

№422 А
Копи

10 ⁶/₈₃

7 - НОЯ 2012

РАЗРЫВЫ

ШЕЙКИ МАТКИ.

ТРАХЕЛОРАФИЯ ЭММЕТА.

Доктора Сергѣя Агаѳонова.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Министерства Путей Сообщенія (А. Бенке),

Фонтанка, 99.

1883.

64156

к 422
Харь

10 $\frac{6}{23}$
Многоуважаемому товарищу
Ведору Александрову
Почему

РАЗРЫВЫ от аборта
12 $\frac{25}{11}$ 83

ШЕЙКИ МАТКИ.

7 - НОЯ 2012

618.14
A-23

ТРАХЕЛОРАФІЯ ЭММЕТА.

Доктора Сергѣя Агаѳонова.

Инд.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харьк. Мед. Института

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Министерства Путей Сообщенія (А. Бенке),
Фонтанка, 99.
1883.

Перечет
1886 г.

1950
Переучет-811

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 24 марта 1883 г.

Ученіе о разрывахъ шейки матки стоитъ въ тѣсной связи съ ученіемъ объ измѣненіяхъ р. в. называвшихся прежде обыкновенно язвами. Но нужно было много времени, чтобы найти связь между сказанными страданіями. То, что мы приписываемъ теперь разрыву р. в. и, за немпогими исключеніями, считаемъ за его прямое послѣдствіе, въ прежнее время считали за язву, какъ за особенную самостоятельную паталогическую форму и, вслѣдствіе этого придавали самой язвѣ весьма важное значеніе. Первыми, кто заговорилъ объ этихъ язвахъ, были французскіе гинекологи, такъ какъ зеркало необходимое для констатированія язвъ, впервые вошло въ обширное употребленіе благодаря Resnier. Такъ какъ французы придавали особенное значеніе этимъ язвамъ, то и литература этого вопроса разрослась до обширныхъ размѣровъ, особенно во Франціи. Но впослѣдствіи ученіе о сущности язвъ р. в. измѣнилось и большинство гинекологовъ пришло къ убѣжденію, что язвы эти не имѣютъ никакого особеннаго паталогическаго значенія, а что онѣ могутъ назваться только спутниками и притомъ довольно обыкновенными хроническими воспаленіями матки. Большинство авторовъ при этомъ объясняли себѣ происхожденіе язвъ очень просто, а именно: эпителий у наружнаго зѣва, вслѣдствіе эндометрита мацерируется въ обильно отдѣляемомъ секретѣ слизистой оболочки, разбухаетъ и затѣмъ при удобномъ случаѣ, напр. sub coitu или же отъ тренія р. в. о стѣнки влагалища, отслаивается или слущивается—получается язва. Эти послѣдніе взгляды существовали безспорно до 61-го года, когда впервые Roser¹⁾ началъ утверждать, что т. наз. эрозіи маточнаго зѣва происходятъ не вслѣдствіе изъязвленія влагалищной слизистой оболочки, покрывающей р. в., но что обыкновенно онѣ обусловливаются выворотомъ наружу цервикальной слизистой оболочки. Нѣсколько лѣтъ спустя, тоже самое высказалъ Эмметъ, и при этомъ какъ на причину выворота цер-

викальной слизистой оболочки указалъ на разрывъ шейки матки происходящій во время родовъ. Онъ своими крючками доказалъ, какъ говоритъ Peaslee, что все то, что раньше предполагалось изъязвленіемъ, было ни чѣмъ инымъ, какъ разрывомъ р. v. Такимъ образомъ мы видимъ, что хотя гинекологи и акушеры и давно уже знали о разрывахъ шейки, но только недавно и при томъ весьма немногіе изъ нихъ обратили должное вниманіе на нихъ, какъ на причину нѣкоторыхъ маточныхъ болѣзней. Конечно, Эмметъ зашелъ уже слишкомъ далеко, утверждая, что „покрайней мѣрѣ половину болѣзней между женщинами имѣвшими дѣтей, можно приписать разрывамъ шейки“. Однако, изслѣдованія Эммета въ главномъ были подтверждены многочисленными работами вышедшими въ послѣднее время какъ въ Америкѣ, такъ и въ Европѣ. Но хотя всѣ эти авторы и нашли, что эрозія у наружнаго зѣва не есть язвенная поверхность, а мѣсто вполне покрытое въ большинствѣ случаевъ красивымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, однако относительно генеза этихъ язвъ, они далеко разошлись другъ отъ друга, о чемъ и поговоримъ подробнѣе ниже. Установивъ новую точку зрѣнія на патологоанатомическое значеніе разрывовъ въ произведеніи т. наз. изъязвленій и придавъ имъ громадное клиническое значеніе вообще въ произведеніи болѣзненныхъ припадковъ, Эмметъ въ тоже время твердо установилъ и леченіе ихъ, посредствомъ предложенной имъ операціи—*Hysterotrachelorrhaphi*и. Но странный, по истинѣ, фактъ, что такая простая сама по себѣ операція, какъ соединеніе старыхъ разрывовъ шейки, до настоящаго времени рассматривается такъ различно относительно ея показаній и результатовъ американскими и европейскими гинекологами. Между тѣмъ какъ одни придаютъ операціи громадное значеніе и считаютъ ее почти единственнымъ, вѣрнымъ и необходимымъ средствомъ леченія даже при самыхъ незначительныхъ разрывахъ р. v., другіе совершенно наоборотъ, даже при весьма интенсивныхъ разрывахъ считаютъ ее совсѣмъ не нужной, говоря, что можно обойтись и безъ нея, еще гораздо лучше, посредствомъ ампутаціи вывороченныхъ губъ или просто одними вяжущими и прижигающими средствами. Это разногласіе мнѣній относительно достоинства такой важной операціи и побудило насъ произвести рядъ безпристрастныхъ клиническихъ наблюденій надъ случаями оперированными въ клиникѣ профессора Славянскаго, столь любезно предложившаго ихъ намъ для наблюденія. Прежде чѣмъ перейти однако къ описанію нашихъ собственныхъ наблюденій и къ изложенію выте-

кающихъ изъ нихъ положеній, намъ казалось вполне полезнымъ предпослать имъ сначала краткій историческій обзоръ литературы о разрывахъ шейки, а затѣмъ коснуться также въ главныхъ чертахъ анатоміи, этиологіи и діагностики рассматриваемаго страданія, изложеніе которыхъ можетъ послужить намъ къ уясненію условій, причинъ и распознаванія заболѣванія съ одной стороны и необходимости и безспорной полезности предлагаемаго здѣсь леченія разрывовъ съ другой. Къ тому же эти, предпосылаемыя собственнымъ наблюденіямъ, сообщенія будутъ оправдываться и тѣмъ обстоятельствомъ, что до сихъ поръ, не говоря уже о Россіи, но даже и вообще въ Европѣ, замѣчательно мало сравнительно съ Америкой существуетъ подробныхъ работъ относительно разбираемаго нами вопроса. Сообщеній объ этомъ вопросѣ и о производствѣ операціи Эммета въ Россіи почти нѣтъ, за исключеніемъ напечатанной клинической лекціи профессора Славянскаго и коротенькой замѣтки доктора Толочнинова изъ Кіева, гдѣ онъ упоминаетъ также о производствѣ операціи. Этотъ-то недостатокъ въ Россіи работъ относительно такого важнаго вопроса и былъ главнымъ обстоятельствомъ заставившимъ предпослать собственнымъ наблюденіямъ нѣсколько болѣе подробныхъ замѣчаній по различнымъ авторамъ объ анатоміи, этиологіи, симптомахъ и діагностикѣ разрывовъ шейки. Но въ основаніе своихъ собственныхъ выводовъ мы, конечно, положили только свои личныя наблюденія. Хотя мы и видѣли разрывы довольно часто въ амбулаторіи при клиникѣ проф. Славянскаго, но на операцію соглашались изъ этихъ больныхъ только не многія. Такъ что оперированныхъ проф. Славянскимъ и мною (1 случай) мы имѣемъ только 14 случаевъ. Конечно, это такое незначительное число, что мы не рѣшились-бы строить на немъ выводы, еслибъ не могли опереться на значительную уже готовую цифру, которую получили американскіе коллеги.

Итакъ переходимъ къ литературѣ.

О разрывахъ шейки матки было уже давно извѣстно. Еще въ срединѣ 17 столѣтія о нихъ упоминаетъ уже Mauriceau²⁾ въ своей работѣ „*Maladies des femmes Grosses*“. Sir James Simpson³⁾ въ 1851 году тоже привлекаетъ вниманіе на этотъ предметъ, доказывая, что разрывы такъ часты послѣ первыхъ родовъ, что должны быть рассматриваемы обыкновеннымъ признакомъ происшедшихъ родовъ, а не результатомъ одного только дурнаго веденія ихъ. Dr Benet⁴⁾ еще въ 1849 г. въ своемъ сочиненіи о маточномъ

воспаленіи указаль на частоту этого страданія и хотя допускаетъ, что разрывы были часто результатомъ ручнаго или инструментальнаго вмѣшательства, однако главною причиною ихъ считаетъ прежнее воспаление и затвердѣніе шейки. Отъ Munde⁵⁾ узнаемъ, что Gardner изъ N.-Y. еще въ 1856 году опубликовалъ работу „The Causes and curative treatment of sterility, etc.“, гдѣ онъ нѣсколько разъ упоминаетъ о разрывахъ зѣва и шейки матки, какъ причинѣ изъязвленія и гипертрофіи шейки, воспаления цервикальнаго канала и безплодія; эта работа снабжена раскрашенными рисунками, представляющими трещины и разрывы шейки съ выворотомъ и изъязвленіемъ. Объ оперативномъ пособіи, какъ средствѣ леченія этого страданія, онъ не говоритъ однако ни слова. Наконецъ, позднѣе, въ 1861 г. появилась въ „Archiv der Heilkunde“ монографія германскаго пр. Roser'a изъ Марбурга объ „Ectropium" маточнаго зѣва, въ которой авторъ опровергъ прежнее ученіе Лисфранка о грануляціяхъ и доброкачественныхъ язвахъ около наружнаго зѣва и кратко и ясно доказалъ, что во многихъ случаяхъ эти явленія не имѣютъ ничего другаго въ своемъ основаніи какъ выворотъ наружу, — такъ наз. „Ectropium“ маточныхъ губъ. При этомъ онъ установилъ двѣ формы выворота: одна изъ этихъ формъ происходитъ вслѣдствіе рубцовога стигиванія, другая же вслѣдствіе припуханія и выпячиванія цервик. слизистой оболочки. И въ то время какъ онъ, главнымъ образомъ, занялъ послѣдней формой, а также обсужденіемъ взгляда Лисфранка на эту форму, какъ на грануляціи маточнаго зѣва, о рубцовомъ выворотѣ, который онъ считаетъ относительно не частнымъ страданіемъ, онъ говоритъ только нѣсколько словъ. Какъ на причину послѣдняго онъ указываетъ на чрезмѣрные разрывы, также родовые иммисіи и воспалительныя разстройства маточнаго зѣва. Особеннаго значенія тому и другому виду выворота Roser, какъ видно, не придавалъ и относительно рубцовога выворота, напр., говоритъ на стр. 101-й: „при рубцовомъ выворотѣ слизистой оболочки матки едва ли придется прибѣгнуть къ какому-либо леченію“. Такимъ образомъ Roser'у мы обязаны во всякомъ случаѣ только первыми анатомическими и этиологическими наблюденіями относительно рубцовога эктропіона. Первенство же въ изслѣдованіяхъ относительно клиническаго значенія этого страданія и оперативнаго его леченія, безъ сомнѣнія, принадлежитъ американскому гинекологу Эммету, который, годъ спустя послѣ публикаціи работы Roser'a, однако, не зная ничего объ ней, 27 ноября 1862 г. впервые случайно узналъ

важность этого поврежденія и въ тоже время установилъ хирургическое леченіе для его облегченія. Именно, около этого времени Эмметъ у пациентки, которая была передана ему Sims'омъ при отъѣздѣ послѣдняго въ Европу, въ первый разъ констатировалъ связь между выворотомъ, произведеннымъ двумя глубокими боковыми разрывами р. v., и упорствомъ заболѣванія. Тогда же у него явился планъ лечить это страданіе освѣженіемъ рубцовыхъ надрывовъ и соединеніемъ ихъ посредствомъ шва. Онъ привелъ этотъ планъ въ исполненіе и съ успѣхомъ въ самое короткое время излечилъ застарѣлое страданіе. Затѣмъ эта операція, за весьма немногими исключеніями, выполняется и по настоящее время также какъ и тогда. Хотя въ продолженіи слѣдующихъ 7-ми лѣтъ Эмметъ и часто производилъ эту операцію какъ въ частной практикѣ, такъ и въ госпиталѣ, однако его первый публичный отчетъ⁶⁾ объ ней и объ ея техникѣ не появлялся вплоть до 1869 года, когда онъ былъ помѣщенъ въ статьѣ подъ заглавіемъ „Surgery of the cervix“, читанной предъ медицинскимъ обществомъ Нью-Йорка 8 февраля 1869 г. Въ этой публикаціи Эмметъ впрочемъ былъ предупрежденъ д-ромъ Pallen'омъ, который совершенно независимо отъ Эммета, какъ онъ говоритъ, еще въ 1866 г. въ St. Louis med. and surg. Journ. описалъ въ существенныхъ чертахъ ту же самую операцію, предпринятую имъ для той же самой цѣли.

Не смотря однако на эти статьи и постоянно возраставшее число операцій выполненныхъ Эмметомъ, дошедшихъ къ 1874 году почти до 200, специалисты не обращали однако вниманія на важность открытія подобнаго поврежденія, на его послѣдствія и леченіе вплоть до чтенія Эмметомъ второй статьи, болѣе подробной чѣмъ первая, въ томъ же самомъ обществѣ въ 1874 г. Статья эта была озаглавлена: „Lacerations of the cervix uteri as a frequent and unrecognized cause of disease“⁷⁾. На этомъ же митингѣ были сдѣланы слѣдующія замѣчанія M. Sims'омъ, по прочтеніи этой статьи. Онъ указалъ въ своей рѣчи на простоту, безопасность и надежность операціи Эммета. Онъ довольно часто производилъ эту операцію, чтобы имѣть право говорить въ положительномъ смыслѣ объ ея достоинствѣ. По его мнѣнію, операція выолнѣ совершенна какъ въ способѣ ея производства, такъ и результатахъ. „Мы должны быть благодарными Эммету за этотъ драгоцѣнный вкладъ въ хирургию матки“. Статья Эммета была вскорѣ за тѣмъ переведена д-ромъ Фогелемъ и обнародована въ Берлинѣ,

въ іюнѣ 1875 года. Это второе сочиненіе имѣло успѣхъ какъ въ Америкѣ, такъ и за границей, потому что наблюденія и положенія знаменитаго гинеколога изложены здѣсь въ убѣдительной и ясной формѣ. Онъ не только излагаетъ здѣсь свое мнѣніе о генезѣ и діагнозѣ этого заболѣванія, но предлагаетъ и леченіе его посредствомъ своей операціи. Это послѣднее обстоятельство и есть главная причина всеобщаго одобренія и принятія, которые заслужило сочиненіе, а также и то, что дало ему большое предпочтеніе предъ работой Roser'a. Эмметъ, дѣйствительно, въ этомъ случаѣ къ ученому значенію своей работы прибавилъ еще и большую практическую цѣнность, указавши средство къ леченію и предложивъ операцію, прямо основанную на способѣ происхожденія этого страданія. Съ этого времени операція Эммета, какъ показываютъ многочисленные отчеты послѣднихъ годовъ, была примѣняема въ Америкѣ очень широко.

Проф. Breisky⁸⁾ изъ Праги въ слѣдующій, 76-й годъ, издалъ благосклонную критику на статью переведенную Фогелемъ вмѣстѣ съ отчетомъ о собственныхъ 14 случаяхъ, 5 изъ которыхъ были успѣшно имъ оперированы. Breisky былъ первый, кто въ Германіи обратилъ вниманіе на рассматриваемое страданіе. Онъ случайно имѣлъ такую же больную, какая была у Эммета, и на ней констатировалъ справедливость Эмметовскаго открытія. Отъ Nieberding'a мы узнаемъ, что около того времени судьба привела ассистента Эммета, д-ра Withwell'я, въ Прагу въ клинику Брейски, который и просилъ его демонстрировать операціонный методъ Эммета. Проф. Брейски опубликовалъ этотъ случай въ собраніи врачей, послѣ чего это заявленіе было вскорѣ напечатано. Въ своей статьѣ Брейски весьма сочувственно относится къ ученію Эммета и старается пробудить интересъ и вниманіе къ этому страданію, невниманіе къ которому, по его глубокому убѣжденію, обрекаетъ множество женщинъ на постоянное нездоровье. „Эти женщины всегда подвергаются безуспѣшному палліативному леченію, въ то время какъ хирургическое леченіе представляетъ единственную надежду на успѣхъ“. Вскорѣ послѣ этого Брейски опубликовалъ еще работу, гдѣ онъ говоритъ о склонности разрывовъ шейки къ раковому перерожденію⁹⁾. Около этого же времени операція Эммета была совершена Бандлемъ въ Вѣнѣ 4 раза, о чемъ онъ словесно сообщилъ Брейски, и одинъ разъ Рокитанскимъ¹⁰⁾ младшимъ, который получилъ блестящіе результаты и описалъ свой случай.

Послѣ открытія, что нѣкоторые изъ взглядовъ представленныхъ

въ прежней статьѣ не были поняты вполне специалистами, Эмметъ читалъ другую статью: „Proper treatment for lacerations of the cervix uteri“¹¹⁾ предъ медицинскимъ обществомъ въ 76-мъ году, которая была потомъ напечатана. Эта послѣдняя статья, вмѣстѣ съ прежней были вскорѣ затѣмъ опубликованы д-ромъ Фогелемъ вмѣстѣ съ предисловіемъ Брейски въ 78-мъ году. Брейски въ этомъ предисловіи, между прочимъ, говоритъ: „я слѣдую охотно предложенію написать предисловіе къ настоящему труду, ибо я вынесъ убѣжденіе, что благодаря работамъ Эммета относительно этого предмета, достигнуть успѣхъ какъ въ научномъ, такъ и въ практическомъ отношеніи и содѣйствовать пользованію этимъ успѣхомъ и распространенію его мнѣ можетъ быть только желательно“. Въ этомъ же предисловіи Брейски предлагаетъ замѣнить названіе „Narbenectropium“ Розера, какъ не соотвѣтствующее истинному состоянію, словомъ „Lacerationsectropium“.

Съ 1874 года, вѣроятно, немногіе изъ выдающихся гинекологовъ Америки пренебрегали возможностью производить операцію. Работы, описывающія разрывы и ихъ оперативное леченіе были написаны Baker'омъ¹³⁾, Goodel'емъ¹⁴⁾, Thomas'омъ¹⁵⁾, Chase¹⁶⁾, Wing'омъ¹⁷⁾, Porter'омъ¹⁸⁾, Dudley¹⁹⁾, Skene²⁰⁾, Pallen²¹⁾, Schenk'омъ²²⁾, Mundé, Sutton²³⁾, Gill Wylie²⁴⁾, van de Warker'омъ²⁵⁾, John da Costa²⁶⁾, Hunter'омъ²⁷⁾, и многими другими. Работы Wing'a, Dudley'я, Mundé и Thomas'a иллюстрированы рисунками, чего нѣтъ въ описаніяхъ другихъ. Всѣ эти авторы, за исключеніемъ Mundé и Pallen'a, говорятъ только о полномъ разрывѣ, одиночномъ или двустороннемъ съ выворотомъ губъ шейки вплоть до влагалищнаго свода, причемъ на вывороченныхъ губахъ находились эродированныя поверхности, довольно, большія въ діаметрѣ. Напротивъ, Mundé и Pallen утверждаютъ, что нужно сшивать и самые малые разрывы. Mundé говоритъ: „что типическіе случаи, которые не поддаются никакому другому леченію, а быстро и вѣрно излечиваются операціею Эммета, причемъ всѣ симптомы обыкновенно исчезаютъ,—въ этомъ въ настоящее время ни на іоту не усумнится ни одинъ непредубѣжденный и опытный наблюдатель. Но что касается меньшихъ разрывовъ, то многіе гинекологи отрицаютъ необходимость операціи Эммета для ихъ излеченія“. Mundé же самъ горячо возстаетъ противъ этого послѣдняго взгляда въ своей, довольно подробной, статьѣ: The indications for trachelorrhaphy or the operation for laceration of the cervix uteri, гдѣ онъ обстоятельно разбираетъ показанія къ операціи, о чемъ поговоримъ ниже. Въ 1878 году мы впервые встрѣ-

чаемся съ названіемъ эмметовской операціи для сшиванія разрывовъ р. v., словомъ *Hysterotrachelorrhaphy* у Dudley'я, въ статьѣ его: „Case of laceration of os uteri; operation, Cure“, — помѣщенной въ *The N. I. med. Journ.* за 78-й годъ.

Обращая вниманіе на послѣднія работы американскихъ врачей мы поражаемся громаднымъ числомъ совершенныхъ ими операцій Эммета. Такъ Mundé только въ своей, только что упомянутой статьѣ приводитъ 16 случаевъ имъ оперированныхъ съ успѣхомъ. Пр. Pallen приводитъ около 100 случаевъ въ работѣ цитир. выше. Пр. Goodell⁵⁴⁾, недавно опубликовалъ работу о 113 случаяхъ имъ оперированныхъ. Во всѣхъ своихъ статьяхъ, онъ весьма основательно разбираетъ вопросъ о разрывахъ шейки, а въ руководствѣ по женскимъ болѣзнямъ посвящаетъ имъ отдѣльную главу. Д-ръ Baker публикуетъ о 20 случаяхъ операцій, произведенныхъ имъ еще до 77 года. Д-ръ Schenck въ своей довольно подробной статьѣ о „Uterine Functions and Disease“ говоритъ о 110 случаяхъ имъ оперированныхъ безъ всякаго подготовительнаго леченія. Опъ съ восторгомъ отзывается объ операціи Эммета и ея результатахъ: „послѣ совершенія операціи матка сокращается, вывороченныя ткани прячутся, восстанавливается правильная циркуляція крови, многочисленныя кисты лопаются и опорожняются — наступаетъ полная инволюція органа; нормальныя функции зѣва и шейки восстанавливаются, сообщается здоровый импульсъ тѣлу матки, присасывающая способность зѣва возобновлена, *arbor vitae* — путь въ видѣ лѣстницы для *spermatozoa* вновь устанавливается; влагалищныя кислоты не могутъ болѣе убивать *spermatozoa*; обнаженная часть шейки скрыта и не существуетъ болѣе, какъ говоритъ проф. Goodell, преграды для передвиженія *spermatozoa*, которая предъ этимъ была поставлена имъ подобно пустынь задерживающей успѣшный ходъ впередъ арміи; сосочковыя и гранулярныя эрозіи, язвы, грануляціи на подобіе пѣтушьяго гребешка — все это безслѣдно исчезаетъ чтобъ не быть ни повѣшеннымъ на суровыхъ маточныхъ кольцахъ, ни быть гильотинированнымъ экразеромъ, ни быть обожженнымъ до бѣла раскаленнымъ желѣзомъ, ни отравленнымъ азотной кислотой или защекоченнымъ *tra jodi* etc... Результатъ операціи полный: органъ вполне возвращается къ выполненію его функции; никакое другое средство не произведетъ этого съ такимъ же успѣхомъ“. Далѣе мы знаемъ, что д-ръ Marcu⁵⁵⁾ изъ Бостона, заявилъ на конгрессѣ въ Лондонѣ, въ 81 году, что оперировалъ около 50 разъ и имѣлъ одну смерть, причиненную септическимъ перитонитомъ. Также проф. Thomas много разъ про-

изводилъ операцію Эммета, вполне раздѣляетъ взгляды послѣдняго на разрывы шейки матки и посвящаетъ этому вопросу въ послѣднемъ изданіи своего руководства по женскимъ болѣзнямъ обширную статью. Далѣе Sutton изъ Pittsburgh заявляетъ объ успѣшномъ излеченіи каталептическихъ конвульсій посредствомъ *trachelorrhaphy*. Наконецъ, въ началѣ 1882 года Gyll Wylie изъ Нью-Йорка написалъ статью, въ которой подробно трактуетъ объ этиологіи разрывовъ и выворотѣ губъ, а также о паталогіи и леченіи этого страданія. Около того же времени вышла статья van de Warker'a, гдѣ онъ главнымъ образомъ обращаетъ вниманіе на причинныя моменты разрывовъ шейки матки. Въ 81 году д-ръ Montgomery⁵⁶⁾ дѣлалъ докладъ въ акушерскомъ обществѣ Филадельфіи о 20 случаяхъ разрывовъ имъ оперированныхъ. Въ этомъ же обществѣ недавно д-ръ Da Costa представилъ отчетъ о 67 случаяхъ разрывовъ шейки, а д-ръ Sutton сдѣлалъ сообщеніе о 25 случаяхъ Эмметовской операціи съ весьма хорошимъ результатомъ.

Въ то время какъ въ Америкѣ такимъ образомъ почти всѣ выдающіеся гинекологи согласны съ Эмметомъ относительно важности разрывовъ шейки и необходимости ихъ оперативнаго леченія по способу Эммета, по эту сторону Атлантическаго океана, въ Европѣ, мнѣніи до сихъ поръ крайне различествуютъ относительно этого вопроса и производство операціи сравнительно ограничено небольшимъ числомъ случаевъ.

Въ Ирландіи въ нѣкоторыхъ дублинскихъ журналахъ статьи объ операціи Эммета начинаютъ появляться только съ 1879 года. Въ Англіи долго смотрѣли недовѣрчиво на предложеніе Эммета и только въ послѣднее время тамъ явились защитники Эмметовскихъ взглядовъ. Такъ въ 1878 году было опубликовано, по словамъ Mundé, письмо въ *Chicago med. journ. and Examiner* однимъ профессоромъ съ намѣреніемъ показать, кажется, что такой выдающійся гинекологъ въ Дублинѣ, какъ Lombe Atthill или не признаетъ или вовсе не хочетъ признать значеніе разрывовъ и ихъ оперативное леченіе. Но живымъ контрастомъ этому служатъ взгляды выдающагося датскаго гинеколога Howitz'a⁵⁷⁾ изъ Копенгагена, который не такъ давно опубликовалъ свои наблюденія надъ 76 случаями Эмметовскаго разрыва шейки матки; онъ нашелъ, что *Ectropium* и эрозія слизистой оболочки цервикальнаго канала есть почти постоянный результатъ разрыва; но часто бываетъ и кистозное перерожденіе слизистыхъ железъ. Необходимость операціи онъ признаетъ неоспоримой; по его убѣжденію

излѣченіе возможно только этимъ путемъ. Также Barnes³¹⁾ упоминаетъ вкратцѣ, что оперировалъ нѣсколько разъ успѣшно. Наконецъ, въ 1880 году, въ августѣ читалъ предъ Британскимъ медицинскимъ обществомъ Montrose Pallen свою статью объ „The Etiology and Treatment of laceration of the cervix uteri“. По его мнѣнію, операція должна быть произведена во всѣхъ случаяхъ какъ-бы ни былъ малъ разрывъ. Едвали другая гинекологическая операція даетъ такіе блестящіе результаты. Изъ 900 больныхъ при женской клиникѣ въ Нью-Йоркѣ 200 имѣли разрывъ шейки и страдали тяжелыми припадками. Онъ произвелъ въ послѣдніе 6 лѣтъ около 100 операцій. Marion Sims изъ Нью-Йорка подтвердилъ заключенія Pallen'a и сказалъ, что онъ смотритъ на эту операцію какъ на одну изъ самыхъ важныхъ въ новѣйшей гинекологіи. Президентомъ Playfair'омъ и остальными членами предложеніе Pallen'a было принято однако холодно.

На международномъ конгрессѣ, бывшемъ въ Лондонѣ, въ августѣ 1881 года Henry Bennet³²⁾ опять поднялъ вопросъ о разрывахъ шейки матки. Онъ заявилъ, что вполне согласенъ съ Эмметомъ и другими авторами относительно частоты разрывовъ и самъ еще давно указывалъ на это, но, по его мнѣнію, всѣ разрывы обязаны предъидущему воспаленію. Во время своего продолжительнаго гинекологическаго поприща онъ лечилъ нѣсколько сотъ случаевъ легкихъ и тяжелыхъ надрывовъ безъ всякаго оперирования, при чемъ всегда находилъ, что края язвъ заживали, затвердѣли ткани мякли, такъ что оставались только однѣ простыя зазубрины, послѣ того какъ сопровождающее воспалительное состояніе было излечено. Онъ считаетъ операцію совсѣмъ не нужною, а развѣ въ нѣкоторыхъ крайнихъ, исключительныхъ случаяхъ. Далѣе, онъ обратилъ вниманіе на странный и непонятный, по его мнѣнію, фактъ, заключающійся въ томъ, что въ одно и тоже время одни хирурги глубоко надрѣзываютъ шейку чтобы излѣчить всевозможныя болѣзни матки, въ то время какъ другіе сшиваютъ случайные разрывы чтобы излѣчить тѣ же самыя болѣзни. Проф. Playfair указалъ при этомъ на то, что несмотря на важность этой операціи въ леченіи упорныхъ маточныхъ болѣзней, она, къ сожалѣнію, не пользовалась серьезнымъ изученіемъ въ рукахъ британскихъ гинекологовъ. „Люди подобные Эммету, Gaillard Thomas, Pallen, Sims, Goodell и многимъ другимъ, конечно, не зря, а вполне обдуманно утверждали, что въ разрывахъ шейки въ переперальной маткѣ и ихъ эффектахъ имѣется источникъ нѣкоторыхъ маточныхъ болѣзней, а

въ операціи Эммета легкое средство леченія; но, конечно, все это должно быть подвергнуто тщательному изученію. D-r Bennet не можетъ приводить того довода противъ операціи, что она слишкомъ часто была употребляема. Фактъ, что вещь можетъ быть употреблена во зло, не есть еще аргументъ вовсе противъ ея надлежащаго употребленія. Невѣрность фразы о томъ, что одни врачи разрѣзаютъ, шейку, а другіе сшиваютъ для излеченія однихъ и тѣхъ же болѣзней сама собою очевидна. Чтобы говорить объ этомъ, нужно сначала изучить страданіе и научиться изслѣдовать зеркаломъ Симса съ крючками и подъемниками, которые употребляются при изслѣдованіи сравнительно еще не многими изъ британскихъ гинекологовъ. Playfair самъ сначала былъ тоже сильно предубѣжденъ, подобно другимъ, противъ операціи Эммета. Первый шагъ къ перемѣнѣ его мнѣнія было распознаваніе частоты этого поврежденія посредствомъ употребленія надлежащаго зеркала. Но онъ сначала всетаки думалъ, какъ Bennet это теперь дѣлаетъ, что можетъ лечить свои случаи одними мѣстными средствами. Но, когда одна изъ такихъ больныхъ, лечившаяся долго у него безуспѣшно, уѣхала въ Америку, тамъ ей сдѣлали операцію и она возвратилась совершенно здоровою къ нему, онъ перемѣнилъ окончательно свое мнѣніе и началъ самъ оперировать съ цѣлью подвергнуть операцію справедливому и безпристрастному испытанію. До настоящаго времени онъ оперировалъ 13 разъ и съ такимъ удовлетворительнымъ результатомъ, что готовъ подписать положеніе проф. Thomas'a, находящееся въ послѣднемъ изданіи его книги: „Эмметовская операція есть одинъ изъ самыхъ важныхъ вкладовъ въ гинекологию“. Вообще онъ утверждаетъ, что существуютъ случаи, гдѣ операція отнѣсно полезна и при этомъ требуетъ для нее серьезнаго и не предубѣжденнаго изученія, которое, къ сожалѣнію, она никогда однако не испытывала въ Англіи. На этомъ же за сѣданіи проф. Goodell замѣтилъ, что Bennet совершенно не правъ въ своихъ выводахъ. Онъ, Goodell, оперировалъ 107 разъ въ большинствѣ случаевъ съ благотѣльнымъ результатомъ, а потому и не можетъ не вѣрить въ дѣйствительность операціи. Онъ допускаетъ, что не нужно оперировать въ каждомъ данномъ случаѣ разрыва. Когда разрывъ безъ выворота, операцію считаетъ не нужной. Каустики не могутъ лечить старый шейный разрывъ болѣе чѣмъ заячью губу; настоящее леченіе—есть радикальная операція. Онъ оперировалъ даже и тамъ, гдѣ не было общихъ симптомовъ, но гдѣ было наследственное предрасположеніе къ раку.

Marcy изъ Бостона высказался тоже за операцию. Оперировалъ 50 разъ и имѣлъ одну смерть отъ септического перитонита; поэтому случаи для операции, по его мнѣнію, должны быть строго выбираемы. Nelson изъ Чикаго высказался тоже за операцию, только замѣтилъ при этомъ, что не слѣдуетъ оперировать надъ разорванной шейкой во все время, пока тамъ существуетъ экстензивный периметритъ. Pallen проф. изъ Нью-Йорка замѣтилъ также, что Bennet не правъ, утверждая, что воспаленіе и изъязвленіе скорѣе предшествуютъ, чѣмъ происходитъ изъ разрыва шейки матки. Онъ самъ изучалъ операцию и разрывы въ теченіи 15 лѣтъ. Такимъ образомъ, мы видимъ уже, что большинство на конгрессѣ высказалось за операцию, а въ томъ числѣ и Playfair, проф. акушерства въ Лондонѣ, который, по собственному признанію, былъ раньше противъ операции.

Въ 1882 году Madden ³³⁾ дѣлалъ сообщеніе Дублинскому акушерскому Обществу о разрывахъ шейки, ихъ послѣдствіяхъ и леченіи согласно со взглядами Эммета, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ успѣвалъ въ леченіи и безъ операции. Президентъ общества призналъ случаи, гдѣ операція дѣйствительно необходима. Члены общества тоже высказались за необходимость операции въ извѣстныхъ случаяхъ. Въ этомъ же году дѣлалъ сообщеніе акушерскому обществу въ Лондонѣ и вышеупомянутый проф. Playfair ³⁴⁾ о „Trachelorrhaphy, or Emmets operation“. Здѣсь онъ указываетъ на ее сравнительное пренебреженіе въ Англіи на ряду съ высокимъ мнѣніемъ питаемымъ къ ней извѣстными практиками въ Америкѣ и на континентѣ. Резюмируетъ же свои заключенія вкратцѣ такъ: „Хотя существуетъ большое число цервикальных разрывовъ, которые не производятъ никакого эффекта и, заживая не требуютъ дальнѣйшаго леченія, однако рядомъ съ этимъ существуетъ еще значительное число случаевъ, которые производятъ много раздраженій въ маткѣ, каковыя въ свою очередь ведутъ къ важнымъ вторичнымъ послѣдствіямъ и эти-то случаи часто могутъ быть быстро и прочно вылечены операцией“. Въ отвѣтъ на этотъ докладъ, члены общества высказались за то, что операція дѣйствительно бываетъ необходима въ извѣстныхъ случаяхъ и они сами почти всѣ, производили ее уже по нѣскольку разъ. Только президентъ общества Duncan не согласился съ мнѣніемъ, что операція Эммета есть одно изъ большихъ движеній впередъ новѣйшей гинекологіи. По его мнѣнію, липаротомія имѣла гораздо больший успѣхъ. Онъ считаетъ разрывъ за весьма неважное поврежденіе,

хотя иногда они и могутъ вызвать нѣкоторыя разстройства. Выворотъ-же губъ, который можетъ быть видимымъ единственно только при употребленіи спеціальнаго зеркала и спеціальныхъ манипуляцій, представляетъ, по его мнѣнію, явленіе искусственное. Всѣ случаи съ выворотомъ губъ могутъ быть удобно лечимы одними прижигающими. Онъ видалъ много разрывовъ шейки не мѣшающихъ здоровью. Операции Эммета ни разу не производилъ. Playfair возразилъ на это, что невозможно не видѣть, что Duncan предубѣжденъ противъ операции. Его замѣчанія показываютъ только, что онъ незнакомъ съ употребленіемъ желобоватыхъ зеркалъ и пулевыми щипцами въ этихъ случаяхъ. „Вѣдь пулевые щипцы употребляются не для того чтобы произвести выворотъ, но чтобы, наоборотъ, соединить губы вмѣстѣ“. Онъ думаетъ, что еслибъ Duncan честно и безпристрастно изучилъ предметъ, онъ былъ бы послѣдователемъ операции.

Наконѣцъ, въ послѣднее время въ руководствахъ по гинекологіи и въ Англіи начинаютъ уже появляться статьи о разрывахъ; такъ д-ръ Edis ³⁵⁾, въ Лондонѣ, въ своемъ руководствѣ по женскимъ болѣзнямъ, посвящаетъ разрывамъ отдѣльную главу и придаетъ имъ извѣстную важность, такъ же Hart and Barbour говорятъ о разрывахъ шейки и ихъ оперативномъ леченіи посредствомъ Эмметовской операции.

Во Франціи Эмметовская операція была совершена въ первый разъ въ 1880 году профессоромъ Tarnier и описана Paul Bar'омъ ³⁶⁾. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ, М. Peyrot оперировалъ также одну больную въ Maternité. Въ 1881 году М. Luteau опубликовалъ на французскомъ языкѣ статью Thomas'a о разрывахъ. Далѣе Desvergne ³⁷⁾, американскій врачъ, представилъ диссертацию въ 79-мъ году подъ заглавіемъ: „Contributions à l'étude des lesions du col de l'uterus“, гдѣ очень подробно разбираетъ послѣдствія разрывовъ и рекомендуетъ операцию Эммета. Говоритъ о разрывахъ шейки матки и объ операции и Marc Fage ³⁸⁾, въ своей диссертации въ 1881-мъ году *). Упомянемъ еще о статьѣ Ferillon и Lermoyez ³⁹⁾ „Considerations sur l'éctropion du col de l'uterus et l'operation d'Emmet“. Изъ Бельгіи мы имѣемъ сообщеніе Walton'a ⁴⁰⁾, объ Эмметовской операции въ 1881 году. Авторъ ничего новаго въ этой статьѣ не высказываетъ, но стоитъ при разрывахъ шейки за оперативное ле-

*) Fage горячо стоитъ за операцию Эммета при разрывахъ шейки и опирается на случаи оперирования проф. Tarnier и Peyrot.

ченіе пластической операціи съ предварительнымъ устраненіемъ, однако воспалительныхъ явленій.

Если обратимся теперь къ работамъ вышедшимъ изъ Германіи, то увидимъ, что операція Эммета здѣсь уже начинаетъ интересовать больше чѣмъ прежде и даже противники, которые раньше совсѣмъ игнорировали ее, признають за ней извѣстную долю участія въ излеченіи различныхъ болѣзненныхъ симптомовъ. Такъ д-ръ Beigel въ своей работѣ „Krankheiten des weibl. Geschlechts“. Stuttgart 74, вовсе не упоминавшій объ операціи, въ недавней работѣ о безплодіи „Pathologische Anatomie der weibl. Unfruchtbarkeit“ Braunschweig 78⁴¹⁾, описываетъ операцію и рекомендуетъ ее. Olshausen⁴²⁾ еще въ 77-мъ году пишетъ статью, въ которой указываетъ на одно изъ важныхъ послѣдствій разрыва — выкидышъ. Ruge и Veit⁴³⁾, даютъ въ своей статьѣ хромофотографированный рисунокъ разрыва и, выходя изъ своего совсѣмъ особаго взгляда на эрозію и выворотъ, трактуютъ только въ нѣсколькихъ словахъ объ операціи, не придавая впрочемъ ей большого значенія. Но они вполне допускають, что такъ какъ при Эмметовской операціи болѣзненная слизистая оболочка отчасти удаляется, а остатокъ можетъ подвергнуться обратному развитію, то операція можетъ быть иногда и вполне успѣшна. Уничтоженіе при этомъ выворота тоже можетъ, по ихъ мнѣнію, до извѣстной степени уменьшить источникъ раздраженія и остановить процессъ разрастанія железъ. Также Hofmeister⁴⁴⁾ описалъ съ подробной исторіей болѣзни одинъ случай операціи Эммета. Negar и Kaltenbach⁴⁵⁾, также упоминають объ операціи въ послѣднемъ изданіи своей „Operative Gynäkologie“ 81 года. Наконецъ, д-ръ Martin въ Берлинѣ оперировалъ 22 раза съ успѣшнымъ результатомъ, однако безъ долгаго подготовительнаго леченія; эти случаи описаны докторомъ Arning'омъ⁴⁶⁾, ассистировавшимъ ему. Martin раньше въ этихъ случаяхъ производилъ ампутацію губъ и только въ послѣднее время обратился къ Эмметовской операціи съ цѣлью произвести безъ предубѣжденія испытаніе на рядѣ случаевъ и пришелъ къ весьма хорошимъ результатамъ, говорящимъ въ пользу операціи Эммета. Въ 79-мъ году появилась изъ клиники Scanzoni солидная работа ассистента его Nieberding'a⁴⁷⁾ о способѣ происхожденія выворота и эрозіи губъ изъ разрыва происходящаго во время родовъ. Въ концѣ работы авторъ приводитъ случай съ двумя боковыми разрывами шейки, оперированный имъ по способу Эммета съ весьма удовлетворительнымъ результатомъ. Въ Германіи

же въ 78-мъ году писалъ объ этиологіи разрывовъ Leopold Klein⁴⁸⁾. Наконецъ, въ самое послѣднее время, въ 82-мъ году, Schroeder⁴⁹⁾, опубликовалъ статью, гдѣ онъ рѣшительно высказывается противъ взглядовъ Эммета и считаетъ операцію его прямо противопоказанной пока существуетъ еще цервикальный каттаръ, а вмѣсто ее предлагаетъ свою операцію. Въ противоположность взглядамъ Schroeder'a, п-ръ Spiegelberg⁵⁰⁾, еще въ 79-мъ году заявилъ о своемъ полномъ согласіи со взглядами Эммета относительно значенія разрывовъ и утверждаетъ, что операція Эммета заслуживаетъ самаго хорошаго приема, ибо она вполне выполняетъ то чего желаютъ ею достигнуть. Онъ оперировалъ по способу Эммета 10 разъ съ весьма хорошимъ успѣхомъ.

Въ Россіи Эмметовская операція впервые была произведена въ 1880-мъ году и профессоръ Славянской⁵¹⁾, насколько намъ извѣстно, былъ первый, кто пересадилъ ее на русскую почву; ибо въ русской медицинской литературѣ намъ не приходилось встрѣчать статей объ этой операціи, исключая, во первыхъ, лекціи проф. Славянского читанной имъ въ Медицинской Академіи еще въ 80-мъ году и напечатанной въ „Врачеб. Вѣд.“ за тотъ же годъ, а также коротенькой замѣтки о производствѣ операціи д-мъ Толочиннымъ⁵²⁾, въ Кіевѣ. Профессоръ Горвицъ⁵³⁾ въ послѣднемъ изданіи своего руководства по женскимъ болѣзнямъ, затрогиваетъ этотъ вопросъ больше съ точки зрѣнія Schroeder'a, но удерживаетъ при этомъ описаніе такъ называемыхъ язвъ р. v. согласно со взглядами существовавшими еще до Руге и Фейта.

„Главною причиною разрывовъ шейки матки, конечно, будетъ родовой актъ, потомъ сопряженный съ нимъ манипуляціи и, наконецъ, только въ рѣдкихъ случаяхъ этиологія основывается на умышленномъ поврежденіи извѣстныхъ частей, какъ на примѣръ при операціи для устраненія механической дисменореи и безплодія, или для удаленія внутри маточной опухоли. Если такимъ образомъ, дѣйствительно, этиологическій моментъ разрывовъ нужно искать въ расширеніи цервикальнаго канала во время родовъ и въ прохожденіи чрезъ него дѣтской головки, то, естественно, нѣтъ ничего лучше, чтобъ получить точную картину происхожденія, величину, частоту, мѣсто, способность излеченія, вообще природу этихъ разрывовъ, какъ обратить вниманіе на эти поврежденія возможно скоро послѣ ихъ происхожденія и подвергнуть опять изслѣдованію послѣ нѣко-

того времени заживанія для сравненія съ ихъ прежнимъ состояніемъ и для установленія самаго процесса излеченія“.

Такова была идея, которая овладѣла Nieberding'омъ, по его собственному признанію. при чтеніи сочиненія Эммета и которая заставила его произвести рядъ наблюденій надъ беременными и только что родившими родильницами съ вновь происшедшими поврежденіями р. v. Найденныя въ видѣ эрозій измѣненія р. v. у беременных Nieberding вмѣстѣ съ Scanzoni относитъ къ явленіямъ обязаннымъ исключительно самой беременности, а не къ продуктамъ прежнихъ заболѣваній—хроническихъ воспаленій шейки—существовавшихъ до беременности, какъ это думаютъ французскіе и англійскіе авторы, Bennet, Boys de Lougy, Costilhes, Aran и др. По мнѣнію Nieberding'a, во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло идетъ о такъ называемомъ Ectropium'ѣ съ припуханіемъ вывороченныхъ губъ, т. е. о выпячиваніи впередъ гиперплазированной и припухшей цервикальной слизистой оболочки и никогда о дѣйствительномъ изъязвленіи влагалищной слизистой оболочки.

Изъ работы Nieberding'a мы узнаемъ, что причину для глубокихъ разрывовъ шейки мы должны искать въ значительной величинѣ ребенка съ одной стороны и въ преждевременномъ разрывѣ пузыря при не открытомъ маточномъ зѣвѣ съ другой. Nieberding изслѣдовалъ каждую родильницу 2 раза: на 3-й и на 8-й день послѣ родовъ. При этомъ оказалось слѣдующее. Всѣ разрывы по величинѣ онъ раздѣлилъ на 3 степени. На 3-й день послѣ родовъ длина р. v. до 3 ст., она рыхла и толста, зѣвъ пропускаетъ 2—3 пальца. Внутренній зѣвъ и теперь уже не пропускаетъ пальца. Въ зеркалѣ р. v. массивна, ог. ext. открытъ съ вывороченными кровоточащими краями. Вывороченная цервикальная слизистая оболочка представляетъ собою покрытую безчисленными глубокими разрывами, интенсивно-красную и какъ бы гранулирующую поверхность, которая кровоточитъ при малѣйшемъ прикосновеніи и производитъ впечатлѣніе распространенной потери эпителия. Но хотя эта слизистая оболочка и кажется какъ-бы большой гранулирующей язвой, она однако въ большей части своей покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ. У первородящихъ при первомъ изслѣдованіи въ 70% былъ найденъ выраженный эктропіонъ губъ маточнаго зѣва, въ 30% были нормальныя отношенія р. v. Этотъ выворотъ губъ Nieberding и объясняетъ именно присутствіемъ глубокихъ двустороннихъ разрывовъ шейки. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ разрывы были очень мелкіе, эктропіона губъ не наблюдалось. У многорожавшихъ выраженный эктропіонъ

наблюдался чаще, именно въ 79%. При второмъ изслѣдованіи, на 8-й день послѣ родовъ, р. v. теряла свою прежнюю мягкость и величину, дѣлалась тоньше и короче (около 1—1½ ст.). Зѣвъ былъ проходимъ только для одного пальца и мѣста разрывовъ проходящихъ чрезъ края зѣва представлялись затвердѣлыми въ менѣ плотной, здоровой ткани. Воспалительная краснота цервикальной слизистой оболочки въ общемъ значительно уменьшалась. Вмѣстѣ съ общей инволюціей шейки и величина эктропированныхъ поверхностей, если былъ выворотъ, убавлялась. Разрывы вообще зарубцевывались. Боковые же разрывы всегда въ своемъ заживленіи запаздывали. При второмъ изслѣдованіи первородящихъ, на 8-й день, эктропіонъ губъ наблюдался въ 61%, у многорожавшихъ эктропіонъ въ 50% остался безъ измѣненій, а у остальныхъ уменьшился. Вообще, говоритъ Nieberding, если возьмемъ все число родильницъ, и перво- и многорожавшихъ, то получимъ 44% здоровыхъ р. v. противъ 56% съ выворотомъ губъ маточнаго зѣва. Боковые и двусторонніе разрывы чаще другихъ. Авторъ часто наблюдалъ разрывы также при тазовыхъ положеніяхъ. Мѣсто разрыва зависитъ, по его мнѣнію, отъ положенія ребенка при родахъ. При первомъ черепномъ положеніи—разрывъ на лѣвой сторонѣ. У первородившихъ въ 23% ядрышки доходили до сводовъ. У многорожавшихъ разрывы до сводовъ въ 28%. Относительно вліянія наступающихъ родовъ на разрывы происшедшіе отъ предыдущихъ родовъ, Nieberding говоритъ, что въ 36% наблюдалась незначительная разница въ числѣ и глубинѣ разрывовъ, въ 20% глуб. боковые разрывы остались безъ измѣненій, но къ нимъ присоединилось много мелкихъ разрывовъ передней и задней губъ, наконецъ, въ 43% наблюдалось значительное увеличеніе старыхъ разрывовъ.

О моментахъ вліяющихъ на мѣсто разрыва писалъ, занимавшійся при пражской родовспомогательной клиникѣ и изслѣдовавшій 200 родильницъ въ отношеніи разрывовъ шейки, Д-ръ Leopold Klein. Онъ изслѣдовалъ ихъ на 10-й день послѣ родовъ, обращая преимущественное вниманіе на мѣсто разрыва и на моменты его обусловливающіе и пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ. Въ 15½% разрывовъ они были до сводовъ, преимущественно же боковые. Изъ 31 случая разрывовъ 28 были боковые. Трудно установить вліяніе положенія плода на появленіе и мѣсто разрыва. Разрывы справа чаще, чѣмъ слѣва: изъ 38 одностороннихъ разрывовъ 30 справа и только 8 слѣва. Правосторонній разрывъ при первомъ положеніи 19 разъ, при второмъ 11 разъ. Между 8 родильницами съ лѣво-

стороннимъ разрывомъ, 7 случаевъ было съ первымъ затылочнымъ положеніемъ. Исслѣдованіе продолжительности болѣе не дало положительныхъ результатовъ. Вообще-же продолжительность болѣе была короче у имѣющихъ глубокіе разрывы. Вѣсъ плода несомнѣнно вліяетъ на происхожденіе разрыва: при большемъ вѣсѣ плода появленіе разрыва вѣроятнѣе. Вліяніе величины таза на происхожденіе разрыва Klein замѣтити не могъ. Изъ 31 женщины съ разрывомъ шейки 28 имѣли интензивный выворотъ губъ, который вообще наблюдался чаще при двустороннемъ разрывѣ. Какъ послѣдствіе выворота въ большей части случаевъ находимы были такъ называемыя эрозіи. Инволюція матки во всѣхъ случаяхъ разрывовъ была плоха и задержана. Матка въ большинствѣ случаевъ была въ *retroflexio* или *lateroversio*. Короткій срокъ отъ момента разрыва пузыря до момента изгнанія плода совпадаетъ съ частными разрывами.

Пр. Spiegelberg относительно причинъ разрывовъ шейки придерживается того взгляда, что преждевременное отхожденіе водъ и экстракція при несглаженномъ зѣвѣ обуславливаютъ глубокіе надрывы шейки, равно какъ извлеченіе головки послѣ краніотоміи и извлеченіе плечиковъ. Слѣва, по его мнѣнію разрывы происходятъ чаще и глубже, чѣмъ справа. Щипцы не имѣютъ вліянія, ибо накладываются въ то время, когда зѣвъ сглаженъ. Разрывы на лѣвой сторонѣ потому чаще, что 1-е затылочное положеніе болѣе часто; отклоненіе дна матки вправо и направленіе изгоняющей силы влѣво способствуютъ появленію здѣсь разрыва. Относительно вообще частоты разрывовъ Spiegelberg ничего опредѣленнаго сказать не рѣшается. Наблюденія отдѣльныхъ авторовъ напр. Klein'a, по его мнѣнію не имѣютъ много цѣны, ибо основаны на маломъ числѣ случаевъ и произведены въ клиникѣ; онъ же самъ наблюдалъ разрывы болѣе въ частной практикѣ. Проф. Goodell считаетъ благоприятными моментами для разрывовъ шейки щипцы, Эрготинъ, ранній разрывъ оболочекъ—однимъ словомъ всѣ тѣ моменты, которые ускоряютъ роды. Гдѣ затылокъ, тамъ чаще и разрывъ. Такъ какъ матка имѣетъ движеніе спереди назадъ и сверху внизъ, то только при боковыхъ разрывахъ губы, по его мнѣнію, и будутъ расходиться, при всѣхъ же другихъ этого не будетъ. По Goodell'ю разрывы шейки очень часты и составляютъ главный факторъ различныхъ маточныхъ болѣзней, что и свидѣтельствуютъ, по его мнѣнію, различные авторы: „такъ Mundé говоритъ, что изъ женщинъ съ маточными болѣзнями, обращавшихся къ нему за совѣтомъ 17% имѣли разрывъ шейки,

Д-ръ Hanks считаетъ 8,4% разрывовъ среди всѣхъ маточныхъ болѣзней, Д-ръ Mantrose Pallen 40%, Д-ръ Baker 10%“. Самъ профессоръ Goodell принимаетъ, что почти одна изъ шести женщинъ страдаетъ разрывомъ шейки. Проф. Breisky въ одной изъ своихъ статей по этому вопросу говоритъ: „Эмметъ показаль, а статистическія сообщенія Hanks'a подтвердили, что частота этого страданія больше, чѣмъ до сихъ поръ принимали. Кажущаяся рѣдкость страданія происходитъ частью отъ того, что вниманіе не обращено спеціально на этотъ вопросъ, а съ другой стороны, какъ справедливо указываетъ Эмметъ, она объясняется и тѣмъ обстоятельствомъ, что даже весьма значительный зарубцевавшійся первичальный разрывъ съ заворотомъ губъ можетъ быть, при изслѣдованіи обыкновеннымъ трубчатымъ зеркаломъ, совсѣмъ не замѣченъ“. По его мнѣнію, разрывы справа чаще, чѣмъ слѣва. Какъ на этиологическій моментъ разрывовъ, Breisky указываетъ на быстрые роды. Д-ръ Porter утверждаетъ, что разрывы встрѣчаются въ 10% нормальныхъ родовъ и въ 50% съ оперативной помощью. Разрывы чаще на лѣвой сторонѣ. Въ большей части случаевъ разрыва шейки Д-ра Baker'a, роды были очень быстры, а боли очень интензивны, такъ что зѣвъ не успѣвалъ еще достаточно раскрыться. Разрывы были чаще на лѣвой сторонѣ, затѣмъ уже двусторонніе.

Въ противоположность этимъ авторамъ, профессоръ Pallen думаетъ, что долго продолжающіеся роды напаче даютъ поводъ къ разрывамъ шейки. По его изслѣдованіямъ выходитъ, что болѣе чѣмъ въ 85% всѣхъ случаевъ, это поврежденіе происходило при родахъ медленно протекающихъ. Въ большемъ числѣ случаевъ одностороннихъ надрывовъ шейки, эти послѣдніе находились на лѣвомъ, заднемъ сегментѣ шейки, тогда какъ справа они встрѣчаются рѣдко. Изъ 100 случаевъ Pallen встрѣтилъ въ 80 разрывы съ лѣвой стороны, 15 съ обѣихъ сторонъ и только 5 разъ справа. Происхожденіе разрывовъ Pallen объясняетъ причинами существующими въ тазу или же вслѣдствіе небрежности при употребленіи инструментовъ для родоразрѣшенія. Momentами благоприятствующими появленію разрывовъ, по его мнѣнію, будутъ: медленные роды, гиперплазія шейки, а также диспропорція и *deformitas* костныхъ частей. Вообще же разрывы происходятъ очень часто. D-re W. Chase тоже утверждаетъ, что разрывы происходятъ скорѣе очень часто. Mundé относительно частоты разрывовъ даетъ слѣдующія данныя. Между 700 женщинами рожавшими дѣтей 119 имѣли разрывы, изъ которыхъ 92 были двусторонніе, 24 односторонніе, 2 на передней

и 1 на задней губѣ. Только въ 16 случаяхъ не было одновременно съ разрывомъ выворота, равно какъ мѣстныхъ и общихъ припадковъ, которые могли бы сдѣлать это поврежденіе тягостнымъ. Какъ на доказательство рѣдкости существованія неосложненныхъ выворотовъ, простыхъ эрозій шейки, сравнительно съ эрозіями существующими при одновременномъ выворотѣ слизистой цервикальной оболочки, Mundé указываетъ на то обстоятельство, что между этими 700 случаями разрыва, простые эрозіи были наблюдаемы только въ 11 случаяхъ. Проф. G. Thomas считаетъ за причину разрывовъ быстрые роды, ригидность шейки во время родовъ, рубцы въ шейкѣ; канкроезное перерожденіе шейки, разрывъ шейки во время родовъ, раннее истеченіе амніотической жидкости и выкидышъ. Madden также указываетъ на частоту разрывовъ и считаетъ за одну изъ самыхъ плодотворныхъ причинъ ихъ употребленіе длинныхъ щипцовъ или руки при поворотѣ до полного расширенія шейки. Онъ говоритъ, что можетъ быть большая частота разрывовъ въ Америкѣ объясняется большимъ числомъ родовъ, соединенныхъ съ акушерской помощью. У Schenck'a мы узнаемъ, что д-ръ Cushing 90% всѣхъ случаевъ, такъ называемыхъ язвъ, считаетъ ничѣмъ инымъ, какъ разрывомъ. Когда вслѣдъ за родами, говоритъ Schenck, мы встречаемся съ случаемъ диагностируемымъ какъ язва или эрозія съ открытымъ зѣвомъ, мы точно переводимъ эти слова въ разрывъ шейки, и мы, какъ говоритъ Dudley, въ этомъ случаѣ совершенно правы. Язвы, исключая специфическаго или злокачественнаго характера, по мнѣнію Schenck'a, у зѣва матки очень рѣдки. Отъ Schenck'a же мы узнаемъ, что Reamy при изслѣдованіи 8,000 женщинъ страдающихъ маточными болѣзнями, только въ 19 случаяхъ нашелъ настоящія язвы. Д-ръ Montgomery полагаетъ, что 50% женщинъ рожавшихъ дѣтей имѣютъ разрывъ шейки. Изъ частаго повторенія различныхъ разрывовъ, статистика показываетъ, что обыкновенно 40% находятся слѣва, 14% справа и 30% двойныхъ. Д-ръ Peaslee согласенъ съ мнѣніемъ Barker'a, что разрывы палѣво потому чаще, что лѣвое затылочное положеніе болѣе часто. Эмметъ говоритъ, что 32% изъ 500 рожавшихъ женщинъ, страдавшихъ маточными болѣзнями и находившихся подъ его наблюдениемъ, имѣли разрывъ. Разрывъ черезъ переднюю губу очень частъ, и происходитъ у женщинъ многоражавшихъ, у которыхъ существуетъ большое расслабленіе стѣнокъ живота и перегибъ матки впередъ. Разрывъ чрезъ заднюю губу, есть необходимое слѣдствіе положенія затылка къ крестцу. Характеръ родовыхъ бо-

лей, кажется, оказываетъ вліяніе на происхожденіе разрывовъ. Уже а priori нужно было бы ожидать, что быстрые роды будутъ болѣе общей причиной разрывовъ. Однако у него на дѣлѣ вышло, что около 30% разрывовъ совпадали съ медленными родами. Но для женщинъ, говоритъ Эмметъ, весьма естественно увеличивать время потугъ въ то время, какъ оно совершенно нормально. Преступному выкидышу, Эмметъ придаетъ особенное значеніе въ причиненіи разрыва. По мнѣнію Эммета, поврежденіе одинаково часто встрѣчается какъ между богатыми пользующимися всѣми пособіями акушерскими и уходомъ, такъ и между бѣдными неимѣющими никакого ухода. Но между бѣдными въ случаяхъ, гдѣ были употреблены щипцы, Эмметъ всегда находилъ двойной разрывъ. Д-ръ Edis въ своемъ руководствѣ, считаетъ за самую частую причину разрывовъ ускоренные роды, гдѣ оболочки разрываются искусственно или самопроизвольно. Далѣе разрывы приключаются, по его мнѣнію, при ягодичныхъ положеніяхъ, гдѣ часто нужно ускорить проходъ послѣдующей головки, еще чрезъ несовершенную раскрытую шейку.

Д-ръ Gill Wyllie, разбирая причины разрывовъ, между прочимъ, упоминаетъ: „Говорятъ, что въ Соединенныхъ Штатахъ умственные силы развиваются на счетъ остальной системы организма, вслѣдствіе этого голова въ теченіи нѣсколькихъ генераций, дѣлается больше, и даетъ такимъ образомъ поводъ къ болѣе частотѣ въ Америкѣ цервикальныхъ и промежностныхъ разрывовъ. Можетъ быть это происходитъ также и отъ смѣшенія столь весьма различныхъ расъ народа въ упомянутой странѣ“. Какъ бы то ни было, однако, главную роль въ происхожденіи разрывовъ шейки, по его мнѣнію, играютъ качества и свойства шейки. Разрывамъ благоприятствуютъ: 1) ненормальное развитіе шейки; 2) загибы шейки; 3) затвердѣлость ткани шейки; 4) болѣзни слизистой оболочки шейки; 5) уплотненіе или сморщиваніе связокъ подходящихъ къ шейкѣ; 6) неправильность таза или опухоли, которыя сдвигаютъ шейку. Непосредственными причинами ведущими къ разрывамъ во время родовъ при нормальныхъ качествахъ шейки будутъ: 1) абортъ съ быстрымъ изгнаніемъ плода; 2) быстрые роды; 3) ранній разрывъ пузыря; 4) т. наз. сухіе роды съ скудной околоплодной жидкостью; 5) медленные роды; 6) употребленіе инструментовъ; 7) неправильное вставленіе плода, требующее вмѣшательства акушера; 8) необыкновенная величина головки или вообще плода. По Gill Wyllie разрывы болѣею частью одно или двусторонніе, потому что: 1) головка оставляетъ по болѣею части маточный зѣвъ въ попе-

речномъ діаметрѣ таза; 2) передняя и задняя сторона зѣва, вслѣдствіе особаго прикрѣпленія матки, болѣе защищены нежели обѣ боковыя стороны; 3) Пузырь и rectum служатъ подкладкой для растянутой шейки, въ видѣ подушечекъ; 4) устройство мышцъ въ шейкѣ таково, что передняя и задняя стѣнки ея толще боковыхъ. Разрывы на лѣво вообще чаще нежели справа.

Наконецъ, по van de Warker'у, разрывамъ шейки благопріятствуютъ: А. Слѣдующія паталогическія измѣненія шейки: 1) перерожденіе ткани шейки вслѣдствіе частыхъ родовъ; 2) воспаленіе и гиперплазія шейки; 3) перерожденіе слизистыхъ железъ въ кисты; 4) процессъ размягченія, зависящій отъ хроническаго катарра; 5) рубцы; 6) венозный стазъ р. v., являющійся въ первой стадіи родовъ вслѣдствіе ранняго прохожденія водъ; 7) стазъ отъ пороковъ сердца. В. Отступленія отъ нормальнаго состоянія шейки, которыя являются передъ самыми родами и зависятъ отъ общихъ условій, какъ напр. смерть плода, ранніе роды, абортъ и проч. С. Отступленія отъ нормы въ механизмѣ родовъ: 1) несоотвѣтствіе между расширеніемъ и удлинненіемъ цервикальнаго канала; 2) преждевременное изгнаніе плода, прежде чѣмъ зѣвъ достаточно расширится; 3) быстрые роды при слишкомъ большомъ тазѣ или 4) при маленькомъ плодѣ; 5) прикрѣпленіе оболочекъ вблизи маточнаго зѣва; 6) преждевременное употребленіе эрготина, до полнаго раскрытія зѣва. D. Если положимъ, что всѣ сейчасъ названныя отношенія нормальны, то все-таки шейка можетъ быть въ опасности по причинѣ: 1) неправильности въ маточныхъ сокращеніяхъ; 2) отступленія головки отъ проводной линіи таза по причинѣ косога положенія матки; 3) разстройство въ гармоніи маточной дѣятельности вслѣдствіе возбужденія душевнаго или 4) истеріи. Е. Механическія причины: 1) родовспомогательныя операціи; 2) камни мочеваго пузыря; 3) долгопродолжающееся растяженіе вслѣдствіе остановки головки на промежности.

И такъ, резюмируя все вышеприведенное, мы видимъ, что почти всѣ авторы согласны въ томъ, что разрывы шейки происходятъ особенно часто при значительной величинѣ ребенка, при преждевременномъ разрывѣ пузыря, когда зѣвъ еще недостаточно раскрылся, при родахъ быстро протекающихъ, при абортахъ съ быстрымъ изгнаніемъ плода и наконецъ вообще при вмѣшательствѣ инструментальномъ. Что касается мѣста разрыва, то почти всѣ авторы утверждаютъ, что разрывы на лѣвой сторонѣ, а затѣмъ двусторонніе встрѣчаются всего чаще и они объясняютъ это тѣмъ обстоятельствомъ, что затылокъ больше всего растягиваетъ шейку,

а такъ какъ первое затылочное положеніе чаще другихъ, то и разрывы на лѣвой сторонѣ должны быть тоже болѣе частыми. Далѣе, мы видимъ, что безусловно всѣ авторы согласны въ томъ, что разрывы шейки встрѣчаются очень часто.

Теперь посмотримъ, что говорятъ различные авторы о дальнѣйшей судьбѣ разорванной шейки и постараемся при изложеніи паталого-анатомической картины держаться какъ можно ближе изложенія Эмметомъ этого вопроса. Какъ видно уже изъ только что сказаннаго, разрывы встрѣчаются очень часто, но если они незначительны, то заживаютъ обыкновенно безъ дальнѣйшихъ послѣдствій. Самъ Эмметъ такъ говоритъ о послѣдующихъ судьбахъ разрыва: „Могутъ случиться разрывы и болѣе интензивные, но если они располагаются по срединной линіи р. v., какъ чрезъ переднюю, такъ и чрезъ заднюю губу, они въ дальнѣйшемъ теченіи обыкновенно не причиняютъ никакихъ нарушеній, потому что разорванные части очень быстро заживаютъ, оставляя едва рубцовую линію, отмѣчающую ихъ ходъ. Это заживленіе, по словамъ Эммета, объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что при необходимомъ лежаніи положеніи пациентки послѣ родовъ, свѣжія поверхности разрыва держатся въ плотномъ соприкосновеніи посредствомъ давленія боковыхъ стѣнокъ влагалища до тѣхъ поръ, пока онѣ не будутъ прочно соединены. И такъ, важныхъ послѣдствій послѣ разрывовъ по срединной линіи чрезъ переднюю губу матки обыкновенно не будетъ, исключая, конечно, разрывовъ проходящихъ за шейку чрезъ влагалищный сводъ, внутрь пузыря. Тогда можетъ появиться пузырновлагалищная фистула. Но даже если разрывъ и большой, онъ все-таки можетъ зажить вездѣ, если не было значительной потери ткани. Этотъ результатъ будетъ частымъ, если только рана содержится опрятно посредствомъ теплыхъ влагалищныхъ душъ, для предупрежденія осажденія изъ мочи фосфорнокислыхъ солей на свѣжія поверхности. Можетъ случиться и такимъ образомъ, что открытая рана заживаетъ по длинѣ влагалищно-пузырной стѣнки и по длинѣ шейки, но остается синусъ въ основаніи разрыва, вдоль котораго моча будетъ течь изъ пузыря въ маточный каналъ. Разрывы чрезъ заднюю губу также вскорѣ соединяются и заживаютъ, да если и не соединяются, то не вызываютъ какихъ-либо особенныхъ симптомовъ, исключая случаевъ, когда разрывъ, простираясь въ задній сводъ, вызываетъ тамъ припадки воспаленія. Послѣ разрыва на задней губѣ, если онъ даже и поверхностный, получается на поверхности влагалищной стѣнки рубцовая ткань,

узнаваемая на ощупь какъ шнурокъ, котораго, сокращаясь, будетъ стягивать стѣнки задняго свода влагалища и такимъ образомъ давать поводъ къ нѣкотораго рода ретроверзіи. Но вообще эти послѣдствія рѣдки и составляютъ скорѣе исключенія изъ правила; въ большинствѣ же случаевъ вслѣдъ за разрывомъ чрезъ переднюю или заднюю губу не наступаетъ никакихъ дурныхъ послѣдствій. Но лишь только разрывъ боковой и заходитъ за верхнюю часть р. v., тогда на сцену выступаютъ такія обстоятельства, которыя дѣлаютъ всѣ усилія природы къ самопроизвольному излеченію тщетными. Слѣдовательно, на практикѣ мы имѣемъ дѣло главнымъ образомъ съ послѣдствіями боковыхъ разрывовъ и притомъ эффектъ будетъ болѣе выраженъ тамъ, гдѣ поврежденіе двустороннее, нежели когда оно ограничено только той или другой стороною. Если разрывъ боковой, то ближайшимъ послѣдствіемъ его будетъ задержка инволюціи и эктропіонъ, что происходитъ вслѣдствіе постоянного раздраженія, поддерживаемаго еще тѣмъ, что лоскуты оттягиваются на возможно большемъ протяженіи другъ отъ друга при всякой попыткѣ со стороны больной принять отвѣсное положеніе. По Pallen'у въ 95% случаевъ разрыва находятъ субинволюцію матки и почти въ 80% всѣхъ случаевъ матка бываетъ отклонена назадъ. Эктропіонъ маточныхъ губъ по G. Wylie происходитъ: 1) отъ того или другого состоянія шейки во время разрыва; 2) отъ увеличенія въ размѣрѣ мягкой, богатой сосудами, слизистой оболочки и соединительной ткани около разрыва, а именно, увеличеніе зависитъ отъ прилива, инфильтраціи и гиперплазіи; 3) отъ кистознаго перерожденія железъ шейки; 4) отъ расстройства циркуляціи въ шейкѣ, обусловленнаго припуханіемъ, уплотненіемъ или сморщиваніемъ смежной соединительной ткани или брюшины; 5) отъ опусканія матки при стояніи, причемъ прикрѣпленія шейки къ пузырю и прямой кишкѣ заставляютъ губы расходиться, а маточный зѣвъ зиять; 6) отъ смѣщенія матки.

Такъ какъ разрывы обыкновенно наступаютъ при быстромъ разрѣшеніи отъ бремени, то часто, по словамъ Эммета, въ этихъ случаяхъ и промежность разрывается. А разъ матка, уже увеличенная въ своемъ размѣрѣ, лишается еще своей естественной опоры, то происходитъ смѣщеніе и органъ лежитъ тогда уже на днѣ таза, обыкновенно еще съ извѣстной степенью ретроверсіи. Лоскуты, образованные разрывомъ, вслѣдствіе дальнѣйшаго опущенія матки, расходятся при всякой попыткѣ больной принять отвѣсное положеніе все болѣе и болѣе и въ тоже время цервикальная слизистая

оболочка и другія ткани стремятся вывернуться наружу изъ интритиматочнаго канала. Задняя губа шейки, естественно, упирается въ заднюю влагалищную стѣнку въ то время какъ передняя губа проталкивается внизъ въ сторону наименьшаго сопротивленія къ влагалищному выходу. Такимъ образомъ, съ расхожденіемъ лоскутовъ въ стороны, устанавливается постоянный источникъ раздраженія, который и задерживаетъ инволюцію органа. Уголъ разрыва скоро дѣлается мѣстомъ такъ называемой эрозіи, которая постепенно распространяется поверхъ вывороченныхъ поверхностей. Будетъ ли разрывъ до свода или больше, ткани постоянно стремятся вывернуться наружу изъ цервикальнаго канала. Если разорванные поверхности и будутъ залечены, въ то время какъ родильница еще находилась въ постели послѣ ея родовъ, то все-таки онѣ скоро вновь становятся мѣстомъ обширныхъ, такъ называемыхъ эрозій, которыя легко кровоточатъ послѣ того какъ больная встаетъ. Такое состояніе разрыва до недавняго времени ошибочно принималось за язву, а иногда и за болѣе раннюю стадію эпителиомы.

Относительно строенія и генеза этихъ измѣненій слизистой оболочки, которые называются еще доселѣ неправильно эрозіями и язвами и которые составляютъ въ большинствѣ случаевъ результатъ разрыва, мы не будемъ здѣсь вдаваться подробно, а постараемся сообщить только послѣдніе, самые новѣйшіе взгляды на этотъ предметъ. Nieberding говоритъ: „Прежнее ученіе Лисфранка о грапуляціяхъ и язвахъ р. v. было окончательно опровергнуто Розеромъ, который ясно доказалъ, что это страданіе есть ничто иное, какъ выворотъ наружу, такъ называемый эктропіи маточныхъ губъ. Неузнаваніе и смѣшиваніе этого состоянія съ другими болѣзненными процессами, съ изъязвленіями, привело чрезъ это легко къ тому, что,—говоря собственными словами Roser'a, „ярко-красное, большею частію бородавчатое, неровное или со складками, состояніе вывороченной слизистой оболочки считали за особенное перерожденіе зѣва и сдѣлали изъ этого особенную болѣзнь. Диагностировали язвы, потому что видѣли грануляціи“. И далѣе онъ говоритъ: „Тѣснямая впередъ цервик. слизистая оболочка красна и бородавчата, различается ясно отъ слизистой оболочки влагалища. Она имѣетъ другой цвѣтъ и видъ, другое строеніе и другую функцію, чѣмъ слизистая оболочка vagin'ы. Ея эпителий гораздо тоньше, сосуды просвѣчиваютъ гораздо яснѣе и, слѣдовательно, она краснѣе. Часто эпителий такъ болѣзненно размягчается, что при малѣйшемъ прикосновеніи показывается кровь изъ поверхностнолежащихъ со-

судовъ. Изъ кровотеченія сказанныхъ грануляцій слишкомъ скоро заключили, по примѣру Лисфранка, что язвенное состояніе на-лицо и что это кровотеченіе совершенно аналогично кровотеченію гранулирующей раны“. Итакъ Roser, равно какъ и Эмметъ совсѣмъ не раздѣляли мнѣнія Лисфранка о природѣ грануляцій; они видѣли въ этомъ только опухшую слизистую оболочку цервикальнаго канала, вывороченную наружу, — каковой взглядъ въ Англіи также былъ поддерживаемъ Tyler-Smith'омъ. Вообще-же говоря, прежніе авторы считали всѣ эрозіи—дѣйствительно язвенными поверхностями, объясняя происхожденіе ихъ тѣмъ, что секретъ, выходящій изъ полости матки пораженной катарромъ, раздражаетъ слизистую оболочку около os. ext., вслѣдствіе чего эпителий, покрывающій ее, мацерируется и слущивается и такимъ образомъ язва готова. Но „такую эрозію—говоритъ проф. Славянской,—происходящую вслѣдствіе мѣстнаго, гнѣзднаго воспалительнаго процесса р. v., именно той части ея, которая покрыта эпителиемъ влагалища приходится въ дѣйствительности наблюдать рѣдко, и ее, въ ея конечной формѣ, можно еще разсматривать какъ язвенную, лишенную своего эпителия, поверхность. Въ этихъ случаяхъ получается мѣстное скопленіе индифферентныхъ тѣлъ на ограниченномъ пространствѣ въ районѣ нѣсколькихъ сосочковъ, интензивная гиперемія сосудовъ и все это инфильтрированное пространство выпячивается, слегка проминируетъ надъ поверхностью; поверхностный эпителий мало по малу сдавливается, атрофируется и погибаетъ. Такія эрозіи, въ формѣ пятнистой, участковой красноты встрѣчаются относительно не часто и поражаютъ только ту часть р. v., которая покрыта плоскимъ эпителиемъ. Совершенно аналогичный этому процессъ встрѣчается и на слизистой оболочкѣ vagin'ы. Итакъ, эти катарральныя мѣстныя локализации, дающія незначительныя возвышенія и потерю на своей поверхности эпителия, мы будемъ называть erosio simplex и разсматривать какъ явленія весьма рѣдкіе на р. v. и представляющіе собственно часть того процесса, который носитъ названіе „Colpitis granulosa“. Но насъ интересуетъ въ настоящемъ случаѣ не эта относительно рѣдко встрѣчающаяся форма; а тѣ эрозіи, которыя въ видѣ большаго, интензивно краснаго пятна, какъ-бы выходятъ изъ цервикальнаго канала, располагаются на вывороченныхъ губахъ и на поверхности своей имѣютъ неровности и иногда множество маленькихъ возвышеній, которыя иногда легко кровоточатъ при малѣйшемъ дотрогиваніи. Эти послѣднія формы встрѣчаются

гораздо чаще только что описанной и по частотѣ своей и принадлежатъ всегда занимали гинекологовъ.

Относительно этихъ-то формъ въ настоящее время, когда положительнo доказано, что большинство кажущихся эрозіями поверхностей одѣто цилиндрическимъ эпителиемъ, теорія старыхъ авторовъ, что эрозіи всѣ основываются просто на слущиваніи эпителия и разращеніи сосочковъ, дѣйствительно вполнѣ несостоятельна. Этими новыми воззрѣніями на эрозію мы обязаны изслѣдованіямъ Ruge и Veit'a; Fischel-же⁵⁷⁾ подтвердилъ ихъ въ главномъ, а Klotz⁵⁸⁾, независимо отъ этихъ изслѣдователей, пришелъ къ тому-же самому результату, равно какъ Nieberding, Патенко⁵⁹⁾ и Galaben⁶⁰⁾. Но поскольку схожи взгляды названныхъ авторовъ относительно микроскопической картины этихъ т. наз. эрозій, по стольку-же они расходятся относительно генеза ихъ. По мнѣнію Эммета и его послѣдователей, эрозія происходитъ (не на мѣстѣ, но) вслѣдствіе выпячиванія и выворота наружу слизистой оболочки цервикальнаго канала послѣ боковаго разрыва, происшедшаго во время родовъ. Иначе говоря, эрозія есть воспаленная вывороченная цервикальная слизистая оболочка, занимающая то мѣсто, гдѣ normaliter должна была-бы лежать уже слизистая оболочка влагалища.

По Ruge же и Фейту эрозія можетъ существовать независимо отъ эктропіона и есть скорѣе процессъ формативный, чѣмъ пассивный; она обязана своимъ существованіемъ совсѣмъ особому процессу, который, дѣйствительно, можетъ иногда осложняться и выворотомъ губъ, происшедшимъ вслѣдствіе разрыва. Развитіе эрозіи по Ruge, въ краткихъ словахъ, происходитъ слѣдующимъ образомъ. Всякое раздраженіе, касающееся р. v., прежде всего и главнымъ образомъ поражаетъ клѣтки Rete Malpighii; послѣднія дѣлаются больше, сочивѣе и самостоятельнѣе, однако, при существованіи пока еще плоскаго эпителия и наконецъ превращаются въ настоящій цилиндрическій эпителий. Далѣе, этотъ вновь образованный цилиндрическій эпителий начинаетъ разрастаться какъ по плоскости, такъ и въ глубину подлежащей ткани, отдѣляется отъ верхнихъ слоевъ плоскаго эпителия и, вросая въ подлежащую ткань, дѣлитъ ее на участки. Въ это время плоскій эпителий на этомъ мѣстѣ слущивается. Такимъ образомъ получается простая эрозія. Если же вдавленія и отростки цилиндрическаго эпителия какъ-бы отшнуровываются, то получается фолликулярная эрозія; при глубокомъ-же вросаніи цилиндриче-

скаго эпителия и одновременномъ разрастаніи подлежащей ткани съ вдавленіями и въ ея отдѣльные участки цилиндрическаго эпителия, получается сосочковая эрозія. Такимъ образомъ, эти образования на мѣстѣ предполагаемыхъ эродированными поверхностяхъ, производившіяся доселѣ изъ разращенія существующихъ сосочковъ, по Руге и Veit'у обязаны своимъ происхожденіемъ опусканію, послѣ потери плоскаго эпителия, поверхностно покрывающаго теперь цилиндрическаго эпителия, въ глубь подлежащей ткани. Итакъ, слизистая оболочка р. v. можетъ сама сдѣлаться железистой, и производитъ видъ выворота. По Руге разрывъ съ послѣдующимъ эктропіемъ вызываетъ не эрозію, а превращеніе сначала цилиндрическаго эпителия цервик. канала въ обыкновенный плоскій, и затѣмъ уже, подъ вліяніемъ извѣстныхъ раздраженій, усиливающихся благодаря присутствію выворота, этотъ послѣдній превращается вышеописаннымъ образомъ въ цилиндрическій. Увеличеніе секрета, по ихъ мнѣнію, зависитъ отъ увеличеннаго количества железъ. Усиленное кровоточеніе является слѣдствіемъ тонкой покрывки и большаго калибра сосудовъ. Лечение должно заключаться въ разрушеніи новообразованія.

Но въ то время какъ Руге и Фейтъ смотрятъ на эрозію почти какъ на новообразование, проф. Славянскій, Nieberding и Fischel совѣмъ иначе объясняютъ происхожденіе этихъ железистыхъ эрозій. Проф. Славянскій такъ говоритъ объ этихъ образованияхъ: „При разрѣзѣ и микроскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ въ этихъ случаяхъ, что слизистая оболочка влагалища переходитъ на р. v.; однако, плоскій эпителий идетъ только до мѣста начала эрозіи, а сама эрозія покрыта красивымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Слѣдовательно здѣсь нѣтъ открытой язвенной поверхности. Эрозія есть также слизистая оболочка, только не вагинальная, но перешедшая изъ *canalis cervicis*, разросшаяся и вошедшая въ ту территорию, гдѣ должна лежать слизистая оболочка вагины. Тотчасъ подъ эпителиемъ мы имѣемъ массу железъ, массу индифферентныхъ тѣлъ и сосуды, переполненные кровью. Если поверхность такой эрозіи сравнить съ тою поверхностью, которую представляетъ цервикальный каналъ въ слегка воспаленномъ состояніи, то получится совершенно аналогичная картина. Здѣсь также видѣны цилиндрическій эпителий, тѣже железы и таже гиперемія съ ея послѣдствіями. Слѣдовательно, эрозія по строенію своему ничто иное, какъ воспаленная слизистая оболочка *canalis cervicis*. Какъ и на всякой слизистой оболочкѣ, здѣсь можно различать болѣе уси-

ленное разрастаніе или соединительной ткани или железистыхъ образований. Если усиленно растетъ соединительная ткань, то на такой эрозіи получаютъ возвышенія, или вообще та форма, которую привыкли называть *ulcus papillare*. Это та же самая слизистая оболочка, но съ разрощеніемъ сосочковъ и представляетъ аналогичный типъ другихъ доброкачественныхъ сосочковыхъ образований. Если усиленно развиваются железы, то получается аденоматозная форма железистой эрозіи“. Только что описанную форму эрозіи проф. Славянскій называетъ *erosio glandularis*.

По Fischel'ю железистая эрозія есть также ничто иное какъ слизистая оболочка цервикальнаго канала сдѣлавшаяся видимой или вслѣдствіе расширенія *or. ext.* или вслѣдствіе опущенія, почти всегда врожденнаго, пограничной линіи между слизистой оболочкой цервикальнаго канала и слизистой оболочкой влагалища. Эта видимая слизистая цервикальная оболочка, по его мнѣнію, иногда находится въ совершенно нормальномъ состояніи и тогда предрасполагаетъ къ заболѣванію, въ другихъ-же случаяхъ она нѣсколько разнится отъ нормальной—воспалена и тогда, слѣдовательно, уже существуетъ *endometritis cervicalis*. Простую эрозію Руге, Fischel приравниваетъ къ нормальной слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала. Фолликулярная эрозія Руге по Fischel'ю есть ничто иное какъ воспаленная цервикальная слизистая оболочка, очень богатая железистыми образованиями (что зависитъ отъ индивидуальности), причемъ послѣдніе вслѣдъ за припуханіемъ соединительной ткани въ окружности теряютъ иногда свое выходное отверстіе и превращаются такимъ образомъ въ маленькія кисты. Сосочковая эрозія Руге также приравнивается Fischel'емъ къ воспаленной цервикальной слизистой оболочкѣ только богатой сосочками. Въ нѣкоторыхъ, крайне однако рѣдкихъ, случаяхъ Fischel находилъ также и дѣйствительныя эрозіи, т. е. мѣста лишенныя эпителия съ обнаженными сосочками, причемъ сосѣдніе сосуды были расширены, а ткань инфильтрирована и воспалена. Но въ то время какъ эти истинныя эрозіи могутъ находиться повсюду на р. v.—железистыя псевдоэрозіи, по Fischel'ю, исключительно находятся въ связи съ цервикальнымъ каналомъ и онъ предлагаетъ назвать эту послѣднюю форму аденоматозными эрозіями. Къ этой-то аденоматозной формѣ описанія Руге, по его мнѣнію, и подходятъ какъ нельзя болѣе. Далѣе Fischel никакъ не можетъ согласиться съ тѣмъ мнѣніемъ Руге, что раздраженіе дѣйствуетъ почему-то непременно на нижній слой плоскаго эпителия и поэтому онъ

одинъ начинается разрастаться; по его же мнѣнію, эта теорія совершенно не мыслима. Онъ самъ строгими анатомическими изслѣдованіями доказалъ, что эти образованія Ruge совершенно тождественны анатомически съ цервикальной слизистой оболочкой и имѣютъ скорѣе воспалительный, чѣмъ новообразовательный характеръ. Только тѣ женщины могутъ имѣть на влагалищной поверхности р. v. железистыя эрозіи, которыя владѣютъ врожденнымъ эктропіономъ. Проф. Славянскій также упоминаетъ объ железистой эрозіи на влагалищной пов. р. v., говоря, „что иногда слизистая оболочка самаго влагалища и наружной части р. v. можетъ мѣстно перемѣнить свой типъ и переходить въ такую слизистую оболочку, какою она представляется въ *canalis cervicis*. Такая эрозія, наблюдаемая нерѣдко у не рожавшихъ, представляетъ строеніе слизистой оболочки канала, переходящей границу своего нормального распространенія и поражаетъ даже отдѣльныя, отдаленныя мѣста р. v. Поверхностный слой плоскаго эпителія вслѣдствіе этого процесса исчезаетъ и остается только коротко цилиндрический слой, съ вновь развившимися железами—получается поверхность какъ-бы изъязвившаяся“. Munzberger⁽¹⁾ въ своей диссертациі тоже не можетъ согласиться со взглядами Ruge, ибо, по его словамъ, во всей нормальной и паталогической гистологіи нѣтъ аналогіи относительно того чтобы цилиндрический эпителий образовался изъ плоскаго. Присутствіе железъ на нормальной р. v. онъ считаетъ послѣ работъ Klotz'a и Fischel'я за фактъ вполне доказанный. Поэтому относительно генеза эрозій онъ вполне присоединяется къ мнѣнію послѣднихъ авторовъ. Veit⁽²⁾ въ самое послѣднее время опять напалъ на объясненіе эрозій Fischel'емъ. Онъ называетъ эрозію „железистымъ воспаленіемъ“ (*drüsige Entzündung*) р. v., а тѣ, похожія на эрозіи образованія въ видѣ экскоріацій на маточныхъ губахъ, которые встрѣчаются вмѣстѣ съ кольпитомъ, называетъ „влагалищнымъ воспаленіемъ“ р. v. (*vaginale Entzündung*). По его мнѣнію, эрозія есть вообще новообразование изъ железъ на мѣстѣ, гдѣ прежде нерѣдко находился плоскій эпителий; она есть процессъ, который въ ряду случаевъ, дѣйствительно, соединяется съ признаками воспаленія, т. е. съ мелкоклѣточной инфильтраціей.

Работы д-ра Патенко изъ клиники проф. Славянскаго, наоборотъ, подтверждаютъ взгляды Эммета и Fischel'я. Этотъ авторъ нашелъ, „что железы находящіяся на мѣстѣ т. наз. эрозій ничѣмъ не отличаются отъ нормальныхъ, лежатъ подъ цилиндрическимъ эпителиемъ, которымъ эти т. наз. эрозіи оказались покрыты и всегда помѣщаются

на р. v. представляющихъ разрывы. Эти данныя позволяютъ автору объяснить происхожденіе разбираемыхъ эрозій такимъ образомъ, что вслѣдствіе разрыва *cervicis* губы выворачиваются наружу и вмѣстѣ съ ними слизистая оболочка цервикальнаго канала, что, конечно, вызываетъ въ ней воспаленіе“. Наконецъ, въ послѣднее время Galabin представилъ Акушерскому обществу въ Лондонѣ микроскопическіе препараты изъ лоскутовъ, удаленныхъ послѣ Эмметовской операціи. Въ обоихъ случаяхъ влагалищная поверхность лоскутовъ представляла микроскопическую картину цервикальной слизистой оболочки вывороченной только наружу.

Теперь, что касается связи между разрывами шейки и заболеваниями воспалительнаго характера матки, яичниковъ и тазовой клѣтчатки съ брюшиной, то это, по нашему мнѣнію, есть одинъ изъ важныхъ вопросовъ, вполне заслуживающій серьезнаго изученія. Въ настоящее время окончательно утверждено, что эктропіонъ цервикальной слизистой оболочки есть результатъ разрыва, она выворачивается наружу вмѣстѣ съ лоскутами, какъ скоро больная встаетъ съ постели. Эта вывороченная слизистая оболочка цервикальнаго канала составляетъ фокусъ раздраженія ведущій къ *endocervicitis* и т. наз. железистой эрозіи. Все это также ведетъ къ субъинволюціи матки, пораженію тазовой клѣтчатки и иногда брюшины. Профессоръ Breisky говоритъ, что нерѣдко можно встрѣтиться съ воспаленіемъ тазовой клѣтчатки вслѣдъ за травматическимъ поврежденіемъ шейки. Онъ признаетъ также, что треніе и раздраженіе вывороченной цервикальной *mucosae* вызываетъ во многихъ случаяхъ *endocervicitis*. Проф. Thomas приводитъ два случая *oophoritis* обязанные своимъ происхожденіемъ разрыву шейки. Д-ръ Howitz также очень часто наблюдалъ послѣ разрывовъ шейки гематому, параметритъ и выворотъ губъ съ эрозіей и кистознымъ перерожденіемъ слизистыхъ железъ. Эмметъ говоритъ, что когда вслѣдствіе разрыва шейки происходитъ воспаленіе тазовой клѣтчатки или брюшины въ Дугласовомъ пространствѣ, то это всегда причиняетъ самую непослушную форму ретроверсии и сращенія на задней стѣнкѣ матки, которыя настолько сильно укрѣпляютъ ее въ этомъ положеніи, что очень часто никакъ не удается этого устранить. Далѣе онъ говоритъ: „*Cellulitis* составляетъ самый обыкновенный результатъ этого страданія и лежитъ вообще между складками широкой связки на сторонѣ разрыва. Если широкая связка матки, вслѣдствіе предшествовавшаго воспаленія, утолщена и укорочена, то, когда женщина встаетъ съ постели, вся тяжесть

матки падаетъ на эту линію. Часто старый Cellulitis долго тянется только потому, что здѣсь существуетъ постоянный источникъ раздраженія, на который не обращаютъ должнаго вниманія. Послѣ двусторонняго разрыва часто происходитъ также частичное стягиваніе въ шейкѣ, коль скоро эти разрывы рубцуются, и особенно это бываетъ въ томъ случаѣ, если разрывъ прошелъ отчасти и чрезъ ткань влагалищной стѣнки. Часто это стягиваніе идетъ такъ далеко, что затрудняетъ кровообращеніе въ лоскутахъ, особенно, если къ этому еще присоединяется кистозное перерожденіе слизистыхъ железъ. Исходной точкой послѣдняго служить раздраженіе, вызываемое насильственнымъ растягиваніемъ лоскутовъ, лишь только большая находится въ отвѣсномъ положеніи. Слизистыя железы воспаляются, ихъ выводные протоки закрываются и такимъ образомъ онѣ подвергаются кистозному перерожденію; а такъ какъ всякая железа все больше и больше выполняется жидкостью, то постепенно вся слизистая оболочка выпирается наружу вплоть до внутренняго зѣва. Въ результатъ всего этого лоскуты почти совершенно стягиваются, получается, въ дѣйствительности, состояніе весьма похожее на paraphimosis. Маленькія кисты прощупываются разсѣянными по всей шейкѣ въ видѣ многочисленныхъ дробинкокъ, расположенныхъ внутри ткани. На мѣстѣ стараго разрыва, по Эммету, можетъ легко появиться эпителиома. Это подтверждаютъ также и проф. Breisky съ Goodell'емъ. Проф. Spiegelberg думаетъ, что субинволюція матки есть слѣдствіе разрыва и выворота губъ, равно какъ также и субъакутный endometritis и parametritis. „Разрывъ шейки съ послѣдующимъ выворотомъ, говоритъ онъ между прочимъ, поддерживая субинволюцію и эндометритъ, могутъ и прямо вызвать эндометритъ шейки и такимъ образомъ дѣлаются причиной лейкореи и глубокихъ измѣненій цервикальной слизистой оболочки, поврежденной различнымъ механическимъ инсультомъ“. Д-ръ Schenk также утверждаетъ, что разрывъ препятствуетъ правильной инволюціи. Онъ говоритъ: „Почти каждый разрывъ сопровождается субинволюціей, слѣдовательно, всякій эффектъ субинволюціи есть эффектъ разрыва шейки“. Endometritis, по Schenk'у, несомнѣнно причиняется разрывомъ, „уже Gardner установилъ это годы тому назадъ, Эмметъ же всегда утверждалъ, что разрывъ шейки есть могущественный факторъ въ произведеніи эндометрита“. Отъ него же мы узнаемъ, что Williams и Barker держатся того-же мнѣнія. Проф. Thomas вполне согласенъ съ взглядами Эммета. Д-ръ Bozeman⁶⁴⁾ обратилъ особенное вниманіе на механизмъ ретроверсии и

выпаденія матки, рассматривая ихъ въ отношеніи къ простому разрыву шейки. Проф. Schroeder утверждаетъ, что глубокіе цервикальные разрывы безъ катарра цервикальнаго канала встрѣчаются очень рѣдко, по при этомъ не согласенъ съ мнѣніемъ, что катарръ причиняется разрывомъ. Онъ думаетъ, что вывороченная слизистая оболочка скорѣе стремится къ перемѣнѣ цилиндрическаго эпителия на плоскій, чѣмъ къ катарральному состоянію, а также что боковые разрывы не только не производятъ катарра, но скорѣе сами причиняются катарромъ. По его мнѣнію, гиперпластическая цервикальная слизистая оболочка, пораженная катарромъ, вставляется въ разрывъ и тѣмъ самымъ предупреждаетъ соединеніе лоскутовъ.

Такимъ образомъ въ концѣ концовъ патологоанатомическая картина рассматриваемаго нами страданія на основаніи большинства авторовъ писавшихъ объ этомъ вопросѣ представится намъ вкратцѣ слѣдующимъ образомъ. Вслѣдствіе разрыва р. ч. происходитъ выворотъ губъ и цервикальной слизистой оболочки наружу. Эта оболочка, будучи подвержена тренію о стѣнки влагалища, легко воспаляется, принимаетъ яркочерный цвѣтъ, причемъ происходитъ усиленная эмиграція индифферентныхъ тѣлъ или кистозное перерожденіе слизистыхъ железъ. Такимъ образомъ получается т. наз. эрозія прежнихъ авторовъ, которая въ сущности будетъ ничѣмъ инымъ какъ воспаленной вывороченной наружу цервикальной слизистой оболочкой. Настоящаго *org. ext.*, какъ говоритъ проф. Славянской, въ этихъ случаяхъ не существуетъ, онъ разорванъ съ боковъ и края его находятся тамъ, гдѣ кончается эрозія, т. е. слизистая оболочка цервикальнаго канала. Далѣе, на основаніи большинства упоминаемыхъ здѣсь авторовъ, можно сказать, что разрывы въ большинствѣ случаевъ сопровождаются структурными измѣненіями въ маткѣ, смѣщеніями и опущеніями ея, а также нерѣдко и воспаленіемъ сосѣднихъ съ нею частей: яичниковъ и параметріевъ.

Что касается симптомовъ рассматриваемаго страданія, то они главнымъ образомъ сводятся на результаты endometrit'a, а также и на чисто механическое вліяніе разрывовъ и выполняющей ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ рубцовой ткани. Эмметъ первый придавалъ разрывамъ и вывороту губъ р. ч. такое клиническое значеніе. Говоритъ одинъ авторитетъ, какое до сихъ поръ никто не придалъ имъ, такъ какъ онъ считаетъ это страданіе исходнымъ пунктомъ пѣлаго ряда хроническихъ заболѣваній и ненормальностей, вслѣдствіе которыхъ женщины, подверженныя имъ, переходятъ въ разрядъ неизлѣчимыхъ больныхъ — составляютъ постоянную инвалид-

пую команду. Эмметъ говоритъ: „Послѣ родовъ, которые влекутъ за собою это поврежденіе, больная при вставаніи послѣ родильнаго періода чувствуетъ себя не совсѣмъ хорошо, при стояніи ощущаетъ неловкость, боль въ животѣ, крестцѣ и бедрахъ, общую слабость, затѣмъ получаетъ лейкореею и, обыкновенно, обильныя и слишкомъ частыя менструаціи. Эрозія маточнаго зѣва, которая при этомъ всегда существуетъ, не поддается, обыкновенно, леченію и если даже и получится улучшеніе при надлежащемъ покоѣ и леченіи, то, лишь только больная сдѣлаетъ побольше движеній, всегда опять возвращается прежнее состояніе. Такіе случаи всегда переходятъ отъ одного врача къ другому, пока случайно бѣли не прекратятся, а обильныя менструаціи сдѣлаются меньше по мѣрѣ того какъ разорванныя поверхности не примутъ рубцевого характера, благодаря частому употребленію ляписа или другого каустическаго средства. Но при всемъ томъ больная постепенно переходитъ въ разрядъ неизлѣчимыхъ. Гипертрофія остается и вмѣстѣ съ нарушеніемъ общаго здоровья выступаетъ на первый планъ нервное страданіе“. Гдѣ менѣе производилось прижиганій, тамъ развивается, по наблюденіямъ Эммета, кистозное перерожденіе железъ, „которое постепенно можетъ вести къ атрофіи маточныхъ губъ, а иногда же при этомъ наступаетъ преждевременное прекращеніе менструаціи, въ то время какъ въ другихъ случаяхъ развивается чахотка отъ сильнаго упадка питанія“.

По Goodell'ю симптомами разрывовъ будутъ: боли въ тазу и поясницѣ, скорая усталость, потеря половыхъ желаній, боль при coitus'ѣ и кровотеченіе при немъ же. Нервная система также разстраивается, являются: бессонница, истерика и невралгіи въ различныхъ частяхъ тѣла. Далѣе, являются обильныя menorrhagia и metrorrhagia, упорныя бѣли, гиперплазія шейки, хроническое воспаленіе яичниковъ и опущеніе матки, зависящія отъ разрыва. Вслѣдствіе смѣщеній матки, а также и вслѣдствіе кислотности секрета, омывающаго теперь вывороченную цервикальную оболочку, является нерѣдко безплодіе, ибо spermatozoa гибнутъ или не могутъ пройти въ полость матки, чему не мало способствуетъ также секретъ, закупоривающій въ видѣ пробки цервикальный каналъ, а глубокіе надрывы мѣшаютъ присасывающему дѣйствію губъ во время полового акта. Эпителіальный ракъ, по Goodell'ю, вслѣдствіе раздраженія и тренія вывороченной цервикальной mucos'ы былъ также нерѣдко наблюдаемъ.

Абортъ тоже не рѣдкость при разрывахъ шейки. По мнѣнію

Olshausen'a разрывы шейки несомнѣнно предрасполагаютъ къ абарту. Наклонность къ абарту зависитъ въ этихъ случаяхъ, по его мнѣнію, отъ преждевременнаго обнаженія нижняго полюса яйца у мѣста расхожденія разорванныхъ частей. Это обнаженіе служитъ возбуждающимъ моментомъ къ появленію потугъ и къ поврежденію яйцевыхъ оболочекъ. Признаютъ вліяніе разрыва на абортъ также д-ра Cleninger, Schenk, Thomas и Spiegelberg. Проф. Thomas ⁶⁵⁾ недавно на своей клинической лекціи въ медицинской коллегіи Нью-Йорка сообщалъ о случаѣ привычнаго выкидыша обязаннаго разрыву шейки. Проф. Spiegelberg подтверждаетъ заявленіе Olshausen'a относительно аборта однимъ наблюденіемъ, гдѣ, послѣ того какъ разрывъ былъ зашитъ, аборта не послѣдовало. Онъ согласенъ также съ Goodell'емъ въ томъ, что при разрывахъ наблюдается часто и безплодіе. У него былъ случай, гдѣ послѣ операціи вскорѣ произошло зачатіе. Вообще же симптомы разрыва шейки, по Spiegelberg'у, суть результаты выворота губъ. Въ случаяхъ проф. Breisky главныя жалобы больныхъ заключались въ бѣляхъ, обильныхъ кровяхъ и боляхъ внизу живота. Д-ръ Novitz у своихъ больныхъ находилъ тѣже симптомы.

Эмметъ выставляетъ за аксіому такого рода положеніе, что „та женщина, которая имѣетъ болѣе или менѣе значительное рубцовое стягиваніе въ шейкѣ, зависящее отъ разрыва, никогда не будетъ опять вполне здоровой и что именно этотъ рубецъ служитъ несомнѣнной причиной чрезвычайной общей нервности и невралгій въ другихъ частяхъ тѣла“. Pallen говоритъ, что у всѣхъ его пациентовъ съ разрывомъ находились ясно выраженные разстройства не только со стороны тазовыхъ органовъ, но и во всей нервной системѣ. По мнѣнію Pallen'a, если разрывъ значителенъ, то онъ никогда не излѣчивается самостоятельно, что бы ни говорили извѣстные учебники акушерства. Это страданіе можетъ существовать годы, не обуславливая никакихъ существенныхъ симптомовъ, но въ концѣ концовъ оно послужитъ причиной появленія эрозій, бѣлей, симптомовъ со стороны рефлекторной системы и даже можетъ вызвать эпителіому, которую онъ разъ видѣлъ возникшею изъ разрыва. Holland же утверждаетъ, что въ Англіи значительное число акушеровъ и гинекологовъ не согласны съ своимъ американскимъ коллегой, Pallen'омъ въ томъ, что разрывы шейки могутъ быть причиной опасныхъ кровотеченій или служить скрытой причиной тяжелыхъ страданій. По Thomas'у разрывы шейки сопровождаются болью въ поясницѣ, бѣлями, ощущеніемъ тяжести въ hypogastri,

уменьшеніемъ или увеличеніемъ менструальныхъ истеченій, кровотеченіями послѣ coitus'a, диспареуніей, невралгіями шейки матки, бесплодіемъ, болями и усталостью во время ходьбы и склонностью къ выкидышамъ. Послѣдствіями разрыва, по его мнѣнію, могутъ быть: смѣщенія матки, субинволюція матки, parametritis, ракъ, цервикальный эндометритъ и кистозное перерожденіе железъ.

Вообще же нужно сказать, что американскіе врачи-гинекологи уже слишкомъ далеко заходятъ относительно важности и значенія разрывовъ, приписывая имъ однимъ подчасъ самыя удивительныя припадки, такъ что слѣдуетъ быть осторожнымъ при чтеніи ихъ сообщеній относительно этого вопроса. Такъ напр., Mundé⁶⁶⁾ недавно сообщилъ одинъ крайне курьезный случай, гдѣ больная пришла къ нему со слѣдующей странной исторіей. Со времени послѣднихъ родовъ она испытывала боли въ спинѣ и въ обѣихъ паховыхъ областяхъ. Менструаціи приходили чрезъ 3 недѣли и были не особенно велики. Главная жалоба была изложена мужемъ, который заявилъ, что въ продолженіи послѣднихъ 2 или 3 лѣтъ его жена потеряла вообще всякую охоту къ coitus'у и засыпала во время полового акта, пробуждаясь съ значительною трудностію послѣ совершенія его, котораго, казалось, при этомъ совсѣмъ не сознавала. Эта особенность, говоритъ Mundé, естественно изумляла и тревожила супруга; жена же казалась совсѣмъ индифферентной въ дѣлѣ. Это былъ главный симптомъ, который и заставилъ супруга привести жену для изслѣдованія и леченія. Mundé положилъ пациентку на гинекологическій столъ и при изслѣдованіи пальцемъ былъ открытъ двусторонній разрывъ шейки до сводовъ. При изслѣдованіи угловъ разрыва Mundé спросилъ пациентку, гдѣ она испытываетъ боли; не получая отвѣта, онъ посмотрѣлъ ей въ лицо и нашелъ глаза ея закрытыми и больная очевидно находилась въ глубокомъ спѣ. Дыханіе было правильно, общій видъ вполне естественный. Не успѣвая разбудить ее громкимъ зовомъ по имени и трясеніемъ, онъ надавилъ пальцемъ одной руки на лѣвую яичниковую область такъ глубоко, какъ было возможно. Результатомъ этого былъ стонъ, а при давленіи на правую яичниковую область больная оправилась и обвела глазами, какъ-бы пробудясь отъ крѣпкаго сна. Она, казалось, совсѣмъ не знала о томъ что произошло съ ней. Чрезъ нѣсколько минутъ онъ, изслѣдуя ее на лѣвомъ боку симсовскимъ зеркаломъ, сблизилъ вывороченныя губы и прикоснулся къ углу зондомъ. Наступило тоже самое явленіе сна, который и былъ прерванъ такимъ же образомъ,

какъ и въ первомъ случаѣ. Края разрыва были рубцевые и гладкіе, прикосновеніе къ нимъ не вызывало боли. Такимъ образомъ, здѣсь дано было показаніе къ операци и послѣ нѣкотораго подготовительнаго леченія для умѣренія цервикальнаго катарра, онъ зашилъ разрывъ. Получилось полное соединеніе. Потомъ онъ потерялъ больную изъ виду, а чрезъ 6 мѣсяцевъ послѣ этого она возвратилась съ мужемъ чтобъ сказать ему, что ея половое желаніе возвратилось и боязнь во время coitus'a исчезла.... Mundé прибавляетъ, что онъ слышалъ о случаяхъ, гдѣ даже афонія, эпилептическія конвульсіи, сѣдалищная боль, мигрень и другіе симптомы были очевидно произведены вслѣдствіе рефлекторнаго раздраженія, происходящаго отъ зарубцевавашагося цервикальнаго разрыва; но рефлекторный неврозъ поражающій мозгъ по пути, указанномъ въ настоящемъ случаѣ не былъ еще имъ замѣчаемъ. Объ уменьшеніи полового желанія при разрывахъ онъ также нигдѣ не читалъ и наблюдалъ его впервые. Д-ръ Edward изъ Нью-Йорка въ статьѣ читанной имъ медицинскому обществу въ 82-мъ году подъ заглавіемъ „Forty-four Cases of laceration of the cervix uteri“ говоритъ что его вниманіе было обращено на этотъ симптомъ и онъ, при изслѣдованіи 44 случаевъ разрыва шейки, нашелъ отсутствіе полового желанія у 27. Послѣ совершенія операци въ этихъ послѣднихъ случаяхъ половое желаніе опять вернулось. Такимъ образомъ, говоритъ Mundé, прибавляется еще новое показаніе къ многочисленнымъ уже принятымъ для совершенія операци Эммета, именно возстановленіе естественнаго полового желанія и чрезъ это возможность излеченія приобретеннаго бесплодія!

Schenk говоритъ, что симптомы разрыва часто бываютъ и симптомами истеріи, нервносги, блуждающихъ болей, разстройствъ въ нравѣ и расположеніи духа. Отъ Schenk'a же мы узнаемъ, что Cröftford упоминаетъ о многихъ случаяхъ истеріи обязанной разрывамъ шейки, а Wilson говоритъ, что онъ вообще мало видалъ случаевъ разрыва, гдѣ бы не было отраженныхъ разстройствъ. Sutton докладываетъ случай каталептическихъ конвульсій излеченный трахелорафіей. Д-ръ Ollivier, на основаніи громаднаго опыта надъ сумасшедшими и тщательнаго изученія, говоритъ, что маточныя болѣзни, которыя обыкновенно разстраиваютъ разсудокъ женщинъ есть изъязвленіе, болѣе или менѣе тяжелое, шейки матки. Colombat говоритъ, что многіе случаи язвъ зѣва матки были лечимы какъ случаи хроническаго гастроэнтерита, потому что они показывали многіе симптомы этой послѣдней болѣзни, которая въ сущности была ничѣмъ инымъ какъ

ненормальной, патологической реакцией матки. Scanzoni утверждает, что самая курьезная гиперестезия и анестезия известных частей тела, самая стойкая невралгия и контрактуры простирающиеся часто на многочисленную группу мышц причиняются единственно болями матки. Schroeder признает, что при двойных глубоких боковых разрывах, даже и без эндометрита, мы можем слышать во многих случаях жалобы на тазовые боли, которые увеличиваются особенно при усилениях и натуживании, а также и на функциональные расстройства в употреблении нижних конечностей. Боли, по его мнению, обязаны влечению при углах разрыва во время опущения матки вниз. В других случаях, говорит Schroeder, могут происходить при глубоких боковых разрывах различные нервные симптомы, связь которых с разрывами может быть вполне констатируема и тут же сам приводит случай, где обильные ночные поты у одной больной объясняет ничем иным как только единственно присутствием разрыва шейки.

Таким образом, излагая кратко, согласно с мнением большинства приведенных авторов, симптомы рассматриваемого страдания, нам представится следующий ряд припадков. Если разрыв свежий и рана глубока, медленно заживает, тогда появляются довольно ясные симптомы около маточного воспаления: повышение температуры и пульса, боли в паховых областях и проч. Инволюция матки замедлена, лохии обильны и выздоровление вообще затягивается. Если разрыв заживает, здоровье больной поправляется; если же соединения разорванных поверхностей не последует, больная никогда не будет такой же здоровой, какою была до родов. После вставания с постели она испытывает чувство выпирания внизу живота, тяжесть в тазу, постоянное ощущение утомления. Боли в спине и пояснице, боли, боль и геморрагии при coitus, меноррагии и проч. Эти припадки, конечно, главным образом вытекают из постоянного раздражения вывороченной наружу цервикальной слизистой оболочки. Боли внизу живота и поясницы наблюдаемые нередко в этих случаях можно объяснить, согласно с Шредером влечением при опущении матки вниз в углы разрывов. Боли составляют почти постоянный спутник разрывов шейки. Тягучесть белей и омывание цервикальной слизистой оболочки секретом кислой реакции делают нежизнеспособными слизистые нити или же препятствуют прохождению их в полость матки, результатом чего нередко является бесплодие. У беременной же, наоборот, может в этих случаях интенсивных

разрывов произойти выкидыш. Вследствие заключения нервов в плотную массу рубцовой ткани в случаях, где природа сама старалась излечить разрыв, могут наступить различные расстройства в нервной системе. С течением времени, под влиянием всех этих изменений, так сказать местных, развиваются и общие изменения в виде упадка питания особенно нервной системы, что влечет за собой в свою очередь массу новых болезненных припадков. Женщины делаются крайне раздражительными, нервными, истеричными и страдающими то бессонницей, то потерей аппетита, то невралгиями, то анестезией или параличем.

Относительно диагноза рассматриваемого страдания Pallen говорит, что если женщина рожавшая детей жалуется на боли, сердцебиение, боли в области foss. iliacaе, мигрень, межреберные невралгии, меноррагии и метрорагии, причем к этому присоединяются еще отраженные явления со стороны recti и мочевого пузыря, а тело матки мало чувствительно, то мы в праву предположить разрыв шейки. Но хотя он и утверждает таким образом, что по одним только субъективным симптомам можно определить старый разрыв, однако, по нашему мнению, этого далеко не достаточно, а следует всегда произвести исследование пальцем или Симсовским зеркалом. Но в свежих случаях разрыв определить трудно. Эммет говорит об этом: „При исследовании вскоре после родов части так мягки и настолько сплюснуты, что не остается почти никакого доказательства разрыва и настоящее состояние часто не может быть открыто ни зрением, ни чувством осязания“. Thomas тоже замечает: „Совсем обманчиво предполагать, что исследование тотчас после родов обнаружить действительное состояние шейки“. Что касается распознавания старых разрывов, то при исследовании уже пальцем не трудно узнать повреждение для опытного, ибо он тотчас ощупывает выворот губ и даже легкие намеки на разрыв. Для неопытного же пальца разорванная p. v. будет симулировать гипертрофию и расширение шейки, которая будет, действительно, казаться более объемистой, чем самое тело матки. Простое цилиндрическое зеркало не удобно для распознавания этих случаев, так как оно стремится замкнуть разорванные губы и таким образом скрыть оба разрыва или же, наоборот, разворотить губы p. v. еще более наружу и так изгладить все следы разрыва, что красная, воспаленная цервикальная слизистая оболочка представ-

ляющаяся въ просвѣтѣ зеркала, неминуемо будетъ принята за язву матки. При этомъ коническая форма шейки совершенно теряется, а въ просвѣтѣ зеркала помѣщается вывороченная цервикальная слизистая оболочка. Получается состояніе, какъ говоритъ Clifton Wing, совсѣмъ аналогичное эктропію вѣка, гдѣ вслѣдствіе выворота вѣка видна яркочерная conjunctiva. Теперь, говоритъ далѣе Wing, пусть врачъ, который не понимаетъ этого состоянія, изслѣдуетъ зеркаломъ и что же онъ увидитъ? вмѣсто малой, конической шейки, которую онъ ожидалъ увидѣть въ концѣ его зеркала, онъ найдетъ состояніе совсѣмъ имъ не ожидаемое. При употребленіи самаго широкаго зеркала онъ не можетъ все-таки видѣть всей р. v. Передняя и задняя губы, такъ какъ онъ видитъ ихъ въ растянутаго состояніи, полагая между тѣмъ, что видитъ ихъ только у ихъ концевъ, кажутся ему удивительно гипертрофированными. И такъ при изслѣдованіи зеркаломъ неопытный найдетъ только подтвержденіе того, что нашелъ уже при изслѣдованіи пальцемъ. То, что, по его мнѣнію, есть, безъ всякаго сомнѣнія, наружный зѣвъ, въ дѣйствительности есть только просвѣтъ самаго цервикальнаго канала на извѣстной его высотѣ — на уровнѣ обыкновенно верхней границы разрыва. Настоящій же or. ext. въ настоящемъ случаѣ разорванъ и его края помѣщаются тамъ, гдѣ кончается эрозія т. е. цервикальная слизистая оболочка. Все же что видно около мнимаго or. ext. въ видѣ красной, воспаленной поверхности, есть та же цервикальная слизистая оболочка вывороченная наружу, какъ уже было объяснено выше. Теперь легко понять какъ тотъ врачъ, который всю свою жизнь слышалъ о такъ называемой язве матки и ожидаетъ напередъ ее увидѣть, легко можетъ быть введенъ въ заблужденіе. Створчатое зеркало, вслѣдствіе растягиванія влагалищныхъ стѣнокъ вѣтвями также не совсѣмъ удобно употреблять для изслѣдованія, такъ какъ при немъ часто совсѣмъ нельзя узнать, ни достаточно оцѣнить разрывъ. По мнѣнію Эммета, равно какъ и нашему, лучше всего употреблять зеркало Симса и класть больную или въ положеніе на спинахъ или въ лѣвое боковое. Въ сомнительныхъ случаяхъ, гдѣ разрывъ двусторонній и существуетъ выворотъ губъ, необходимо будетъ, для точнаго ориентированія, по совѣту Эммета, положить больную или въ лѣвое боковое положеніе или поставить à la vache, потомъ, захвативъ передній и задній лоскуты пулевыми щипцами, привести ихъ въ прикосновеніе другъ съ другомъ. Тогда, если здѣсь существуетъ разрывъ, громадная такъ называемая гипертрофированная шейка исчезнетъ, а на ея мѣстѣ мы получимъ

коническую съ вполне нормальными контурами и величиной шейку. вмѣстѣ съ возвращеніемъ цервикальной слизистой оболочки на ея нормальное мѣсто и такъ называемая „язва“ также исчезнетъ. При изслѣдованіи зондомъ мы почти всегда найдемъ матку нѣсколько увеличенной. Боковой разрывъ съ одной стороны иногда труднѣе открыть съ помощью глаза, говоритъ Эмметъ, чѣмъ двусторонній. „Если разрывъ наступилъ съ одной стороны съ воспаленіемъ широкой связки ближайшей къ нему, что довольно часто случается, то матка будетъ притянута къ пораженной сторонѣ. Но это боковое наклоненіе происходитъ не только вслѣдствіе одного cellulitis, благодаря которому воспаленная связка укорачивается, но скорѣе оно зависитъ также и отъ другой причины. А именно: оба лоскута разорванной стороны, расходясь другъ отъ друга, своими обоими краями вмѣстѣ съ краемъ неповрежденной стороны, образуютъ какъ бы треножникъ, у котораго 2 ножки короче чѣмъ 3-я и такимъ образомъ, матка должна наклониться набокъ въ сторону, конечно, болѣе короткихъ ножекъ. Благодаря этому происходитъ то, что части, надорванные до перехода матки чрезъ влагалище, вдаются во влагалище на совершенно одинаковое разстояніе, какъ и не разорванная часть шейки на неповрежденной сторонѣ; а такъ какъ пораженные края покрываются еще кромѣ того влагалищной стѣнкой, то шейка кажется почти нормальной. Въ сомнительныхъ случаяхъ однако легко открыть страданіе, если привести больную въ колѣпнолоктевое положеніе. При введеніи зеркала, влагалище вслѣдствіе атмосфернаго давленія расширяется, а матка вслѣдствіе дѣйствія тяжести принимаетъ надлежащее положеніе. Тогда отчасъ дѣлается виднымъ глубокий разрывъ шейки, который не только доходитъ до перехода матки чрезъ влагалище, но часто тянется еще на нѣкоторое разстояніе и выше. Когда вслѣдствіе этого пораженія матка наклонена къ одной сторонѣ, тогда зондъ по срединной линіи можетъ быть доведенъ до дна матки, при чемъ онъ все-таки не дастъ понятія объ истинномъ ея положеніи. Объясняется-же это очень просто: зондъ проходитъ чрезъ широкое маточное устье по длинѣ самаго внутренняго угла разрыва на одной сторонѣ шейки до маточнаго рога на противоположной сторонѣ, при чемъ направленіе линіи соединяющей эти двѣ точки соответствуетъ, вслѣдствіе неправильности положенія матки, оси влагалища“.

Однако въ общемъ разрывъ шейки узнать не трудно и только въ рѣдкихъ случаяхъ придется испытать затрудненія. Эти затрудненія,

по преимуществу въ дифференціальной діагностикѣ, мы встрѣтимъ тогда, когда разрывъ будетъ очень старый или когда вывороченная цервикальная слизистая оболочка представляетъ картину весьма выраженной т. наз. сосочковой эрозіи, или же, наконецъ, въ томъ случаѣ, гдѣ железы переродились въ кисты и даютъ ощущение неравномѣрной консистенціи и бугристости. Подобныя картины могутъ заставить заподозрить здѣсь злокачественное новообразование, которое, дѣйствительно, какъ мы выше уже видѣли, можетъ здѣсь развиваться. (Breisky, Goodell, Thomas, Runge и Veit, Emmet и др.). О возможности смѣшиванія гипертрофіи и гиперплазіи шейки съ разрывомъ ея, мы уже говорили. Сведенія лоскутовъ вмѣстѣ пулевыми щипцами достаточно вполне, чтобы вывести изъ затрудненія. Ракъ шейки, говоритъ одинъ авторитетъ, часто діагностируется тамъ, гдѣ подобнаго состоянія вовсе не существуетъ, а въ дѣйствительности находится только разрывъ съ только что упомянутыми измѣненіями вывороченной цервикальной mucosae. Дѣйствительно, эта бугристость, неравномѣрность консистенціи, кровотечение при малѣйшемъ прикосновеніи, истечение бѣлыхъ, общій видъ эрозіи въ видѣ пѣтушьяго гребешка и наконецъ, и упадокъ общаго здоровья больной — ея крайнее истощеніе, все это дѣлаетъ вполне понятнымъ, какъ трудно иногда провести разницу между клиническими картинами этихъ двухъ состояній: рака и разрыва съ послѣдующими измѣненіями. Для точнаго рѣшенія діагноза единственное иногда вѣрное средство въ этихъ затруднительныхъ случаяхъ — будетъ удаленіе ножницами кусочка съ пораженной р. v. и изслѣдованіе его подъ микроскопомъ.

Изъ всего вышесказаннаго относительно симптомовъ и послѣдствій разсматриваемаго страданія, очевидно и prognosis вытекаетъ весьма неблагоприятный какъ для общаго состоянія здоровья больной, такъ и въ отношеніи къ ея генеративной способности — зачатію и своевременному рожденію дѣтей. Такія большія въ большинствѣ случаевъ обречены на состояніе хронической анеміи съ нервными и истерическими симптомами, которые образуются при долгомъ существованіи этого страданія частію вслѣдствіе упадка питанія, частію вслѣдствіе постоянныхъ болей и безпокойства. Только весьма рѣдко встрѣчаются двусторонніе глубокіе разрывы зарубцевавшимися и не вызывающими при этомъ никакихъ разстройствъ — такія женщины могутъ жить въ добромъ здоровьѣ и иногда благополучно рождаютъ дѣтей. Безплодіе и абортъ у женщинъ съ двусторонними боковыми разрывами шейки констатированы уже

столь многими наблюденіями, вполне заслуживающихъ довѣрія авторитетовъ, что сомнѣваться долѣе не возможно. Карцинома, развивающаяся на разорванной шейкѣ тоже уже не разъ была находима.

Мы не будемъ говорить здѣсь подробно о леченіи свѣжихъ разрывовъ, такъ какъ это не входитъ въ нашу задачу, а перейдемъ прямо къ изложенію леченія занимающихъ насъ старыхъ разрывовъ съ выворотомъ губъ и т. наз. эрозіей маточнаго зѣва. Скажемъ только въ двухъ словахъ о томъ, что, по мнѣнію проф. Pallen'a, и въ свѣжихъ разрывахъ единственное правильное леченіе состоитъ въ наложеніи шва. Этимъ путемъ останавливается кровотечение и уменьшается опасность инфекции, а время отдыха послѣ родовъ употребляется для заживленія раны. Въ случаѣ, еслибъ оказалось невозможнымъ соединить края разрыва швомъ, тогда слѣдуетъ прибѣгнуть къ тампону для остановки кровотечения. Д-ръ Edis въ свѣжихъ случаяхъ разрыва шейки рекомендуетъ кусокъ льда къ ранѣ или же обильные горячіе влагалитичные души, а также тампонъ намоченный въ растворѣ квасцевъ или танина, прикладываемый къ кровоточащей поверхности.

При леченіи разбираемыхъ нами т. наз. железистыхъ эрозій, происходящихъ въ большинствѣ случаевъ, какъ мы уже видѣли, вслѣдствіе разрывовъ р. v., употреблялись съ давнихъ временъ различныя вяжущія, ѣдкія и прижигающія средства. Смазывали мѣста казавшіяся эрозіей t-ra jodi, Ac. chrom., tannin cum glyc. и просто чистымъ глицериномъ. Употреблялись также Arg. nitric., Acid. nitricum и проч. Въ самое послѣднее время изъ Шредерской клиники было предложено примѣненіе Ac. pyrolignosum, подъ вліяніемъ котораго плоскій эпителий, разрастаясь, начинаетъ переходить на то мѣсто, гдѣ была эрозія, т. е. на мѣсто покрытое прежде цилиндрическимъ эпителиемъ. Какъ удобное прижигающее средство при эрозіяхъ, въ послѣднее время пользуется извѣстностью также 10% Ac. carbol.

Но какъ бы не восхвалялись различныя лекарственныя вещества, употребляющіяся при эрозіяхъ возникшихъ вслѣдствіе разрыва р. v., сами же ихъ жаркіе сторонники и противники оперативнаго леченія сознаются въ томъ, что эффектъ подобнаго леченія силовъ и рядомъ только временный. Дѣйствительно, послѣ долгаго, утомительнаго, какъ для врача, такъ и для больной смазыванія въ этихъ случаяхъ и получается иногда улучшеніе нашей ложной эрозіи, но при малѣйшемъ поводѣ она вновь появляется. Женщина переходитъ,

обыкновенно, отъ одного врача къ другому, пока прежняя эродированная поверхность не сдѣлается, вслѣдствіе повторныхъ прижиганій рубцовой и страданія больной нѣсколько прекратятся. Но и въ этомъ случаѣ не всегда бываетъ хорошій результатъ. Какъ говорить Schenk, старое леченіе вмѣсто пользы зачастую приноситъ только положительный вредъ. Ибо послѣ старательно примѣняемаго прижигающаго способа леченія нерѣдко остается такая масса рубцовой ткани, которая можетъ повліять самымъ гибельнымъ образомъ на кажущееся поправленіе здоровья больной. Подобная плотная рубцовая ткань часто сжимаетъ периферическія нервные волокна такъ сильно, что производитъ невралгіи, понижаетъ половое желаніе и вообще можетъ вызвать различныя нервные расстройства. Противники операціи Эммета—Fordyce Barker, Jakobi⁶⁷⁾, Chadwick и Bennet сами говорятъ, что лекарственное леченіе этихъ эрозій, связанныхъ съ разрывовъ шейки, весьма утомительно и что эффектъ этого леченія часто только временный. Такимъ образомъ отсюда, кажется, вполне ясно, что заслуга Эммета, какъ творца операціи сшиванія разрывовъ шейки, громадна. Въ этой операціи мы имѣемъ, дѣйствительно, скорый, простой и вѣрный способъ леченія страданія, которое, какъ мы сейчасъ видѣли, такъ упорно и на столь короткое время поддается леченію одними только вяжущими и прижигающими средствами. Проф. Breisky говоритъ, что по ясному плану, по быстротѣ и вѣрности своихъ результатовъ, операціи Эммета несомнѣнно далеко превосходитъ всѣ употреблявшіеся доселѣ способы леченія этого страданія. Мы могли-бы привести здѣсь массу самыхъ благоприятныхъ отзывовъ относительно результатовъ операціи, но это было-бы повтореніемъ того, о чемъ упоминали уже въ историческомъ обзорѣ. Прежде чѣмъ перейти къ изложенію техники операціи, мы скажемъ еще въ нѣсколькихъ словахъ о показаніяхъ къ ней.

Самъ Эмметъ, Breisky, Spiegelberg и др. говорятъ, что не всякая обыкновенная царапина на маточномъ зѣвѣ съ болѣе или менѣе выраженными измѣненіями формы р. v., можетъ служить показаніемъ къ оперативному вмѣшательству, что тутъ нѣтъ мѣста для затѣйливыхъ операцій, или такихъ, которыя могутъ уже считаться роскошью; но что если паталогическія послѣдствія выворота достигли такой степени, какъ это указано ясно въ опубликованныхъ доселѣ случаяхъ, тутъ уже операція вполне показана. По мнѣнію проф. Goodell'я, операція показана тогда, когда губы р. v. сильно эктропированы, шейка приняла форму гриба, ея свободный конецъ

утолщенъ и кажется даже толще самаго тѣла матки, слизистая оболочка цервикальнаго канала выворочена наружу, когда она выдѣляетъ обильный секретъ, когда сама матка смѣщена, воспалена и гипертрофирована. Въ подобныхъ случаяхъ, по его мнѣнію, только одна надежда на излеченіе—это возстановленіе цервикальнаго канала и нормальной формы шейки. Но въ послѣдствіи Goodell высказалъ мысль, что и поверхностные разрывы нуждаются въ операціи, если развивается эктропионъ, ибо разрывъ предрасполагаетъ къ раку и субинволюціи матки. Въ октябрѣ 1881 года Goodell читалъ свой докладъ о 113 случаяхъ Эмметовской операціи, гдѣ уже прямо выставляетъ слѣдующія показанія для операціи: 1) выворотъ слизистой оболочки цервикальнаго канала, увеличеніе слизистыхъ железъ, бѣли и т. д.; 2) наследственная склонность къ раку, ибо разрывъ и выворотъ предрасполагаютъ еще болѣе къ этимъ злокачественнымъ новообразованіямъ; 3) трудно поддающійся леченію субъакутный peri-parametritis. Это послѣднее показаніе противурѣчитъ взглядамъ большинства гинекологовъ, но Goodell думаетъ, что существующій въ этихъ случаяхъ разрывъ р. v. и поддерживаетъ постоянное раздраженіе брюшины и при каждомъ менструальномъ приливѣ вновь возбуждаетъ воспаленіе, а потому нужно сначала зашить разрывъ и тогда, по исчезновеніи источника раздраженія, воспаленіе брюшины прекратится само собою; 4) присутствіе твердыхъ рубцовыхъ массъ въ углахъ разрывовъ вслѣдствіе сдавленія нервныхъ волоконъ, вызывающее боли въ тазу, боли при coitus'ѣ и др. расстройства, и наконецъ 5) безплодіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ также служить показаніемъ для операціи.

Д-ръ Mundé, въ статьѣ, упомянутой выше, подробно касается показаній къ операціи Эммета. Онъ полагаетъ, что нечего уже говорить о показаніи къ операціи, при тѣхъ интенсивныхъ разрывахъ съ массою клиническихъ симптомовъ, которые были описаны Эмметомъ и его послѣдователями, тамъ операція показана безъ всякаго сомнѣнія и признается всѣми, но что существуютъ многочисленные случаи, гдѣ при легкой только степени разрыва и выворота Эмметовская операція все-таки представляетъ собою самый подходящий и самый скорый способъ леченія этого страданія. Онъ убѣжденъ въ этомъ, не смотря на то, что Barker, Jakobi и Atthil утверждаютъ, что операція должна быть ограничена только тяжелыми формами разрывовъ и что въ громадномъ большинствѣ случаевъ поврежденіе это вполне излѣчимо одними лекарственными средствами и покоемъ, а меньшія степени разрыва слишкомъ ни-

чтожны, чтобъ произвести какое-нибудь зло. Mundé говорить: „Хотя я и дѣйствительно допускаю, что незначительные разрывы шейки безъ выворота, но съ нормальной слизистой оболочкой, а также что даже и глубокіе разрывы безъ выворота губъ, далѣе, что и глубокіе разрывы съ выпячиваеіемъ слизистой оболочки, но съ рубцевымъ заживленіемъ по всей поверхности—не требуютъ оперативнаго вмѣшательства, однако мои наблюденія рѣшительно заставляютъ меня признать, что существуетъ много случаевъ незначительныхъ разрывовъ и выворота цервикальной мукозы, гдѣ пластическая операція составляетъ самое вѣрное и быстрое терапевтическое средство для излеченія болѣзни. Случаи эти, по Mundé, слѣдующіе: 1) Незначительные разрывы, которые обыкновенно не причиняютъ особенныхъ разстройствъ, но однако, вслѣдствіе постоянного тренія губы о заднюю влагалищную стѣнку, производятъ то, что незначительный выворотъ превращается въ обильно отдѣляющую секретъ эрозію, простирающуюся обыкновенно и въ цервикальный каналъ. До зашиванія разрыва въ подобныхъ случаяхъ можетъ оказаться необходимымъ выскабливаніе полости церв. канала; но большею частію цервикальный катарръ излѣчивается самъ собою, послѣ удаленія воспаленной поверхности отъ раздраженія. 2) Незначительные разрывы, которые хотя и не производятъ сами по себѣ мѣстныхъ разстройствъ, но которые, вслѣдствіе постоянного раскрытія вывороченной шейки, поддерживаютъ недостаточную инволюцію и хроническую гиперплазію матки. Здѣсь раздраженіе, связанное вообще съ операціей и съ потерей крови а также раздраженіе, исходящее изъ оставленныхъ швовъ, гораздо дѣйствительнѣе, чѣмъ прижиганіе каленымъ желѣзомъ или др. средствъ. Операція Эммета въ этомъ рядѣ случаевъ (а они составляютъ большинство изъ тѣхъ, съ которыми встрѣчаются гинекологи) составляетъ сравнительно нѣжное и дѣйствительное пособіе, замѣняющее собою рекомендованную многочисленными писателями ампутацію шейки, какъ средства для инволюціи при хроническихъ метритахъ. Что нѣтъ надобности удалять всю или большую часть шейки, чтобъ вызвать инволюцію, видно изъ статьи Thomas'a, помѣщенной въ руков. по женскимъ болѣзнямъ изд. 1874 г. Онъ говоритъ, что когда вырѣзывается поверхностный слой въ органѣ пораженномъ гипертрофіей, то въ массѣ остающейся ткани видна замѣтная склонность къ уменьшенію. Наблюденія д-ра Martin'a изъ Берлина вполне подтверждаютъ это. Хотя нѣкоторые гинекологи и полагаютъ, что эти-же самые случаи интенсивныхъ метри-

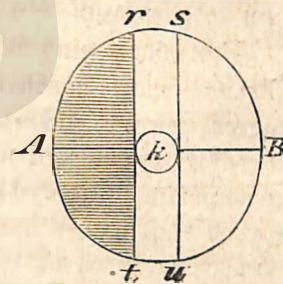
товъ съ разрывами р. v. можно пользоваться при времени и терпѣніи и менѣе жестокими мѣрами, но проф. Schroeder утверждаетъ, что время и терпѣніе больной также должны быть приняты во вниманіе и что „конечно лучше предпочесть имѣть вѣрный результатъ чрезъ двѣ недѣли и посредствомъ вполне безопаснаго способа, чѣмъ быть въ неизвѣстности въ продолженіе цѣлыхъ мѣсяцевъ при леченіи другими средствами“. 3) Случай гипертрофическаго или кистознаго эктропіона одной губы съ эродированною поверхностью, находящеюся на ней отъ $\frac{1}{2}$ до 1 дюйма въ діаметрѣ. Вырѣзать этотъ бесполезный кусокъ ткани, немного обрѣзать края и возстановить нормальную величину зѣва—конечно болѣе удобный способъ леченія въ подобномъ случаѣ, чѣмъ утомительныя прижиганія и повторныя скарификации. 4) Случай разрыва эндоцервикальной слизистой оболочки съ сравнительно незначительнымъ поврежденіемъ краевъ наружнаго зѣва, который однако открытъ, воронкообразной формы и легко пропускаетъ 3 фалангу указательнаго пальца. Въ подобныхъ случаяхъ лучше расщепить шейку на двѣ части, обнажить и сшить какъ при обыкновенномъ разрывѣ. 5) Мы все знакомы съ трудностію встрѣчающеюся при леченіи большихъ гранулярныхъ железистыхъ эрозій шейки посредствомъ прижигающихъ средствъ. Почему-же тогда не лечить ихъ удаленіемъ больной слизистой оболочки и соединеніемъ здоровыхъ краевъ швами, какъ это дѣлается при операціи Эммета? Я убѣжденъ, говоритъ Mundé, что много времени можно сберечь поступая такимъ образомъ. Тѣмъ болѣе нужно спѣшить операціей, что, какъ показалъ Breisky и Ruge съ Veit'омъ, эти эрозіи весьма склонны давать начало раку“. Итакъ мы видимъ, что почти все авторы считаютъ операцію вполне показанной во всехъ случаяхъ разрыва шейки, гдѣ существуетъ интенсивный выворотъ губъ, большая эрозія, цервикальный эндометритъ и metritis chronica или субинволюція матки. Большинство авторовъ считаетъ операцію также показанной и въ случаяхъ безплодія и выкидыша существ. одновременно съ разрывомъ при отсутствіи другихъ причинъ къ этому, а также и при существованіи большого количества рубцовой ткани въ углахъ разрыва, обусловливающаго своимъ присутствіемъ различные нервные разстройства.

Теперь обратимся къ техникѣ самой операціи и постараемся въ описаніи ея держаться какъ можно ближе къ изложенію этого вопроса Эмметомъ. Какъ мы уже выше упомянули, Эмметъ совершенно случайно открылъ на одной больной, долго и безуспѣшно

лечившейся у него отъ т. наз. эрозіи, истинную причину болѣзни, заключавшуюся въ присутствіи двухъ глубокихъ боковыхъ разрывовъ и въ выворотѣ наружу обѣихъ губъ р. v. Посредствомъ складыванія обѣихъ вывороченныхъ губъ вмѣстѣ, онъ измѣнилъ толстую, гипертрофированную, валикообразную р. v. такимъ образомъ, что она превратилась въ р. v. совершенно правильнаго вида и почти нормальной величины, на которой глубокіе боковые разрывы были теперь отлично видны. Какъ скоро же вывороченныя губы представлялись самимъ себѣ, онъ снова выворачивались и представляли ту же гипертрофическую форму р. v., при которой нельзя было видѣть ни малѣйшаго слѣда разрыва. Отъ познанія дѣйствительной причины болѣзни до отысканія средства леченія было одинъ только шагъ; ему нужно было для этого только придать шейкѣ ея настоящій видъ на болѣе продолжительное время и онъ исполнилъ это насколько просто, на столько же и гениально. А именно, обѣ губы, въ томъ мѣстѣ, гдѣ былъ разрывъ, онъ освѣжалъ и эти освѣженные поверхности соединялъ швами, пока они не сrostутся. Самое лучшее время для операціи, какъ вообще для всѣхъ гинекологическихъ операцій, это 4—5 дней спустя послѣ окончанія менструацій. Операція производилась Эмметомъ подъ наркозомъ хлороформовъ или эфиромъ. Эмметъ и большинство американскихъ гинекологовъ оперировали въ лѣвомъ боковомъ положеніи (Sims'a) при освѣщеніи зеркаломъ Симса. Затѣмъ берется пара острыхъ крючковъ, которыми захватываются передняя и задняя губы и матка слегка притягивается книзу. Эмметъ предупреждаетъ отъ слишкомъ сильнаго притягиванія матки внизъ при большихъ разрывахъ особенно потому, что при нихъ всегда бываетъ воспаленіе клѣтчатки и укороченіе, вслѣдствіе этого, широкой связки; потягиваніе же внизъ можетъ причинить новое раздраженіе этой связки, послѣдствіемъ чего можетъ явиться новый cellulitis. Когда лоскуты фиксированы, ихъ сближаютъ, и Эмметъ употребляетъ при этомъ маточный турникетъ—родъ экразера съ пружиной вмѣсто цѣпи, надѣвая его поверхъ шейки тотчасъ подъ влагалищнымъ соединеніемъ и тогда затягивалъ его настолько, чтобъ контролировать кровотеченіе во время операціи. Но въ послѣдствіи, Эмметъ самъ пришелъ къ убѣжденію, что во многихъ случаяхъ можно обходиться и безъ этого инструмента, такъ какъ обильныя влагалищныя души изъ горячей воды, сдѣланныя незадолго предъ операціей, дѣйствуютъ настолько кровоостанавливающимъ образомъ, что во время операціи происходитъ только самое умеренное крово-

теченіе. Послѣ наложенія турникета или безъ него, Эмметъ приступалъ къ обнаженію разорванныхъ поверхностей. Онъ оперировалъ всегда ножницами и только въ случаяхъ, гдѣ ткань была особенно плотна онъ употреблялъ скапель для освѣженія краевъ у основанія разрыва, если послѣдній ограничивался одной стороной. Въ своихъ прежнихъ описаніяхъ операціи при двойномъ разрывѣ, Эмметъ совѣтовалъ обнажать разорванныя поверхности отъ одной губы къ другой, просто оставляя широкую неосвѣженную полосу посрединѣ лоскутовъ въ направленіи перпендикулярномъ къ линіи разрывовъ, спереди назадъ, и эта необнаженная полоса, при сближеніи лоскутовъ, была предназначена для образованія цервикальнаго канала. По его прежнему предложенію эта полоса должна была быть повсюду одинаковой ширины. Рис. 1. Но послѣ тщательнаго наблюденія этого состоянія на цѣломъ рядѣ случаевъ относительно измѣненій послѣ операціи, онъ нашелъ, что маточный зѣвъ при такихъ условіяхъ дѣлается слишкомъ узкимъ. Прежде, при оперированіи, онъ слѣдовалъ правилу оставлять неосвѣженную полосу такой ширины, какую имѣетъ каналъ при основаніи разрыва у внутренняго зѣва или вблизи послѣдняго. Онъ полагалъ, что можетъ вполне руководиться этимъ, такъ какъ, хотя стѣнки матки и гипертрофированы, калибръ же канала во всякомъ случаѣ удерживаетъ свою величину. Но потомъ оказалось, что если между гипертрофированными лоскутами будетъ проведенъ каналъ повсюду одного діаметра, то послѣ операціи онъ сдѣлается слишкомъ узкимъ, лишь только матка и шейка возвратятся къ нормальной величинѣ. При прежнемъ способѣ освѣженія каждая изъ обѣихъ освѣж. поверхностей представляла приблизительно полукругъ съ узкой неосвѣженной полосой по срединѣ между ними, которая и содѣйствовала образованію цервикальнаго канала при сближеніи лоскутовъ. Теперь же, для того чтобъ избѣжать вышеупомянутаго, дурнаго результата, Эмметъ придаетъ освѣженнымъ поверхностямъ овальную форму, при чемъ не освѣженная полоса, вмѣсто того чтобъ быть, какъ прежде, одинаковой ширины, дѣлается теперь трубообразной. См. рис. 2, а. Другими словами, эта неосвѣженная полоса проводится на каждомъ лоскутѣ соотвѣт-

Рис. 1.



AtsB — Передняя губа: At и B — Задняя губа. k — Отверстіе церв. канала на уровнѣ угла разрыва. AB — уголъ разрыва. trsu — необнаженная поверхность для образованія цервик. канала.

ственно, полосѣ на противоположномъ лоскутѣ и при томъ такъ, что она постепенно увеличивается въ ширинѣ, начиная снутри кнаружи, отъ маточнаго канала къ наружному краю разорванной части шейки. Такимъ образомъ когда лоскуты прикладываются затѣмъ одинъ къ другому, новый каналъ чрезъ шейку получаетъ форму трубы. Лишь только матка возвратится къ своей нормальной величинѣ, то, такъ какъ измѣненія въ шейкѣ были наиболѣе выражены, каналъ выравнивается и діаметръ его дѣлается нормальнымъ и повсюду равномернымъ. Для того чтобъ каналъ въ концѣ концовъ получилъ вообще правильную форму, мы должны при образованіи его сообразоваться съ гипертрофіей лоскутовъ.

При обнаженіи удаляется слизистая оболочка и только незначительная часть поренхимы. Процессъ освѣженія весьма много облегчается притягиваніемъ матки внизъ, къ влагалищному выходу. Часть, которую хотятъ удалить, фиксируютъ пинцетомъ, затѣмъ, при отпрепаровываніи, отрѣзывается полоса отъ одной стороны лоскута до другой — въ одинъ приемъ сразу. Такимъ путемъ наилучшимъ образомъ достигается надлежащее освѣженіе лоскутовъ. Употребляютъ ли ножъ или ножницы, во всякомъ случаѣ нужно освѣжать, насколько возможно, глаже и равномернѣе. Лучшіе результаты достигаются тамъ, гдѣ заживленіе происходитъ *per primam*, а для того чтобъ это произошло, необходимо прикладывать лоскуты другъ къ другу съ извѣстной тщательностію. Въ случаяхъ, гдѣ природа сама пыталась излечить разрывъ и гдѣ даже при двустороннемъ разрывѣ расхождение лоскутовъ незначительно, благодаря образованію между ними рубцевыхъ массъ вслѣдствіе заживанія путемъ грануляцій, и гдѣ при одномъ только такомъ состояніи существуетъ масса разстройствъ въ нервной системѣ, Эмметъ совѣтуетъ удалить всю рубцевую ткань V образнымъ разрѣзомъ и обнаженные такимъ образомъ поверхности соединить швами точно также какъ и при операціи обыкновеннаго двусторонняго разрыва. Въ другихъ случаяхъ, когда поврежденіе стараго происхожденія, появляется множество кистъ, которыя затѣмъ лопаются, результатомъ чего является стягиваніе (сокращеніе) ткани по длинѣ края, образуемаго съ одной стороны слизистой оболочкой канала, а съ другой влагалищной поверхностью *p. v.* Эффектомъ этого сведенія будетъ то, что стороны лоскутовъ, прежде бывшія плоскими, превращаются теперь въ двѣ выпуклыя относительно другъ друга поверхности. Если мы эти выпуклыя поверхности лоскутовъ освѣжимъ поверхностно и

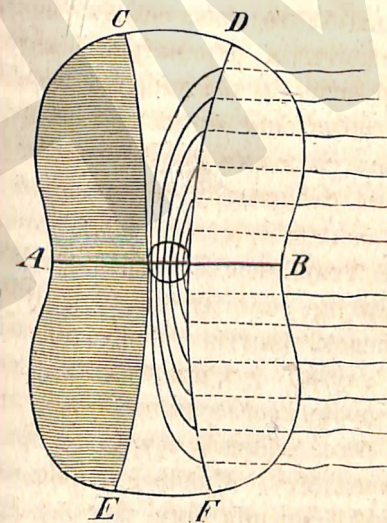
затѣмъ попытаемся свести ихъ вмѣстѣ, то сблизить надлежащимъ образомъ наружные края окажется невозможнымъ, если мы не наложимъ только слишкомъ крѣпкихъ швовъ, которые потомъ въ свою очередь вслѣдствіе такого крѣпкаго наложенія навѣрное прорѣжутся. Кромѣ того, эта ткань рубцевая и представляетъ собою настолько твердое, инородное тѣло, что еслибъ соединеніе сначала намъ даже и удалось, то оно всетаки будетъ только временнымъ и прежнее состояніе опять скоро явится вслѣдствіе недостатка жизненности въ ткани. Такимъ образомъ приходится не только удалить совершенно выдающіеся впередъ (выпуклыя) поверхности, но мѣстами произвести даже и вырѣзываніе ткани болѣе глубокое для того чтобъ лоскуты и на боковыхъ сторонахъ прилегали другъ къ другу очень тщательно, послѣ того какъ швы будутъ закручены. Еслибы разрывъ помѣщался внутри цервикальнаго канала, не проходя чрезъ наружный звѣзъ, то въ этихъ случаяхъ Эмметъ совѣтуетъ разрѣзать шейку съ обѣихъ сторонъ, затѣмъ вблизи разрѣзанныхъ поверхностей освѣжить узенькую полоску по длинѣ канала, для того чтобъ возвратитъ послѣдній къ нормальной величинѣ, и наконецъ, спить какъ и при обыкновенномъ разрывѣ. Иногда шейка разрывается, какъ мы знаемъ, на 3, на 4 и даже на 5 частей. Еслибъ мы стали освѣжать въ каждой трещинѣ отдѣльно и потомъ попытались бы соединить все эти лоскуты вмѣстѣ швами, то мы, навѣрное, получили бы результатъ неудовлетворительный, потому-что влеченіе въ противоположныхъ направленияхъ заставило бы швы прорѣзаться. Одинъ изъ лоскутовъ въ этихъ случаяхъ всегда бываетъ болѣе гипертрофированъ остальныхъ, такъ что соединеніе поверхностей надлежащимъ образомъ было-бы крайне затруднительно. Въ подобныхъ случаяхъ нужно удалить сначала сегментъ V образнымъ разрѣзомъ, а потомъ уже легко будетъ и соединить освѣженные поверхности. При множественныхъ и звѣздчатыхъ разрывахъ, если каустики не помогаютъ, нужно оперировать такимъ образомъ: сначала шейку раздѣляютъ ножницами на каждой сторонѣ почти до влагалищнаго соединенія, производя такимъ образомъ двойной разрывъ. Потомъ увеличиваютъ площадь обнажаемыхъ поверхностей удаленіемъ достаточнаго количества ткани на каждой сторонѣ и такимъ образомъ каналъ будетъ возвращенъ къ исполнѣ нормальному размѣру, когда лоскуты соединятся швами. Когда существуетъ разрывъ на 4 части, то удаляютъ съ каждой стороны сегментъ и потомъ соединяютъ остающіеся лоскуты вмѣстѣ швами, какъ и при простомъ двойномъ разрывѣ.

Когда обнаженіе лоскутовъ закончено и мы убѣдились въ томъ, что обнаженные поверхности хорошо прилегаютъ другъ къ другу, тогда приступаютъ къ проведенію швовъ.

При особенной плотности ткани шейки главное затрудненіе при операціи будетъ состоять въ проведеніи иглы. Короткая, круглая игла имѣетъ ту выгоду, что она производитъ маленькіе, точечкообразные уколы. Когда проведена проволока, то она настолько выполняетъ собою уколы, что оттуда не вытекаетъ ни капли крови, что, наоборотъ, очень часто случается при употребленіи рѣжущихъ, ланцетообразныхъ иголокъ. Но чѣмъ плотнѣе и тверже ткань, тѣмъ она менѣе будетъ кровоточить. Поэтому лучше въ этихъ послѣднихъ случаяхъ будетъ употреблять ланцетообразныя иглы D-g Sims'a, ибо ихъ легче проводить. Иглы захватываются обыкновеннымъ иглодержателемъ Лангенбека. Требуется всего три или четыре шва на каждой сторонѣ, если разрывъ обширенъ и двусторонній. Швы лучше всего проводить съ наружной стороны лоскута, около $\frac{1}{4}$ дюйма отступя отъ края обнаженія, къ краю той полосы, которая должна образовать каналъ и затѣмъ въ соответственномъ мѣстѣ на другомъ лоскутѣ они должны быть выведены изнутри кнаружи. Рис. 2. Одинъ за другимъ швы проводятся сверху внизъ на разстояніи $\frac{1}{3}$ дюйма одинъ отъ другаго. Главное вниманіе должно быть обращено на то, чтобы достигнуть возможно близкаго прилежанія другъ къ другу лоскутовъ (по всей поверхности р. v.), ибо, если они прилегаютъ хорошо, то края, которые должны образовать каналъ, настолько-же близко будутъ приведены въ соприкосновеніе другъ съ другомъ, какъ и внутренніе края дощечекъ бочки посредствомъ хорошо натянутого обруча. Для того чтобы кровотеченіе не было значительно, полезно провести первый шовъ тотчасъ подъ угломъ разрыва: такимъ образомъ можно вполне обезпечить себя отъ циркулярной артеріи и ея вѣтвей, изъ которыхъ кровотеченіе обыкновенно и происходитъ. Затѣмъ швы закручиваются одинъ за другимъ начиная съ верхнихъ. Но прежде чѣмъ швы закручены, рана промывается карболовой водой съ цѣлью удалить сгустки крови и куски оставшейся ткани. При вторичномъ кровотеченіи изъ уколовъ иглы можно употребить горячія души, а также насыщенный растворъ квасцовъ, который составляетъ надежное haemostaticum и не мѣшаетъ соединенію per primam. По закручиваніи швовъ и отрѣзываніи ихъ на разстояніи около $\frac{1}{2}$ дюйма, они нѣсколько загибаются въ сторону, чтобы не раздражать стѣнки влагалища. Потомъ встав-

ляется тампонъ и операція кончена. Послѣдовательное леченіе, какъ и при всякой другой операціи, состоитъ въ томъ, что больная содержится въ теченіи нѣкотораго времени въ постели, ибо лоскуты въ противномъ случаѣ могутъ разойтись; между тѣмъ какъ полный покой въ горизонтальномъ положеніи еще ускоряетъ инволюцію матки. Нѣтъ никакой необходимости задерживать испражненія или держать строгую діету, если нѣтъ къ этому особенныхъ показаній, а количество и качество пищи должно соответствовать тому, какъ полагается для всякаго больного находящагося въ постели. Мочевой пузырь долженъ быть опорожненъ помощью катетера или же для этого употребляется подкладное судно, такъ

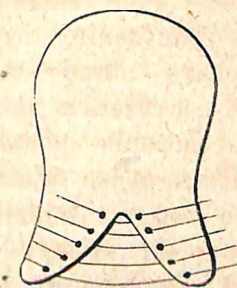
Рис. 2 а.



AB—Уголъ разрыва. ACDB—Передняя губа. ECDF—Необ-
нажаемая полоса назначенная для образов. цервикал. ка-
нала. ACE—Освѣщенная поверхность на обѣихъ губахъ съ
одной стороны. Справа проведеніе швовъ по Эммету.

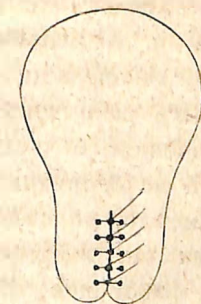
Рис. 2 б.

Видъ съ боку разорванной шейки.



проведеніе швовъ по Эммету.

Рис. 2 с.



Видъ шейки сбоку по закручиваніи швовъ.

какъ очень важно, чтобы больная не садилась въ постели ранѣе 10 или 12 дней послѣ операціи. Со втораго дня послѣ операціи нужно ежедневно 2 раза дѣлать влагалищныя души изъ теплой воды. Швы вообще удаляются на 8-й день и при удаленіи ихъ необходима нѣкоторая осторожность, такъ какъ при неосторож-

номъ выниманіи соединеніе часто опять нарушается. Когда больная находится въ лѣвомъ боковомъ положеніи и шейка освѣщена Симсовскимъ зеркаломъ, тогда нужно нижнюю часть петли разрѣзать непосредственно подъ концемъ закрученной части проволоки и затѣмъ уже вытянуть ее. Разрѣзанная петля, при вытягиваніи проволоки, будетъ тогда удерживать части въ соединеніи во все время, пока вся не выйдетъ; между тѣмъ какъ, если-бы мы разрѣзали верхній конецъ проволоки и потомъ стали вытягивать ее, то соединенные края могли-бы опять разойтись. Удаленіе швовъ полезно начинать всегда сверху, у влагалищнаго соединенія; ибо если замѣтятъ послѣ снятія верхнихъ швовъ стремленіе лоскутовъ опять разойтись, или же соединеніе получится не полное и слабое, то нижніе швы могутъ быть оставлены тогда на болѣе продолжительное время и не соединившіяся части могутъ тогда зажить посредствомъ грануляцій, чего нельзя было-бы достичь, если-бы сначала были сняты нижніе швы. Параметрить и периметрить могутъ иногда послѣдовать за операцией, но если случаи выбраны хорошо и если операция произведена при соблюденіи всѣхъ предосторожностей, мы рѣдко будемъ встрѣчаться съ этими послѣдствіями.

Что касается вліянія операции на слѣдующую беременность и роды, то мы имѣемъ слѣдующія свѣдѣнія относительно этого. Barker утверждаетъ, что рубцевая ткань послѣ операции всасывается. Д-ръ Hanks утверждаетъ, что не остается никакой рубцовой ткани, равно какъ и д-ръ Schenck. Janvrin ⁽⁶⁸⁾ опубликовалъ одинъ неблагопріятный для родовъ случай, гдѣ пришлось сдѣлать надрѣзъ р. v. Большинство-же авторовъ согласны въ томъ, что роды послѣ операции происходятъ безъ всякихъ затрудненій или же новыхъ разрывовъ на мѣстѣ прежнихъ. Mundé въ прошломъ году сообщалъ о двухъ случаяхъ, гдѣ операция Эммета была произведена на беременной маткѣ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ не существовало, по словамъ Mundé, никакихъ доказательствъ беременности, онъ оперировалъ, удалил швы на 8-й день и получилъ полное соединеніе. Но много дней спустя больная совсѣмъ отъ другой причины выкинула, причемъ оказалось, что она была на 3½ мѣсяцѣ беременности. Въ другомъ случаѣ, тоже не подозрѣвая беременности, которая должна была быть около 2 мѣсяцевъ во время производства операции, онъ совершилъ операцию Эммета вполне успѣшно. Пациентка разрѣшилась отъ бремени въ срокъ двойнями совершенно невредимо. Смертельные исходы операций весьма рѣдки. Изъ такого громаднаго числа опубликованныхъ слу-

чаевъ операций съ полнымъ успѣхомъ, съ смертельнымъ исходомъ мы имѣемъ только 5 случаевъ. Такъ Engelman ⁽⁶⁹⁾ публикуетъ объ одномъ случаѣ, Baker тоже объ одномъ, Марсу одинъ и Эмметъ 2. Davenport ⁽⁷⁰⁾ упоминаетъ объ одномъ случаѣ тромбоза послѣдовавшаго за операцией надъ разорванной шейкой. Все это, конечно, еще весьма не большая смертность при такомъ большомъ числѣ произведенныхъ съ полнымъ успѣхомъ операций.

Теперь перейдемъ къ разсмотрѣнію вопроса всего болѣе насъ интересующаго въ данномъ случаѣ, — о необходимости продолжительнаго подготовительнаго леченія до операции, рекомендуемаго Эмметомъ какъ необходимаго въ большинствѣ случаевъ разрывовъ шейки. Самъ Эмметъ по этому поводу говоритъ: „Отъ операции слишкомъ много требовали, часто за нее брались не понимая даже ея принциповъ, а вообще ее производили безъ всякаго подготовительнаго леченія. Слѣдствіемъ этого было то, что многіе высказывали разочарованіе по поводу того, что не получали тѣхъ хорошихъ результатовъ, которыхъ раньше ожидали отъ операции. Но, безъ сомнѣнія, если-бы они выказали здѣсь даже только такую степень предусмотрительности въ подготовленіи больной къ этой операции, какую навѣрно выказали-бы при всякомъ другомъ хирургическомъ приѣмѣ, то, конечно, и здѣсь гораздо меньше было-бы разочарованій. Мы рѣдко встрѣчаемся съ такими случаями разрывовъ шейки, если только эти разрывы достаточно велики, чтобъ вызвать разстройства, гдѣ бы подготовительное леченіе до операции не принесло-бы величайшей пользы“. По мнѣнію Эммета, каждый случай разрыва до операции долженъ быть пользоваться въ теченіи 1—3 мѣсяцевъ нѣкоторымъ предварительнымъ леченіемъ, которое состоитъ въ употребленіи горячихъ влагалищныхъ душъ, смазываніяхъ нижней части живота t-r jodi, въ скарификаціяхъ съ послѣдующимъ смазываніемъ цервикальнаго канала и вывороченной цервикальной мукозы t-rs. jodi или танниномъ съ глицериномъ, а при сильной наклонности къ кровотеченію, при малѣйшемъ поводѣ, въ смазываніяхъ разъ въ недѣлю полуторохлористымъ желѣзомъ. Необходимо, по мнѣнію Эммета, также выпрямленіе матки до операции изъ retroflexio въ anteversio и удерживаніе ее въ этомъ послѣднемъ положеніи посредствомъ хорошо подобранаго нессариа. Это послѣднее обстоятельство, а именно: необходимость привести матку въ надлежащее положеніе, очень часто просматривается. Между тѣмъ, по мнѣнію Эммета, это выпрямленіе не только весьма благопріятно дѣйствуетъ во время подготовительнаго лече-

нія, какъ уменьшающее гиперемію матки, но оно составляетъ почти главное условіе для полученія послѣ операціи благоприятныхъ результатовъ. Дѣйствительно, операція произведенная послѣ подобнаго подготовительнаго леченія направленного, какъ видно, не только для уменьшенія въ объемѣ лоскутовъ, но и противъ metritis съ эндометритомъ, сопровождающихъ разрывы, безъ всякаго сомнѣнія, мы думаемъ, будетъ сопровождаться въ большинствѣ случаевъ полнымъ успѣхомъ, отрицать который никто не рѣшится при такихъ обстоятельствахъ.

Но въ то время какъ никто не думаетъ сомнѣваться въ успѣхѣ подобнаго леченія соединеннаго съ операціей, многіе изъ гинекологовъ еще доселѣ, ссылаясь на это подготовительное леченіе Эммета, приписываютъ ему одному весь благоприятный эффектъ полученный послѣ операціи, не придавая послѣдней никакого особеннаго значенія и считаютъ ее въ большинствѣ случаевъ совсѣмъ ненужною. Они утверждаютъ, что операція Эммета потребуется только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ интенсивныхъ разрывовъ, встрѣчающихся очень рѣдко, а что большинство случаевъ разрыва можетъ быть лечимо и безъ нее—одними лекарственными средствами и ампутаціей вывороченныхъ губъ. Эти авторы совершенно отрицаютъ возможность излеченія эндометрита шейки посредствомъ одной только операціи и главную роль въ успѣхѣ получаемомъ послѣ операціи приписываютъ подготовительному леченію.

Съ другой стороны, мы имѣемъ цѣлый рядъ случаевъ, опубликованныхъ выдающимися гинекологами, гдѣ и безъ всякаго предварительнаго леченія операція дала блестящіе результаты какъ относительно излеченія цервикальнаго эндометрита, такъ и устраненія другихъ болѣзненныхъ симптомовъ зависѣвшихъ отъ разрыва. Schenck, Breisky, Martin, Spiegelberg, Pallen, Goodell, Montgomery, Skene, Mundé и Smith краснорѣчиво свидѣтельствуютъ это. Schenck говоритъ, что „произвелъ trachelorrhaphy 110 разъ безъ одного худаго результата, хотя и не ставилъ своихъ пациентокъ подъ тягостное подготовительное леченіе (рекомендованное Эмметомъ), которому Bozeman приписываетъ весь успѣхъ послѣ Эмметовской операціи“. Проф. Breisky и Spiegelberg также нѣкоторые изъ своихъ операцій производили безъ подготов. леченія. Pallen какъ подготовительное леченіе употребляетъ только одни влагалищныя души изъ горячей воды въ продолженіи 14 дней. Проф. Goodell хотя и стоитъ вообще за подготовительное леченіе, приписывая ему большое значеніе, но въ прошломъ году на засѣданіи Акушерскаго

общества въ Филадельфіи заявилъ, что иногда онъ, по бѣдности больной или за недостаткомъ времени, и не производилъ предварительнаго леченія до операціи, но тѣмъ не менѣе результаты получались вполне удовлетворительные. Д-ръ Smith и Montgomery на этомъ-же засѣданіи подтвердили наблюденія Goodell'я своими личными наблюденіями. Д-ръ Skene оперировалъ иногда и просто у себя на пріемѣ и тотчасъ-же отправлялъ больную домой, но не смотря на это соединеніе лоскутовъ получалось и больныя выздоравливали.

Въ виду подобнаго разногласія мнѣній какъ относительно необходимости продолжительнаго подготовительнаго леченія, такъ и относительно значенія самой операціи по отношенію къ излеченію эндометрита, т. наз. эрозіи и другихъ болѣзненныхъ симптомовъ, мы, по предложенію проф. Славянского, и предприняли свои наблюденія на рядѣ случаевъ оперированныхъ имъ, за исключеніемъ одного, гдѣ оперировалъ я, въ акушерско-гинекологической клиникѣ при Медицинской Академіи.

Какъ видно изъ прилагаемой таблицы, всѣхъ операцій было произведено 14. Конечно, за время наблюденій произведенныхъ вами, разсматриваемое здѣсь страданіе встрѣчалось очень часто въ амбулаторіи клиники, но или больныя не соглашались на операцію, или же поврежденіе было менѣе выражено и потому такіе случаи заведомо пропускались и лечились по другому способу.

Изъ анамнеза мы видимъ, что половина больныхъ относитъ начало своей болѣзни ко времени послѣднихъ родовъ, называлъ ихъ трудными. Въ большинствѣ же нашихъ случаевъ мы не могли получить отъ больныхъ ясныхъ указаній на различныя обстоятельства родовъ, которыми-бы можно было объяснить происхожденіе разрывовъ шейки. Поэтому мы, на основаніи только нашихъ случаевъ, не можемъ сказать ничего опредѣленнаго относительно этого вопроса. Скажемъ только, что естественнѣе ждать разрывъ отъ родовъ быстро протекающихъ и притомъ соединенныхъ съ сильными схватками, чѣмъ отъ медленныхъ родовъ. При быстрыхъ родахъ происхожденіе разрыва можно было-бы представить себѣ такимъ образомъ, что при нихъ сила маточныхъ сокращеній была такъ велика, даже при началѣ родовъ, что для полнаго раскрытія зѣва не было достаточно времени, а потому произошелъ разрывъ въ той точкѣ, гдѣ маточная ткань была болѣе всего растянута. Происхожденіе разрыва шейки при употребленіи щипцовъ на мало раскрытомъ зѣвѣ также

вполнѣ было-бы понятно, но въ нашихъ случаяхъ щипцы не были примѣняемы. Вообще-же, по нашему мнѣнію, мы должны ожидать разрывы шейки скорѣе при быстро протекающихъ родахъ, чѣмъ при медленныхъ. Въ одномъ случаѣ мы имѣемъ основаніе предполагать, что разрывъ произошелъ во время аборта, ибо больная утверждала, что до выкидыша была совершенно здорова.

Во всѣхъ случаяхъ разрывъ былъ двусторонній съ тою только разницею, что въ отдѣльныхъ случаяхъ онъ, то на одной, то на другой сторонѣ, былъ интенсивнѣе. Да и въ амбулаторіи клиники разрывы двусторонніе встрѣчались чаще другихъ. Но этотъ фактъ уже достаточно объясненъ нами выше. Можетъ быть, дѣйствительно, разрывы по средней линіи происходятъ и чаще, но они обыкновенно заживаютъ, ибо тамъ нѣтъ условій, которыя задерживали бы ихъ соединеніе, какъ объясняетъ Эмметъ. Поэтому въ практикѣ мы и встрѣчаемся чаще съ послѣдствіями боковыхъ разрывовъ, вслѣдствіе большей склонности въ этихъ случаяхъ тканей къ вывороту.

Далѣе, рассматривая таблицу, мы видимъ, что большинство нашихъ случаевъ разрыва сопровождалось структурными измѣненіями въ маткѣ, ея смѣщеніями, опущеніями, особенно загибами назадъ, причемъ нерѣдко матка была увеличена, а въ сводахъ были констатируемы чувствительность и инфильтрація, благодаря которымъ матка была находима нерѣдко еще въ той или другой *lateroversio*. Смѣщеніе и воспаленіе яичниковъ тоже наблюдалось въ нѣсколькихъ случаяхъ.

Одновременное существованіе разрыва и всѣхъ этихъ измѣненій какъ въ маткѣ, такъ и въ сосѣднихъ съ нею частяхъ невольно наводитъ на мысль о нѣкоторой зависимости послѣднихъ отъ разрыва. Дѣйствительно, воспаленіе тазовой клѣтчатки около матки при интенсивныхъ разрывахъ, заходящихъ въ своды, вполнѣ понятно и не требуетъ никакого особеннаго объясненія. Это обстоятельство вполнѣ объяснимо распространеніемъ воспаленія съ матки изъ мѣста разрыва *per continuitatem* на сосѣднія части, а также и постояннымъ раздраженіемъ и обусловленнымъ чрезъ это приливомъ ко всѣмъ вообще тазовымъ органамъ. Недостаточно поддерживаемая чистота въ родильномъ періодѣ, по нашему мнѣнію, также не мало будетъ способствовать развитію этихъ воспаленій клѣтчатки и мѣшать зарубцевыванію существующихъ свѣжихъ разрывовъ шейки подобно тому какъ и при всякой другой ранѣ. Что касается измѣненій въ самой маткѣ, то и здѣсь мы не можемъ не признать за разрывами известной доли участія. Какъ было уже выше упомянуто, боковые разрывы влекутъ, въ

большинствѣ случаевъ, за собою выворотъ губъ и ервикальной слизистой оболочки; за которыми, какъ ихъ прямое послѣдствіе, уже являются дальнѣйшія измѣненія матки и цервикальной оболочки. Инволюція матки при существованіи разрывовъ шейки несомнѣнно задерживается. Сокращенія тѣла матки, вліяющія на ея дальнѣйшее питаніе и послѣдовательно на ея инволюцію, окажутъ очень мало вліянія на разорванную шейку. Такимъ образомъ должна будетъ развиваться субинволюція, которая еще болѣе усиливается и поддерживается выворотомъ губъ, вслѣдствіе того что вывороченная цервикальная слизистая оболочка подвергается различнымъ механическимъ импульсамъ во влагалищѣ, а именно: постоянное треніе вывороченной губы о заднюю стѣнку *vaginæ* поддерживаетъ гиперемію, что въ свою очередь благоприятствуетъ развитію гиперплазіи. Матка увеличенная въ своемъ вѣсѣ и вслѣдствіе недостатка опоры смѣщается внизъ и въ большинствѣ случаевъ еще загибается назадъ. Это послѣднее обстоятельство даетъ новую причину для переполненія кровью органа и увеличенія его въ вѣсѣ и объемѣ, что въ свою очередь заставляетъ матку опуститься еще ниже въ тазу. Вслѣдствіе этого лоскуты расходятся другъ отъ друга все больше и больше, пока не получится наконецъ уже ясно выраженнаго *Ectropium*. Вывороченная слизистая оболочка цервикальнаго канала, подвергаясь раздраженію, при этомъ часто сильно воспаляется, а иногда представляетъ также и кистозное перерожденіе своихъ слизистыхъ железъ. Воспаленіе вывороченной части цервикальной слизистой оболочки переходитъ и на цервикальный каналъ выше, что выражается между прочимъ обильнымъ отдѣленіемъ железъ—являются бѣди, которыя и наблюдались въ большинствѣ нашихъ случаевъ въ весьма обильномъ количествѣ, были густыми и большею частью липкими и тягучими.

Далѣе мы думаемъ, что разрывы *p. v.*, въ большинствѣ случаевъ служатъ также вызывающимъ моментомъ и для образованія т. наз. железистыхъ эрозій, находимыхъ довольно часто около наружнаго зѣва у рожавшихъ женщинъ или, говоря точнѣе, разрывы вызываютъ выворотъ цервикальной мукозы наружу, неправильно называемый железистой эрозіей, хотя въ тоже время и признаемъ, что подобный же выворотъ цервикальной оболочки встрѣчается иногда и у женщинъ никогда не рожавшихъ. Эти послѣдніе случаи объяснены выше и не стоятъ въ противорѣчій съ нашими взглядами. Мы признаемъ также, что существуетъ очень много случаевъ хроническаго эндометрита безъ всякихъ

слѣдовъ выворота губъ и не думаемъ утверждать, что разрывы шейки составляютъ единственную причину хроническаго каттара цервикальнаго канала. Наконецъ, признаемъ даже и то, что существуетъ иногда значительный выворотъ той или другой губы безъ того чтобъ на нихъ была т. наз. эрозія. Но изъ признанія всѣхъ этихъ фактовъ, намъ кажется, еще ничуть не слѣдуетъ, что разрывы шейки съ послѣдующимъ выворотомъ не имѣютъ того важнаго значенія относительно развитія т. н. эрозій и цервикальнаго эндометрита, которое имъ мы только что придали.

Присутствіе выворота губъ безъ эрозіи тоже ничего не говоритъ противъ высказаннаго нами взгляда, ибо подобные случаи можно объяснить индивидуальными особенностями въ строеніи слизистой оболочки цервикальнаго канала. А именно, у нѣкоторыхъ индивидовъ граница между цилиндрическимъ эпителиемъ цервикальнаго канала и плоскимъ эпителиемъ наружной поверхности р. v., помѣщается нѣсколько выше въ цервикальномъ каналѣ, чѣмъ обыкновенно и, такимъ образомъ, при разрывѣ шейки хотя и будетъ эктропіонъ, но выворотится наружу слизистая оболочка цервикальнаго канала покрытая не цилиндрическимъ эпителиемъ, а плоскимъ, а потому и того, что называли эрозіей, въ данномъ случаѣ видно не будетъ.

Всѣмъ только что сказаннымъ мы хотѣли указать на то, что хотя мы и не думаемъ, чтобъ разрывы шейки составляли единственную причину т. н. эрозій р. v. и хроническаго цервикальнаго каттара, но что, по нашему мнѣнію, они въ большинствѣ случаевъ, дѣйствительно влекутъ за собой образованіе эрозій и цервикальный каттаръ и разъ послѣдній образовался, то онъ постоянно будетъ поддерживаться и усиливаться вслѣдствіе выворота губъ, какъ лишняго раздражающаго момента.

Разсматривая далѣе нашу таблицу, мы видимъ, что большинство больныхъ имѣли одинаковые болѣзненные симптомы и жаловались главнымъ образомъ на бѣли, боли внизу живота, иногда на неправильность менструацій и не рѣдко на общую слабость. Всѣ эти припадки весьма просто вытекаютъ изъ найденныхъ у нихъ страданій и не требуютъ для себя особеннаго объясненія.

Въ одномъ случаѣ только рѣзко бросается въ глаза вліяніе разрыва шейки на зачатіе. Больная нѣсколько лѣтъ не имѣла дѣтей послѣ того какъ заболѣла со времени послѣднихъ родовъ, сопровождавшихся разрывомъ шейки, но чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ совершенія операціи забеременѣла и родила доношеннаго

младенца. Въ другомъ случаѣ есть основаніе предполагать, что разрывъ шейки обусловилъ собою выкидышъ. Нерѣдко встрѣчались при разрывахъ шейки выпаденіе стѣнокъ влагалища и разрывъ промежности; въ этихъ случаяхъ послѣ Эмметовской операціи были производимы также соотвѣтствующія операціи для устраненія и этихъ послѣднихъ страданій.

Какъ видно изъ таблицы, въ большинствѣ случаевъ не было производимо не только продолжительнаго подготовительнаго леченія, рекомендуемаго Эмметомъ, но вообще даже и никакого леченія до операціи. Лишь съ цѣлью дезинфекціи до операціи производились влагалищныя души изъ 2% Ас. carbol. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ были производимы скарификаціи значительно увеличенныхъ въ объемѣ лоскутовъ или для прокола кистъ. Это отсутствіе подготовительнаго леченія до операціи мы считаемъ весьма важнымъ, по своему значенію, фактомъ при разборѣ полученныхъ нами результатовъ отъ операціи. Конечно, взгляды на необходимость продолжительнаго подготовительнаго леченія зависятъ отъ взглядовъ на самую паталого-анатомическую картину разсматриваемаго страданія. Однако мы не будемъ входить здѣсь въ подробное разсужденіе объ этомъ послѣднемъ вопросѣ—объ эктропіонѣ и эрозіи, ибо высказали уже нашъ взглядъ на этотъ вопросъ выше. Считаемъ нужнымъ сказать только, что если, какъ мы принимаемъ, endocervicitis поддерживается выворотомъ цервикальной слизистой оболочки наружу, то коль скоро послѣ операціи произойдетъ сращеніе лоскутовъ и р. v. приметъ нормальную форму, тогда вся воспаленная слизистая оболочка лежавшая спаружи, должна будетъ помѣститься въ *canalis cervicis* и вслѣдствіе этого не можетъ болѣе подвергаться тому раздраженію, которому подвергалась въ состояніи выворота. Слѣдовательно причина, поддерживающая воспаленіе, операціей удаляется. Но, раздѣляя такимъ образомъ взгляды Эммета на паталогическое значеніе разрывовъ шейки, мы тѣмъ не менѣе не производили рекомендуемаго имъ подготовительнаго леченія. Ибо въ данномъ случаѣ, на рядѣ случаевъ здѣсь представленныхъ, мы, исходя изъ взгляда только что высказаннаго, хотѣли только испытать, насколько одна операція, безъ особеннаго подготовительнаго леченія совершеннаго до нея, окажется полезной въ дѣлѣ излеченія или по крайней мѣрѣ улучшенія болѣзненнаго состоянія, такъ какъ нѣкоторые гинекологи, какъ было уже сказано, весь эффектъ, полученный отъ операціи, приписывали одному подготовительному леченію. Поэтому мы, если

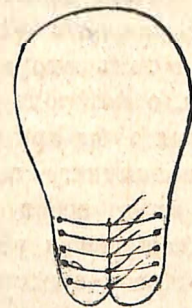
и употребляли иногда до операции какія-либо средства лечения. То только такія, которыя казались намъ уже самыми необходимыми для непосредственнаго успѣха операции, т. е. для прочнаго и вѣрнаго соединенія освѣженныхъ поверхностей лоскутовъ, а всѣ же другія, рекомендуемыя Эмметомъ, оставляли въ сторонѣ. Если лоскуты разрыва очень гиперемированы, насыщены кровью, или же устьяны и сдавлены плотными, кистозно перерожденными слизистыми железами, то напередъ можно сказать, что обнаженные поверхности лоскутовъ не соединятся. Въ подобныхъ случаяхъ излишекъ крови непременно долженъ быть извлеченъ скарификаціями, а кисты должны быть обязательно проколоты, чтобъ не попали въ края соединяемыхъ поверхностей и тѣмъ самымъ не помѣшали соединенію. Впрочемъ, строго разграничить другъ отъ друга средства, которыя должны быть употребляемы для лечения эндометрита отъ тѣхъ, которыя исключительно должны содѣйствовать только уменьшенію объема лоскутовъ или, иначе говоря, въ данномъ случаѣ успѣшному соединенію краевъ раны — немыслимо. Такъ, тѣ же скарификаціи употребляются, какъ всѣмъ извѣстно, и при леченіи эндометрита. А горячія влагалищныя души и смазыванія Т-га jodi до операции одинаково будутъ способствовать какъ успѣшному леченію эндометрита, такъ и болѣе вѣрному соединенію краевъ раны. Мы даже думаемъ, что неполнымъ успѣхомъ въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ мы обязаны отчасти недостатку скарификацій и игнорированію горячихъ душъ, которыя, конечно, еще больше способствовали бы опорожненію лоскутовъ отъ переполнявшей ихъ крови и тѣмъ самымъ содѣйствовали бы болѣе совершенному соединенію лоскутовъ. Такимъ образомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы признаемъ всю важность и пользу подготовительнаго леченія и не думаемъ ихъ отрицать, а потому и производили его въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ.

Сама операция производилась съ нѣкоторыми уклоненіями отъ предписаній Эммета. Всѣ наши случаи были оперируемы безъ наркоза и при томъ въ положеніи при камнесѣченіи, а не въ боковомъ. Влагалище проспринцевывалось предъ операцией 2% Ас. carb. Эмметовскій турникетъ для остановки кровотечения не употреблялся, такъ какъ примѣненіе его считалось вполнѣ излишнимъ, ибо кровотеченіе было всегда такъ незначительно, что не нуждалось еще въ какомъ-нибудь особомъ инструментѣ для своей остановки. Постоянная ирригація изъ 1% карболовой, холодной воды, употреблявшаяся при всѣхъ случаяхъ во время операции, служила, конечно, между прочимъ и для остановки кровотечения. Но намъ

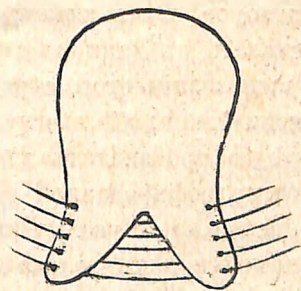
кажется, что кровотеченіе въ объемѣ немного, можетъ быть, больше, чѣмъ при обыкновенной скарификаціи, должно быть признано скорѣе полезнымъ въ силу его вліянія на послѣдующую инволюцію матки и ея кровонаполненіе, чѣмъ вреднымъ моментомъ въ этихъ случаяхъ. Что же касается примѣненія постоянного орошенія во время операции, то выгода и преимущества его всякому понятны. Ассистентъ, который фиксируетъ лоскуты пулевыми щипцами, можетъ держать и ирригаціонную трубку.

Далѣе, во всѣхъ нашихъ случаяхъ, въ виду болѣе удобной остановки могущаго произойти сильнаго кровотечения, сначала производилось проведеніе швовъ, а потомъ уже обнаженіе. Для швовъ обыкновенно употреблялась желѣзная проволока. Швы проводились посредствомъ трубчатой иглы Стартина, употребляющейся обыкновенно при операцияхъ во влагалищѣ. Эти иглы представляютъ, по нашему мнѣнію, дѣйствительно большое преимущество предъ короткими кривыми, употреблявшимися Эмметомъ съ иглодержателемъ, въ томъ отношеніи, что проведеніе ихъ совершается гораздо легче чрезъ ткань шейки, подчасъ довольно плотную. Швы проводились проф. Славянскимъ не такъ, какъ Эмметомъ, а съ нѣкоторыми измѣненіями, которыя главнымъ образомъ заключались въ томъ, что швы у насъ проходили большей своей частью не въ ткани, какъ у Эммета, а снаружи р. v., охватывая ее въ видѣ неполнаго обруча. См. рис. 3-й. При такомъ способѣ проведенія швовъ они не такъ скоро могутъ прорѣзаться. Обыкновенно на каждой сторонѣ проводилось отъ 2 до 4 глубокихъ металлическихъ швовъ. Когда швы были наложены на обѣихъ сторонахъ и слегка натянуты помощникомъ, приступали къ обнаженію, которое производилось сначала обоюдоострымъ но-

Рис. 3.



Боковой видъ шейки по закрѣпленіи швовъ.



Боковой видъ разорванной шейки. Проведеніе швовъ.

потомъ и ножницами, изогнутыми по краю и по плоскости. Прежде обнаженія, при соединеніи лоскутовъ вмѣстѣ, обыкновенно всегда ножомъ обозначалась граница будущихъ обнаженныхъ поверхностей на соот-

вѣтствующихъ мѣстахъ того и другого лоскутовъ. Чтобъ не мѣшала кровь, обнаженіе сначала производилось на нижнемъ лоскутѣ, а затѣмъ уже и на верхнемъ той же стороны. Иногда обнаженіе совершалось сначала на обѣихъ сторонахъ и потомъ уже закручивались швы, въ другихъ-же случаяхъ сначала обнажали только на одной сторонѣ и закручивали швы тамъ-же, а потомъ уже приступали къ освѣженію другой стороны съ послѣдовательнымъ закручиваніемъ швовъ. Когда глубокіе проволочные швы, уже прежде проведенные, были закручены, приходилось обыкновенно почти всякій разъ накладывать еще нѣсколько поверхностныхъ добавочныхъ шелковыхъ швовъ или же изъ тонкой проволоки. Эти послѣдніе швы проводились уже посредствомъ простыхъ, короткихъ, сильно изогнутыхъ иголокъ съ помощью обыкновеннаго иглодержателя Лангенбека.

Въ отношеніи къ послѣдовательному леченію, собственно говоря, нечего сказать чего-либо особеннаго. Съ цѣлью дезинфекціи и чистоты мы употребляли ежедневныя влагалищныя души изъ 2% ас. carb. Слѣдили за аккуратнымъ опорожненіемъ кишечника и мочевого пузыря. Больной предписывалось по возможности покойное положеніе въ постели около 7 дней, по прошествіи котораго приступали обыкновенно къ удаленію швовъ. Верхніе швы удалялись обыкновенно первыми, а нижніе оставлялись иногда еще дня на два, смотря по успѣшности соединенія.

Прежде чѣмъ говорить о результатахъ операціи не можемъ не упомянуть также еще въ двухъ словахъ объ одномъ обстоятельстве, которое, намъ кажется, заслуживаетъ полнаго вниманія. Мы хотимъ сказать въ данномъ случаѣ о томъ затрудненіи для непривычнаго въ распознаніи этого страданія, о которомъ упоминали уже выше. Дѣйствительно, обѣ вывороченныя губы при изслѣдованіи пальцемъ нерѣдко производятъ для непривычнаго впечатлѣніе увеличенной и гипертрофированной р. v., въ то время какъ на самомъ дѣлѣ она нисколько не увеличена, а кажущееся увеличеніе это есть не болѣе какъ только обманчивое представленіе вслѣдствіе ощупыванія пальцемъ выпуклой поверхности вывороченныхъ губъ. Для непривычнаго еще легче распознать посредствомъ осязанія односторонній разрывъ, чѣмъ двусторонній; при послѣднемъ же онъ просто ощущиваетъ короткую, толстую р. v. и широко раскрытый зѣвъ. Изслѣдованіе трубчатымъ зеркаломъ немного прибавитъ къ тому, что найдено уже пальцемъ, въ большинствѣ же случаевъ оно подтвердитъ уже найденное прежде, ибо въ зеркалѣ будетъ

видна большая р. v. съ кажущимися эродированными передними поверхностями губъ около наружнаго зѣва. Между тѣмъ въ дѣйствительности въ зеркалѣ паходится вывороченная цервикальная слизистая оболочка, а то, что принимается за os extern. будетъ на самомъ дѣлѣ os intern. или мѣсто цервикальнаго капала, находящееся далеко отъ послѣдняго. Чтобы дать себѣ ясный отчетъ въ каждомъ подобномъ случаѣ, необходимо разсматривать р. v. при помощи зеркала Симса и всякій разъ въ сомнительныхъ случаяхъ, захвативъ пулевыми щипцами вывороченныя губы, свести ихъ вмѣстѣ; тогда, если здѣсь былъ разрывъ, прежняя короткая, толстая и гипертрофированная р. v. исчезаетъ, а на ея мѣстѣ является р. v. почти нормальной величины и правильной копической формы, равно какъ и эрозія исчезаетъ безслѣдно. Это обстоятельство необходимо имѣть въ виду, прежде чѣмъ ставить діагнозъ гипертрофіи р. v. и рѣшаться на ея ампутацію.

Переходя теперь къ разсмотрѣнію результатовъ непосредственно полученныхъ отъ операціи, мы видимъ изъ таблицы, что въ 9-ти случаяхъ получилось полное соединеніе освѣжаемыхъ поверхностей лоскутовъ и полное прекращеніе болѣзненныхъ припадковъ, хотя въ 2-хъ изъ этихъ случаевъ и послѣ вторично принятой операціи. Въ слѣдующихъ 4-хъ случаяхъ, хотя соединеніе лоскутовъ получилось и не полное, такъ въ 2-хъ изъ нихъ соединеніе послѣдовало только на одной сторонѣ, а въ 2-хъ другихъ получились перемычки, но тѣмъ не менѣе, выворотъ губъ былъ устраненъ и послѣдовало значительное уменьшеніе болѣзненныхъ симптомовъ: боли значительно меньше, церв. эндометритъ почти прекратился, боли внизу живота совсѣмъ не беспокоили больныхъ. Наконецъ, въ одномъ случаѣ операція не дала никакихъ результатовъ, ибо не получилось никакого соединенія. Но этотъ случай, по нашему мнѣнію, вполне объяснимъ общимъ состояніемъ здоровья больной. Она страдала, во-первыхъ, сильными и частыми эпилептическими припадками, а во-вторыхъ имѣла pneum. chr. и дов. выраженный метритъ. Постоянныя кашлевые движенія, а также эпилептическіе приступы, конечно, вполне объясняютъ плохой результатъ въ данномъ случаѣ, полученный не смотря даже и на сравнительно продолжительное подготовительное леченіе.

Только въ одномъ случаѣ явилось непріятное осложненіе операціи перипараметритическимъ экссудатомъ, появленіе котораго мы объясняемъ себѣ тѣмъ обстоятельствомъ, что при операціи были въ употребленіи зеркала Симса, которыми въ тотъ-же день не за-

долго до операции смотрѣли двухъ раковыхъ больныхъ и такимъ образомъ запесли септический ядъ отъ нихъ къ нашей больной. Но въ общемъ исходъ и у этой больной былъ не особенно плохъ: успѣшному соединенію лоскутовъ экссудатъ нисколько не помѣшалъ, бѣли значительно уменьшились въ количествѣ и больная выписалась изъ клиники относительно здоровою.

Итакъ, не смотря на намѣренную недостаточность, сравнительно съ требованіями Эммета, подготовительнаго леченія, а въ большинствѣ случаевъ не смотря даже и на полное отсутствіе какого-бы то ни было подготовительнаго леченія, мы тѣмъ не менѣе получили въ большинствѣ случаевъ результаты отъ операции вполне удовлетворительные. А именно, бѣли и тазовыя боли, составлявшія главную жалобу большинства нашихъ больныхъ, прекращались. Обильныя и неправильно приходящія крови въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ совершенія операции дѣлались болѣе умѣренными. Какъ выше было уже упомянуто, въ одномъ случаѣ видно, что операция устранила собою безплодіе. Наконецъ и общее состояніе здоровья больныхъ перѣдко значительно улучшалось въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы могли видѣть больную чрезъ извѣстный промежутокъ времени послѣ ухода изъ клиники. Конечно, ожидать зрѣлаго улучшенія общаго здоровья вскорѣ послѣ операции было бы и невозможно, ибо для того чтобы излѣчить отъ анеміи и связаннаго съ нею разстройства нервной системы, нужно время и операция, конечно, не можетъ дать этого прямо, но она во всякомъ случаѣ, содѣйствуетъ этому косвеннымъ образомъ, уничтожая причину нездоровья—постоянный источникъ раздраженія,—выворотъ губъ и связанный съ нимъ хроническій цервикальный эндометритъ. Вообще-же нужно сказать, что успѣхъ отъ операции былъ тѣмъ больше, чѣмъ соединеніе освѣженныхъ поверхностей было совершеннѣе или, другими словами говоря, тамъ наступало полное излеченіе, гдѣ р. v. принимала вполне нормальную величину и форму, гдѣ разрывъ, равно какъ и эрозія, исчезали совершенно.

Такимъ образомъ, мы думаемъ, что нашу задачу относительно того, насколько одна операция, безъ подготовительнаго леченія, имѣетъ значеніе въ ходѣ излеченія рассматриваемаго здѣсь страданія, мы можемъ на основаніи нашихъ наблюденій рѣшить такъ: самой операции въ дѣлѣ излеченія принадлежитъ главная и самая существеннѣйшая часть, хотя и подготовительному леченію иногда нельзя отказать въ извѣстной долѣ участія при полученіи хорошихъ результатовъ послѣ операции.

Продолжительное подготовительное леченіе Эммета будетъ необходимо только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ одновременно съ разрывомъ шейки существуютъ: кистозное перерожденіе слизистыхъ железъ эктрофированной цервикальной слизистой оболочки, весьма интенсивный метритъ, параметритъ, или же периметритъ. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ, какъ бы тщательно не была произведена операция, не только не получится хорошихъ результатовъ безъ подготовительнаго леченія, но даже и прочное соединеніе лоскутовъ едва-ли послѣдуетъ, а скорѣе, вслѣдствіе преждевременнаго совершенія операции, при этомъ можетъ возникнуть еще болѣе опасное обостреніе воспалительныхъ процессовъ въ окружающихъ матку частяхъ — тазовой клѣтчаткѣ, брюшинѣ и яичникахъ. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ разрыва можно приступать къ производству операции, по нашему убѣжденію, и безъ длительного подготовительнаго леченія до операции.

Что касается показаній къ операции Эммета, то мы, на основаніи собственныхъ наблюденій, можемъ сказать слѣдующее. По нашему мнѣнію, не каждый разрывъ необходимо оперировать, такъ какъ существуетъ извѣстный рядъ случаевъ разрыва, гдѣ вовсе не требуется леченія, вслѣдствіе того что они не вызываютъ никакихъ разстройствъ или же это поврежденіе такъ незначительно, что поддается леченію одними вяжущими и прижигающими средствами. Но за исключеніемъ этихъ, существуетъ еще большое число случаевъ, въ которыхъ операция показана не столько вслѣдствіе обширности поврежденія, сколько вслѣдствіе симптомовъ имъ вызываемыхъ. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ мы, конечно, не можемъ согласиться съ мнѣніемъ тѣхъ, которые утверждаютъ, что операция показана только въ тѣхъ случаяхъ разрыва, гдѣ цервикальнаго эндометрита нѣтъ, а есть другіе припадки, зависящіе отъ разрыва. Мы, напротивъ, считаемъ операцию показанной не только въ этихъ послѣднихъ случаяхъ, гдѣ въ умѣстности и необходимости ея не можетъ быть никакого сомнѣнія, но даже и тамъ, гдѣ существуетъ одновременно съ разрывомъ цервикальный эндометритъ.

Въ заключеніе мы должны сказать относительно операции Эммета, что, по нашему убѣжденію, при разрывахъ шейки матки нѣтъ никакого другого средства, которое могло бы замѣнить ее съ одинаковымъ успѣхомъ. По нашему мнѣнію Эмметъ правъ, утверждая, что употребленіе каустиковъ и производство ампутаціи губъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разрывъ очевиденъ и губы р. v. хорошо прикладываются вмѣстѣ, вполне излишне и въ иныхъ случаяхъ даже можетъ быть поло-

жительно вредно. Какъ выше уже было упомянуто, послѣ сильныхъ каустиковъ можетъ развиваться рубцевая ткань въ такомъ количествѣ, что вызоветъ вновь цѣлую массу новыхъ припадковъ, а неумѣстная ампутація губъ р. v. лишаетъ насъ возможности примѣнить нессарій при смѣщеніяхъ матки, такъ часто встрѣчаемыхъ одновременно съ разрывомъ. Дѣйствительно, для чего спрашивается, мы будемъ производить ампутацію губъ тамъ, гдѣ эта ложная гипертрофія и удлинненіе губъ исчезаютъ сейчасъ-же послѣ того какъ лоскуты соединены вмѣстѣ посредствомъ пулевыхъ щипцовъ? Не справедливѣе-ли и не лучше-ли, дѣйствительно, возстановить въ этихъ случаяхъ нормальную величину и форму р. v. соединеніемъ лоскутовъ вмѣстѣ? „Мы вполне допускаемъ, что состояніи хроническаго раздраженія, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вслѣдствіе разрыва существуетъ выворотъ цервикальной слизистой оболочки, вообще могутъ улучшаться, если дѣйствуютъ хирургически, ампутируя р. v. Но если намъ удастся возстановить р. v. не только для осязанія и глаза, но и произвести полное *restitutio ad integrum* посредствомъ консервативнаго способа леченія—пластической операціей, то мы тогда, по истинѣ, удовлетворяемъ еще болѣе вышему требованію хирургіи, а также и не будемъ обвинены въ умысленномъ увѣщаніи матки. Опытъ, насколько можно видѣть до настоящаго времени, не говоритъ противъ умѣстности консервативнаго леченія посредствомъ пластической операціи предложенной Эмметомъ“.

Оканчивая работу, считаю долгомъ отъ души поблагодарить проф. К. Ф. Славинскаго, какъ за предложеніе темы для настоящей работы, такъ и вообще за любезное позволеніе пользоваться гинекологическимъ матеріаломъ въ завѣдуемой имъ клиникѣ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Roser. Archiv für Heilkunde II Jahrg. 2 Heft.
2. Mauriceau. Traité de maladies des femmes grosses.
3. Simpson. Works of Sir—
4. Bennet. Uterine inflammation.
5. Mundé. Amer. Journ. of obstetr. 79.
6. Emmet. Surgery of the cervix. Amer. Journ. of obst. 69.
7. Emmet. Americ. Journ. of obst. 74. Nov.
8. Breisky. Wien. medic. Wochenschrift 76. № 49 bis 51.
9. „ „ „ „ „ 76. № 28.
10. „ „ „ „ „ 76. № 18.
11. Karl Rokitansky Jun. Wien. med. Presse 76. № 29.
12. Emmet. Amer. Pract. 77.
13. Baker. Bost. med. and surg. Journ. 77. Sept. 27 th.
14. Goodell Williams. Lessons in Gynecology. 80.
15. Thomas Gaillard. Boston med. and surg. Journ. 78.
 „ A practical treatise of the diseases of Women. 5-th. edit-Philadelphia 80.
 „ Philadelph. med. and surg. Report 79. May.
16. Chase. New-York med. Record. 78. March. 9-th.
17. Wing Clifton. Bost. med. and surg. Journ. 76. March.
18. Porter. Philad. med. and surg. Reports. 78. Feb. 16.
 „ Boston med. and surg. Journ. 77, 78 и 80.
 „ Proceedings of the Providence med. association. 76.
19. Dudley. New-York med. Journ. 78. Jan.
 „ Amer. Journ. of obst. 78.
20. Skene. Am. Journ. of obst. 78. July и 81.
21. Pallen Montrose. Brit. med. Journ. 81. May 14.
 „ Americ. Journal of obstetr. 79.
22. Schenk. Uterine Functions and Disease. One hundred and ten cases of Emmets operations. St. Louis. 1881.
23. Sutton. Amer. Journal of obst. 80 и 82.
24. Gill Wylie. Americ. Journal of obst. 82.

25. Van de Warker. Americ. Journal of obst. 82.
26. John da Costa. Monthly supplement to the Americ. Journ. of obst. 82 Jan.
27. Hunter. New-York med. and obst. Jour. al 82.
28. Transactions of the international medical Congress, seventh session held in London. 81. August 2-d to 9-th,
29. Montgomery. Transactions of the obst. societ. of Philadelphia, 81.
30. Howitz. Gynecologiske og obstetriciske Meddelelser, 78. vol. I № 3,
31. Barnes. A clinical History of the med. and surg. discas. of Women. 2 ed. London 78.
32. Bennet Henry. On laceration of the cervix uteri, its causes and treatment.
33. Madden. Proceedings of the obs. soc. of Dublin. 82.
34. Playfair. Trans. of the obst. soc. of London. 82. March.
35. Edis Arthur. Diseases of Women etc. London 81, p. 178.
36. Bert Paul. Annales de Gyn. 80. T. 14, p. 207.
37. Desvernine. C. M. Thèse de Paris, 79.
38. Fage Marc. Thèse de Paris. 81.
39. Terrilon et Lermoyez. Bull. de Thér. 81. C. 1. Août 15.
40. Walton. Académ. royal de méd. de Belgique, protocole, 24 Sept. 81.
41. Beigel. Pathologische Anatomie der weibl. Unfruchtbarh. Braunschweig, 78.
42. Olshausen. Centralblatt für Gynäkologie 77, № 13.
43. Ruge u. Veit. Zur Pathologie der Vaginalportion. Zeitschrift für Geb. und Gynäkologie. 78. Bd. II, Hft. 2.
44. Hofmeier. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. IV, Hft. 2.
45. Hegar und Kaltenbach. Die operative Gynäkologie. Zweite Auflage 81., S. 538.
46. Arning. Wien medic. Wochenschrift. 81, №№ 32 u. 33.
47. Nieberding. Ueber das Ectropium und Risse am Halse der Schwangeren und puerperalen Gebärmutter 1879.
48. Klein, Leopold. Prag. med. Wochenschrift. 78, № 24.
49. Schroeder. Americ. Journal of obst. 82, Juli.
50. Spiegelberg. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1879, № 1.
51. Славянскій. Лекція напеч. во Врач. Вѣдом. 80.
52. Толочиновъ. Медиц. Вѣстникъ 82, № 28 и 29.
53. Горвицъ. Руководство къ патологии и терапии женской половой сферы, 2 изд. 82 г.
54. Goodell. Americ. Journal of obst. 82., Philad. med. Times, 79.
55. Holland. Brit. med. Journal, 81 г.
56. Emmet. The principles and practice of Gynecology.
57. Fischel. Zeitschrift für Heilkunde. Prager Vierteljahrschrift Bd. II или Annales de Gynecolog. 81.
 › Archiv für Gynecolog. Bd. XV S. 76. u. Bd. XVI u. XVIII, Hft. 3.
 › Centralblatt, 80. №№ 18 и 25.
58. Klotz. Gynaekologische Studien über patholog. Veränderungen der port. vag. uteri., mit 8 Tafeln. Wien 79.
59. Патенко. Протоколы IV съезда русскихъ естествоиспытателей и врачей въ С.-Петербурѣ, 79.
60. Galabin. Trans. of the obst. soc. of London. 82. March.
61. Munzberger. Inaug. diss., Halle.

62. Veit. Zeitschrift für Geb. und Gynaecologie. Bd. VIII, Hft. 1
63. Ruge. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. VIII, Hft 2.
64. Bozeman. Annales de Gyn. 80, № 13.
65. Thomas. Am. Journ. of obst. 82.
66. Mundé. Amer. Journ. of obst. 82.
67. New-York med. Record. March, 78. Chase. cm.
68. Ianvrin. Amer. Journ. of obst. 80, Octob.
69. Engelmann. Annales de Gyn. 80.
70. Davenport. Bost. med. and surg. Journ. 79.

ТАБЛИЦА.

№ по порядку.	Имя, фамилия и годъ отъ роду.	Время поступления.	А н а м н е з ъ.	Диагнозъ.	Полная операция.	Непосредственный результатъ операции.	При выходѣ изъ клиники найдено.	З А М Ъ Ч А Н І Я.
1	Г-жа М. А. 23 л.	18 VI 80.	Первая менструация на 13 году и правильны. Замужемъ 5 лѣтъ. Рожала 2 раза. Последніе роды годъ тому назадъ. Жалуются на боли внизу живота и бѣли со времени послѣднихъ родовъ.	Metritis chron. Ruptura colli duplex. Erosio. Desc. uteri. Prolapsus vaginae.	Души и скарпическая операция.	Соединение только на одной стор. черезъ три недѣли опер. повторена, получилось полн. соедин.	Выворота губъ нѣтъ. Р. в. правильной формы. Отдѣленіе изъ цервикальнаго канала нормальное. Жалобы на боли внизу живота прекратились. Матка меньше въ объемѣ.	Черезъ мѣсяцъ была произведена Colporrhaphia anterior.
2	Г-жа Е. Ф. 32 л.	Въ 1880 г. въ частной практикѣ.	Менструации на 16 году. Замужемъ 12 лѣтъ. Трое дѣтей. Последніе роды 5 лѣтъ назадъ—трудные. Со времени послѣднихъ родовъ спясныя бѣли, общая слабость, боли внизу живота и расстройство нервной системы.	Metritis chr. Retroflexio et desc. uteri. Ruptura colli dupl. Erosio.	Произведена операция на обеихъ сторонахъ.	Полное соединеніе.	Послѣ операций бѣли и боли въ тазу прекратились. Больная совершенно поправилась. Р. в. правильной формы и величины. Эрозія нѣтъ.	Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операций больная забеременѣла и благополучно родила.
3	Г-жа И. И. 25 л.	20 VII 80.	Менструации на 16 году. Замужемъ 8 лѣтъ. Родовъ 3. Послѣ первыхъ родовъ на первомъ году замужества появились бѣли, выпаденіе матки, истерическіе и эпилептическіе припадки. Первые роды—трудные. Менструации правильны. Боли въ тазу.	Ruptura colli dupl. Erosio. Prol. uteri.	80. Двуст. операция по 6 недѣль съ каждой стороны.	Справа соедин. послѣдовало, слѣва не послѣдовало.	Бѣли нѣсколько меньше, чѣмъ прежде. Боли въ тазу беспокоятъ очень мало.	4/xi. Colporrhaphia mediana.
4	Г-жа А. В. 38 л.	7 I 81.	Крови на 15 году и все время правильны. Родовъ 3. Последніе роды 10 лѣтъ назадъ. Бѣли. Выпаденіе матки уже нѣсколько лѣтъ. Боли внизу живота.	Erosio. Prol. uteri. Rupt. colli dupl.	80. Двуст. операция. Справа нѣтъ шва.	Соединеніе послѣдовало только съ правой стор.	Выворота губъ нѣтъ, хотя соединеніе лоскутовъ существуетъ только съ одной стороны. Отдѣленіе изъ цервикальнаго канала нормально. Боли внизу живота прекратились.	26/i. Произведена Colporrhaphia mediana.
5	Г-жа Э. С. 27 л.	22 I 82.	Менструации на 16 году. Роды одни 2 года тому назадъ. Боли въ поясницѣ, внизу живота и ногахъ. Бѣли со времени родовъ. Крови по временамъ довольно обильныя. Общая слабость.	Metritis chr. Retrof. ut. Ruptura col. dupl. Erosio.	Послѣ 6 недѣль въ поступлении двусторон. операция въ два ма.	Полное соединеніе.	Р. в. правильной формы и нормальной величины. Бѣли и боли прекратились. Эрозія нѣтъ. Отдѣленіе цервикальнаго канала нормальное.	Черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операции больная вновь посѣтила клинику. Бѣлей не было, крови были не такъ обильны. Эрозія нѣтъ.
6	Г-жа Е. Ж. 27 л.	3 IV 82.	Крови на 14 году. Рожала одинъ разъ 6 лѣтъ назадъ. Боли внизу живота. Весьма обильныя менструации. Бѣли. Эпилептическіе припадки со времени родовъ. Постоянный кашель.	Erosio. Rupt. col. dupl. Metritis chr. Oophoritis.	Души и скарпическая операция.	Соединеніе совсѣмъ не послѣдовало.	Выписалась почти съ тѣми же болезненными припадками, съ какими и поступила, только эрозія нѣсколько уменьшилась.	
7	Г-жа Н. К. 24 л.	14 VII 82.	Менструации на 14 году. Замужемъ 8 лѣтъ. Родовъ 2. Последніе роды 5 лѣтъ назадъ. Года 4 тому назадъ абортъ. Менструации неправильны. Бѣли. Общая слабость. Боли внизу живота.	Metritis chr. Rupt. col. dupl. Erosio. Parametritis.	Послѣ 1 1/2 мѣс. извед. двуст. операция справа нѣтъ шва.	Соединеніе съ одной стороны.	Р. в. правильной формы, выворота губъ нѣтъ, хотя съ правой стороны соединеніе только въ видѣ перемычки. Отдѣленіе изъ цервикальнаго канала незначительное. Боли внизу живота прекратились.	Черезъ 3 мѣсяца больная вновь пришла съ жалобой на боли внизу живота и бѣли. Полное расхождение и выворотъ губъ. Обостреніе экссудата. Произведена вторичная операция. Послѣдовало полное соединеніе. Бѣли значительно меньше, боли внизу живота прекратились.

№ по порядку.	Имя, фамилия и годъ отъ роду.	Время поступления.	Анамнезъ.	Диагнозъ.	Подготовительное лечение.	Время совершенной операции.	Посредственный результатъ операции.	При выходѣ изъ клиники найдено.	Замѣчанія.
8	Г-жа А. Г. 30 л.	29 VII 82.	Крови на 14 году. Замужемъ 12 л. Родовъ 5. Последніе роды 4 года назадъ—трудные. Менструаціи правильны. Постоянные боли внизу живота и бѣли со времени послѣднихъ родовъ. Общая слабость и разстройство нервной системы. Мочепусканіе болѣзненно и частые позывы на мочу.	Erosio. Retroflexio ut. Rupt. colli dupl.	5 Скарификацій.	Черезъ 2 1/2 нед. произвед. двуст. операц. по 4 шва на каждой сторонѣ.	Полное соединеніе.	Р. v. нормальной величины и формы. Эктропіона и эрозій нѣтъ. Истеченіе изъ цервикальнаго канала не выше пормы. Боли внизу живота прекратились, равно какъ и частые позывы на мочу.	Черезъ 4 мѣсяца была опята въ клинѣ, причемъ оказалось полное отсутствіе бѣлей, а также и болѣй внизу живота. Эрозій также не было. Вставленъ пессарій Hodge.
9	Г-жа А. К. 27 л.	4 IX 82.	Менструаціи появились на 17 году. Замужемъ 9 лѣтъ. Родовъ 4. Послед. роды 1 1/2 года назадъ. Со времени послѣднихъ родовъ крови неправильны, бѣли и боли внизу живота. Истерическіе припадки. Общій упадокъ питанія.	Metritis chron. Anteflex. ut. Ruptur. colli dupl. Erosio.		Черезъ 1 1/2 нед. двуст. операція справа 4, слѣва 3 шва.	Полное соединеніе.	Выворота губъ нѣтъ, эрозій также. Р. v. правильной формы и величины. Отдѣленіе изъ цервикальнаго канала незначительное.	На другой день послѣ операціи интэнзивный экссудатъ въ заднемъ сводѣ. Соединеніе не нарушилось. Было назначено леченіе противъ экссудата.
10	Г-жа М. Е. 23 л.	15 IX 82.	Крови пришли на 16 году. Роды одны 5 лѣтъ назадъ. До родовъ была здорова. Послѣ родовъ появились сильныя бѣли и боли въ поясницѣ и внизу живота. Менструаціи правильны.	Colpitis. Rupt. colli dupl. Erosio.		Черезъ недѣлю произв. операц. на правой сторонѣ 3 шва.	Соединеніе въ видѣ широкой перемычки.	Р. v. нормальной величины и правильной формы. Выворота губъ и эрозій нѣтъ. Бѣли прекратились. Болѣй внизу живота нѣтъ. Больная совершенно здорова.	
11	Г-жа А. Ч. 22 л.	12 X 82.	Менструаціи на 15 году. Замужемъ годъ. Роды 1 1/2 мѣсяца назадъ. До родовъ была совершенно здорова. Со времени родовъ боли внизу живота, особенно при ходьбѣ; усталость при незначительномъ физическомъ напряженіи; общая слабость и бѣли.	Subinvolutio ut. Parametritis sin. Rupt. colli uteri dupl. Erosio. Prolaps. vag.		Черезъ 2 нед. двуст. операція по 4 шва на каждой сторонѣ.	Полное соединеніе.	Матка отлично инволюировалась. Отъ параметрита остатки. Р. v. правильной, конической формы и нормальной величины. Эрозій нѣтъ. Орг. ext. круглое—какъ у не рожавшей и отдѣленіе цервикальнаго канала нормальное.	Черезъ 1 1/2 мѣсяца послѣ Эмм. опер. произведена Colporrhaphia anterior и операція Fritsch'a на задней стѣнкѣ vagin'y.
12	Г-жа М. С. 38 л.	14 X 82.	Крови на 14 году. Замужемъ 22 г. Родовъ 4. Одинъ разъ двойни. Последніе роды 9 лѣтъ назадъ—трудные. Больна со времени послѣднихъ родовъ. Мѣсячныя обильны и приходятъ неправильно. Сильныя бѣли. Общая слабость и боли въ тазу.	Rupt. c. dupl. Erosio. Metritis chr. Anteflexio et latero-rovers. uteri. Prolaps. vaginae.	Скарификацій.	Черезъ 2 нед. двуст. операція справа и 4 шва слѣва.	Полное соединеніе.	Больная совершенно поправилась. Бѣлей нѣтъ. Боли въ тазу прекратились. Р. v. правильной формы и величины. Матка меньше въ объемѣ и явленія метрита исчезли.	Черезъ мѣсяцъ послѣ Эмм. операціи произведены Colporrhaphia anter и операція Fritsch'a.
13	Г-жа А. К. 34 л.	16 X 82.	Крови на 16 году. Замужемъ 15 л. Родовъ 5. Два аборта. Последніе роды 4 года назадъ—трудные. Со времени послѣднихъ родовъ крови неправильны. Бѣли. Боли въ поясницѣ.	Rupt. c. dupl. Erosio. Retroflex. ut. Oophoritis sin.		Черезъ 3 нед. двуст. операція по 4 шва.	Полное соединеніе.	Соединеніе губъ въ видѣ отдѣльныхъ перемычекъ. Эктропіона и эрозій нѣтъ. Бѣли въ мнѣшемъ количествѣ. Боли прекратились.	
14	Г-жа М. К. 27 л.	8 XI 82.	Менструаціи на 15 году. Замужемъ 8 лѣтъ. Родовъ 5. Одинъ абортъ. Последніе роды 2 года назадъ. Со времени послѣднихъ родовъ крови неправильны. Бѣли. Общая слабость. Боли внизу живота и невралгій въ другихъ частяхъ тѣла. Истерическіе припадки.	Metritis chr. Ruptura colli dupl. Erosio. Retroflex ut.		Черезъ 2 нед. двуст. операція по 4 шва.	Полное соединеніе.	Черезъ 2 недѣли—р. v. нормальной величины и правильной формы. Эрозій и эктропіона нѣтъ. Отдѣленіе изъ цервикальнаго канала не больше нормальнаго.	Черезъ 1 1/2 мѣсяца бѣлей нѣтъ, болѣй внизу живота тоже. Общее здоровье больной значительно лучше. Крови не такъ обильны, какъ прежде.