

112,874^a

КЪ ВОПРОСУ
ОБЪ
ОБРАБОТКѢ НОЖКИ
ПРИ УДАЛЕНИИ
ФИБРОМЪ МАТКИ
ЧРЕВОСЪЧЕНИЕМЪ

Диссертация на степень доктора медицины

Владимира Испенскаго.



МОСКВА.

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

КЪ ВОПРОСУ
ОБЪ
ОБРАБОТКЪ НОЖКИ
ПРИ УДАЛЕНІИ
ФИБРОМЪ МАТКИ
ЧРЕВОСЪЧЕНІЕМЪ.

Диссертація на степень доктора медицины

Владимира Испенскаго.

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

Дозволено цензурою. Москва, 9 Апрѣля, 1894 г.

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

Д 123414

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Landau. Centr. f. Gyn. 1889.

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

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

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

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

³⁾ Ibidem.

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

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

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

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

²⁾ Ibidem.

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

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

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

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

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

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

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

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

Doyen (ibidem).

³⁾ Gaz. des hopitaux 1886, 56.

⁴⁾ Diseases of women.

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

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

⁷⁾ Ueber wahre epithelführende Cystenbildung in Uterusmyomen. 1894.

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

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

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

¹⁾ Med. News. Врачъ, 1893. № 6.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

мами, соединеннымъ съ извѣстными опасностями, минусъ радикальное излѣченіе.

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

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

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

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

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

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію методовъ чрезбрюшиннаго удаленія фиброміомъ матки.

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

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

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

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

¹⁾ Bericht über gynäkolog. Operat. 1893.

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

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

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

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

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

¹⁾ Ibidem.

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

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

⁴⁾ P. 100, примѣчаніе.

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

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

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

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

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

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

¹⁾ Zweifel. Vorlesungen über klinische Gynäkologie. 1892.

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

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

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

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

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

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

³⁾ Boiffin l. c. p. 180.

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

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

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

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

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

¹⁾ Spencer Wells l. c.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Pean et Urdy. Hysterotomie Paris, 1873.

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

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

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

¹⁾ Гегаръ и Кальтенбахъ. Оперативная гинекологія.