнымъ успѣхомъ³⁾.

Въ Германіи, въ последнее время, особенно культивировали операцию полного удаленія фиброматозной матки чрезъсѣченіемъ Барденгейеръ и Мартина. 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 операция въ рукахъ Мартина даетъ еще 30,23% смертности безъ закрытія брюшной полости (43 случая), и только 9,5% съ закрытіемъ послѣдней. За Мартиномъ слѣдовали, на X международномъ медиц. конгрессѣ, Chrobak⁴⁾ Fritsch; Ferraris — въ Итальянскомъ Хирургическомъ Обществѣ въ Римѣ⁵⁾. Во Франціи, кромѣ упомянутыхъ уже, высказались и проводили операцию полного удаленія миоматозной матки Gouernonprez, Camelot⁶⁾; Lamphear⁷⁾, Smyly⁸⁾ и пр. въ Англии.

Методъ Chrobak'a⁹⁾ состоитъ, кромѣ общихъ приемовъ, 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'a¹⁾. 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 міомы матки (Фричь), идеальнымъ по выполненію всѣхъ показаній (Voiffin).

Статистика вначалѣ была неутѣшительна: въ первой серіи Мартина (сообщ. на послѣднемъ международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Римѣ²⁾), смертность простиралась до 30,23% (изъ 43 первыхъ операцій съ дре-

нажемъ, онъ получилъ только 30 выздоровленій), но позднѣйшіе случаи дали уже значительно меньшій % 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 фиброміомы 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 такія 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 остраго и, такъ сказать, хроническаго шока¹⁾, пораженіемъ громаднаго количества нервныхъ волоконъ и нервныхъ ганглій, заложенныхъ въ широкихъ маточныхъ связкахъ и сводахъ рукава, и ихъ послѣдователь-

¹⁾ L. c.

²⁾ Sem. med. 1894, № 21, p. 166.

¹⁾ Успенскій. Fünf Fälle von Totalexstirpation. etc. Zeitch. 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 вынужденіе громадной опухоли изъ полости живота, вызывая въ этой послѣдней гипереміа ex vaso, обуславливаетъ глубокой, 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 вливаніе 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 postoperatoires consecutifs aux opérations utero-ovariennes et sur le reflexe guttural. Nouv. arch. d'obstetr. 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. Все согласны въ томъ, что опасность удаленія фибромы матки чрезостѣченіемъ 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 такіа 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 мочеваго пузыря и мочеточниковъ. Правда, при теперешней техникѣ это случается рѣже, но въ началѣ, при способѣ Фрейнда, это часто случалось, да и теперь это легко возможно и все авторы отмѣчаютъ необходимость особенной осторожности при отдѣленіи мочеваго пузыря, совѣтуютъ ориентироваться частымъ введеніемъ катетера, наполненіемъ мочеваго пузыря и проч.

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

Все въ вышесказанномъ 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, Фричь, въ засѣданіи Берлинскаго гинекологическаго общества 27-го февраля 1891 г. заявилъ, что онъ почти черезъ годъ снова перешелъ къ внутрибрюшинному 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-

³⁾ Löhlein Gyn. Tagesfrag. I. с. 1890.

кихъ типическихъ случаевъ, мы „считаемъ“ ретропаріетальный методъ Снегирева удовлетворяющимъ всѣмъ требованіямъ, которыя могутъ быть предъявлены къ операциіи удаленія фиброміомъ матки чревосѣченіемъ.

Резюмируя все сказанное относительно оперативнаго удаленія фиброміомъ матки чревосѣченіемъ, снова приходится повторить, что этотъ вопросъ, не смотря на массу труда и усилій, которые потрачены на разработку его со стороны лучшихъ умовъ нашей специальности, не смотря на громадную литературу, этотъ вопросъ и до сихъ поръ остается еще вопросомъ дня въ гинекологіи; еще и до сихъ поръ остаются справедливыми 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 entgegengesetzten 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 равнѣ 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 усѣхъ 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 болѣе 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 экссудатомъ 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.