

Prof. R. Chrobak

въ Вѣнѣ.

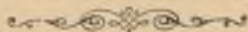
БОЛѢЗНИ
ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

ВЫПУСКЪ ПЕРВЫЙ.

Съ 97 рисунками въ текстѣ.

Переводъ съ нѣмецкаго
д-ра В. М. Островскаго.

(Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane von Prof. R. Chrobak in Wien.
I. Theil. Mit 97 Abbildungen).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Малая Итальянская, 13.

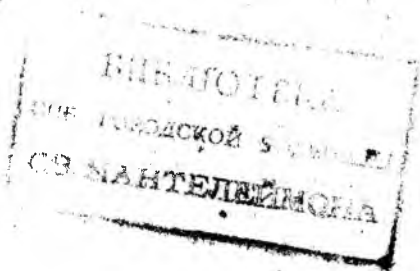
1900.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 22 ноября 1899 г.

Типографія В. С. Эттингера, Малая Итальянская, 18.

Оглавление.

	Стр
Предисловіе	1
Гл. I. Введение. Общія замѣчанія о симптоматологіи и этиологіи	3
Гл. II. Гинекологическое изслѣдованіе	12
Опросъ больной	12
Положеніе больной	14
Наружное изслѣдованіе	15
Внутреннее изслѣдованіе	18
Изслѣдованіе помощью зеркаль	25
Зондированіе	29
Расширеніе матки	33
Искусственное замѣненіе положенія матки	39
Добываніе матеріала для изслѣдованія	40
Гл. III. Общія замѣтки о леченіи	41
Уходъ за раной	47
Наркозъ	61
Кабинетъ врача	62
Общія замѣчанія о гигиенѣ	65
Мѣстное леченіе влагалища и шейки	71
Введеніе лекарственныхъ веществъ въ матку	80
Выскабливаніе	86
Примѣненіе pessariumъ	90
Гинекологическій массажъ	98
Пользованіе электричествомъ	100
Брюшныя повязки	103
Литература	105
Гл. IV. Анатомія и физиологія	107
Топографія тазовыхъ внутренностей	108
Тазовая клетчатка	126
Лимфатическая система	135
Наружныя половыя части	142



Предисловіе.

Предлагаемая книга первоначально предназначалась для наших учениковъ, и весь гинекологическій матеріалъ приходилось обработать въ возможно сжатой формѣ и съ болѣе субъективной окраской. Теперь, когда она должна составить часть издаваемого *Nothnagel'* емъ руководства по патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней, намъ предстоитъ задача дать врачамъ-терапевтамъ не только руководящую нить, но и въ особенности выдвинуть связь гинекологіи со всей внутренней медициной, которая, къ сожалѣнію, вслѣдствіе возрастающаго дробленія на специальности, ослабла до весьма нежелательной степени. Вотъ почему пришлось измѣнить въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ первоначальный планъ и отказаться отъ излишней краткости.

При составленіи учебника, долженствующаго отвѣчать современнымъ требованіямъ, предъ нами носилась желанная цѣль изложить отдѣльныя формы болѣзни не по анатомическимъ областямъ, какъ это дѣлалось до сихъ поръ, а главнымъ образомъ съ этиологической точки зрѣнія, изобразить картины болѣзни въ цѣльной формѣ, обнимающей болѣе или менѣе весь органъ, и такимъ образомъ выставить связь между всѣми отдѣлами, *какъ частями одного цѣлаго*.

Съ какими трудностями придется бороться при распредѣленіи матеріала по этому плану, намъ было ясно съ самаго начала, и мы вполне сознаемъ, какъ далеки мы отъ совершенства въ проведеніи этого принципа. Пусть же читатели посмотрятъ на выборъ этого принципа классификаціи болѣзней какъ на первую пробу и отнесутся снисходительно къ выполненію ея.

Во избѣжаніе повтореній въ специальной части, мы нѣсколько подробнѣе, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ въ книгахъ того же объема, остановились на общей діагностикѣ и терапіи, включивъ нѣкоторые важные новые отдѣлы.

Существенное отступленіе отъ общепринятаго мы сдѣлали по отношенію къ *анатоміи*, изложивъ отдѣльно и въ болѣе обстоятельной обработкѣ тѣ отдѣлы ея, которые представляютъ практической интересъ, и думаемъ, что отозвались этимъ на давно ощущавшуюся потребность учащихся. Великъ былъ соблазнъ углубиться въ этотъ приковывающій къ себѣ предметъ, но пришлось наложить на себя извѣстные ограниченія изъ-за недостатка мѣста. Эта глава помѣщена въ нѣсколько необычайномъ мѣстѣ, но мы именно хотѣли поставить общую часть впереди, къ тому же анатомія представляетъ хорошій переходъ къ патологической анатоміи специальной части. При выборѣ наименованій мы, разумѣется, приняли во вниманіе *новую анатомическую номенклатуру*, но, отдавая дань филолого-этимологическимъ стремленіямъ *Kossmann'a*, мы не могли во всемъ слѣдовать ему, такъ какъ предложенныя имъ въ замѣну старыхъ новыя названія болѣею частью трудно произносимы и потому имѣютъ мало шансовъ на общее распространеніе.

Измумительное развитіе *оперативной гинекологіи* сдѣлало невозможнымъ упоминаніе, а тѣмъ паче подробное изложеніе всѣхъ различныхъ методовъ и видоизмѣненій отдѣльныхъ операцій, ибо это одно могло бы заполнить цѣлый толстый томъ. Пришлось ограничиться нѣсколько болѣе обстоятельнымъ описаніемъ только того, что испробовано было нами лично въ теченіе многихъ лѣтъ. Въ остальномъ намъ приходится ссылаться на все еще классическое произведеніе *Hegar'a* и *Kaltenbach'a*, а также на болѣе современный учебникъ *Hofmeister'a*, который прямо высказалъ, что въ настоящее время невоз-

можно болѣе включить ученіе о гинекологическихъ операціяхъ въ рамки руководства по гинекологіи.

Наши *литературныя указанія* не имѣютъ ни малѣйшихъ притязаній на полноту; мы только приводимъ при каждой главѣ нѣсколько болѣе извѣстныхъ источниковъ нашей литературы, дабы дать ищущему возможность ориентироваться обстоятельнѣе относительно того или другого предмета. Въ нѣмецкомъ руководствѣ по женскимъ болѣзнямъ (*Billroth — Lücke*), а также въ нѣкоторыхъ учебникахъ (*v. Winckel, Pozzi*, отчасти *Schroeder*) имѣются довольно полные указатели. Мы, однако, не преминули воспользоваться новыми данными, особенно добытыми трудами германскаго гинекологическаго общества. Со времени же появленія годичныхъ отчетовъ (*Jahresberichte*) *Frommel's*, т. е. за послѣднія 10 лѣтъ, нѣтъ ужъ такой надобности въ помещеніи подробныхъ литературныхъ указаній въ учебникахъ.

Вначалѣ мы поставили было себѣ правиломъ приводить въ текстѣ только твердо установленное, избѣгая по возможности всего гипотетическаго, а также упоминанія авторовъ; но скорѣ вынуждены были отказаться отъ этого и прибавили кое-гдѣ имена въ скобкахъ.

Мы не скупились на рисунки, справедливо признавая, что они гораздо болѣе въ состояніи выяснить морфологическія отношенія, нежели самыя лучшія описанія; въ этомъ отношеніи издатель намъ не поставилъ никакихъ затрудненій, что мы и отмѣчаемъ здѣсь какъ достойное признательности. Мы по возможности пользовались только оригинальными рисунками, но, разумѣется, не разъ встрѣтилась необходимость брать образцовые рисунки и другихъ авторовъ.

Для изготовленія оригинальныхъ рисунковъ были любезно предоставлены въ наше распоряженіе богатая коллекція, а также свѣжія матеріалъ Вѣнскихъ и Пражскихъ анатомическихъ, патолого-анатомическихъ и судебно-медицинскихъ институтовъ, за что и выражаемъ нашу благодарность завѣдующимъ этими учрежденіями. Оригинальные рисунки были съ величайшей тщательностью исполнены академическимъ ваятелемъ и рисовальщикомъ *Fritz Meixner*омъ въ Вѣнѣ и медикомъ *Adolf Kaspar*омъ въ Прагѣ; клише доставила извѣстная фирма *Matolony* въ Вѣнѣ.

Въ виду того, что нѣмецкая специальная литература отнюдь не ощущаетъ недостатка въ хорошихъ учебникахъ и справочныхъ книгахъ, вошло въ обычай выступать каждый разъ при умноженіи ея со словами извиненія; нашимъ извиненіемъ служатъ выставленные выше мотивы, изъ коихъ самымъ существеннымъ является стремленіе подчинить ходъ мыслей изучающихъ женскія болѣзни этиологической точкѣ зрѣнія.

Эта точка зрѣнія стала, благодаря завоеваніямъ новѣйшей медицины, господствующей. Поэтому и мы должны попытаться избрать ее основой для классификаціи женскихъ болѣзней. Мы согласны, что это рискованный шагъ распредѣлять матеріалъ совершенно необычнымъ и неиспытаннымъ образомъ, но мы постараемся особенно тщательной разработкой алфавитнаго указателя по возможности ослабить тѣ трудности ориентированія, которыя встрѣтятся при новомъ подраздѣленіи. Несмотря на наши добрыя намѣренія дать нашимъ товарищамъ терапевтамъ, а также нашимъ ученикамъ только зрѣло обдуманное, мы тѣмъ не менѣе въ должной мѣрѣ сознаемъ присущіе нашей работѣ недостатки.

ГЛАВА I.

Введение.

(Общая замечанія о симптоматологии и этиологии).

Начала гинекологии можно прослѣдить въ медицинской литературѣ древнѣйшихъ временъ. Въ сочиненіяхъ *Гипократа* и *Сосруты* изложены наблюденія, вѣрность которыхъ заставляеть насъ и теперь еще удивляться. Отъ *Сорана* остались совершенно правильныя свѣдѣнія—послѣ забытыя, а въ послѣднее время ставшія доступными всѣмъ, благодаря переводу на нѣмецкій языкъ—объ анатоміи женскихъ половыхъ органовъ, о зондахъ и зеркалахъ, а въ музеѣ *Overbeck*, въ Неаполѣ, имѣется трехстворчатое маточное зеркало, которое по конструкціи соотвѣтствуетъ зеркалу *Weiss'a* для прямой кишки. Однако, трезвыя наблюденія *Сорана* не послужили основой для дальнѣйшаго накопленія фактическаго матеріала, и господствовавшее почти до середины нашего столѣтія умозрительное направленіе въ наукѣ затормозило и сдѣлало невозможнымъ построеніе и нашей спеціальности на объективныхъ началахъ.

Лишь въ серединѣ XVIII вѣка акушерство стало доступнымъ изученію мужчинъ, которымъ раньше была предоставлена только оперативная помощь въ этой области, и съ тѣхъ поръ были сдѣланы важныя, хотя и недостаточно оцѣненные еще наблюденія, такъ, напр. относительно бимануальнаго изслѣдованія (*Puzos* и *Schmitt*). Въ началѣ нашего столѣтія гинекологія ожила. Введеніе снова зонда, зеркала и кюретки обозначаетъ поворотный пунктъ, съ котораго можно считать начало самостоятельности нашей спеціальности. Въ серединѣ нашего столѣтія занялись гинекологіей въ Германіи преимущественно акушеры, какъ *Kuwisch*, *E. Martin*, *Scanzoni*, *Veit*, затѣмъ *B. S. Schultze*, *C. v. Braun* и мн. др., и многое сдѣлали какъ въ области діагностики, такъ и терапіи женскихъ болѣзней.

На долю двухъ хирурговъ, одного американца и одного нѣмца, выпало дать направленіе современной гинекологіи. Съ именами *Sims'a* и *Simon'a* связано начало вліянія хирургіи на нашу спеціальность. Послѣ нѣсколькихъ предварительныхъ сообщеній появилась въ 1866 г. «Хирургія матки» *Sims'a*. Не обиліе наблюденій и не описанныя въ этой книгѣ операціи произвели переворотъ въ гинекологіи, хотя онѣ и представляли большой шагъ впередъ, а трезвое и вмѣстѣ съ тѣмъ увлекательное изображеніе механической подкладки многихъ болѣзней воодушевило всѣхъ насъ искать прогресса въ хирургическомъ направленіи. Эта незабвенная заслуга *Sims'a* нисколько не умаляется тѣмъ, что многое, описанное *Sims'омъ*, мы считаемъ въ настоящее время ошибочнымъ, такъ, напр., его взгляды на зачатіе и безплодіе, важность, приписываемую имъ матеріалу для швовъ. Приблизительно въ то же время подобными же задачами занялся *Simon*, бывшій тогда въ Ростокѣ, а впослѣдствіи въ Гейдельбергѣ. Операцію пузырно-влагалищнаго свища, успѣшность которой *Sims* приписывалъ серебряной проволоцѣ, онъ произвелъ не менѣе счастливо, пользуясь для заши-

ванія шелкомъ; результаты другихъ пластическихъ операций, какъ *kolporrhaphia*, *amputatio colli* и др., тоже доказали второстепенное значеніе швейного матеріала и, наоборотъ, важность прилаживанія и тщательнаго соединенія раневыхъ поверхностей.

Въ это же время появились отчеты объ оперированныхъ въ Англии *Spencer Wells'*омъ, *Ch. Clay*, *Keith'*омъ и др., далѣе въ Америкѣ и Франціи *Mac. Dowell'*омъ, *Lizars'*омъ, *Koerberlé* и т. д. брюшныхъ опухоляхъ, главнымъ образомъ *яичниковыхъ кистахъ*. Какъ ни противились вначалѣ, почти до середины 70-хъ годовъ, часть гинекологовъ этому новому направленію, ихъ сопротивленіе должно было умолкнуть предъ все улучшавшимися результатами этихъ операций, которыя со временемъ великаго открытія *Lister'a* сдѣлали быстрый скачокъ впередъ.

За удаленіемъ яичниковыхъ опухолей слѣдовало удаленіе *твердыхъ опухолей матки* (*Péan*, *Urdu*) и экстирпація раковой матки (*Freund*, *Czerny*, *Billroth*, *Schroeder* и др.). Въ увлеченіи благотѣльнымъ вліяніемъ хирургіи на нашу спеціальность стали преподавать оперативную гинекологию по образцу ученія о хирургическихъ операцияхъ. Первые гинекологическіе оперативные курсы на трупѣ читались въ Вѣнѣ въ 1871 г., а въ 1874 г. появился гинекологическій учебникъ оперативной гинекологіи *Hegar'a* и *Kaltenbach'a*, который и теперь еще остается образцовымъ, указывая пути для дальнѣйшаго прогресса въ этой области. Правда, за это время гинекологія, какъ и всякая новая спеціальность, пережила свои бури, и мы и теперь еще не совсѣмъ вышли изъ этого періода; не одинъ вопросъ ждетъ окончательнаго рѣшенія, опирающагося на большое число наблюденій; кастрація, операція на придаткахъ, начатыя и доведенныя до сравнительно высокой степени совершенства *Hegar'*омъ, *Batley*, *A. Martin'*омъ, *L. Tuit'*омъ и др., съ одной стороны, повели къ крайнему увлеченію, а съ другой, къ крайнему скептицизму, и мы съ трудомъ пробираемся, ища путь къ истинѣ.

Помимо непосредственныхъ лечебныхъ результатовъ, всѣ эти операціи существенно подвинули впередъ изученіе патолого-анатомическихъ и этиологическихъ данныхъ. Хотя мы должны признать за истину, что всѣ тѣ случаи, въ которыхъ можетъ быть оказана оперативная помощь, могутъ скорѣе и вѣрнѣе достигнуты выздоровленія, нежели при другихъ способахъ леченія, тѣмъ не менѣе приходится пожалѣть, что въ настоящее время черезчуръ пренебрегаютъ этими консервативными методами. Излеченіе многихъ тяжелыхъ нервныхъ разстройствъ можетъ быть достигнуто не-оперативнымъ путемъ; правда, путь этотъ дологъ и утомителенъ, немногіе хотятъ подвергнуться ему, да и врачу удобнѣе разъ произвести болѣе крупную операцію, нежели недѣли и мѣсяцы тратить на повторныя изслѣдованія и вмѣшательства, изучая мельчайшія детали болѣзни.

Что мы и послѣднимъ путемъ можемъ добиться удовлетворительныхъ результатовъ съ сохраненіемъ цѣлости всѣхъ органовъ, доказываютъ столь многіе изъ нашихъ прежнихъ успѣховъ. Если хирургія въ послѣднее время сдѣлала большіе успѣхи въ консервативномъ направленіи, то и гинекологія—не отступая при извѣстныхъ условіяхъ предъ самыми крупными и тяжелыми операціями—не должна терять изъ виду это направленіе, помня *всегда два главныхъ правила*: 1) не вредить и 2) не искать спасенія въ операціи, не убѣдившись въ безуспѣшности консервативнаго пути.

Оперативное направлѣніе и блестящіе результаты онаго повели, къ сожалѣнію, къ тому, что въ сознаніи молодого поколѣнія врачей нарушилась связь между гинекологіей и всей медициной. *Больная въ половомъ отношеніи женщина есть больная вообще, часто даже душевно-больная*, это понять, распознать и соотвѣтственно лечить часто больше значить, нежели умѣть сдѣлать лапаротомію. Никогда не слѣдуетъ забывать, что для насъ всегда должно играть роль не излеченіе болѣзни, а излеченіе больного человѣка, и безуспѣшными останутся терапевтическія старанія тѣхъ, кто *утерялъ связь со всей медициной*.

Между тѣмъ, именно среди аномалій половыхъ органовъ мало такихъ, которыя не состояли бы въ прямой связи со всѣмъ организмомъ, то же самое многія заболѣванія другихъ органовъ оказываютъ вліяніе на genitalia и ихъ отправление; извѣстно вѣдь, какъ сильно связаны послѣдніе функціонально съ другими органами, какъ много кажущихся отклоненій пищеваренія зависятъ отъ половыхъ органовъ, какъ аккуратно послѣдніе принимаютъ участіе въ измѣненіяхъ брюшныхъ органовъ, какъ значительна, напримѣръ, взаимная связь между смѣщеніями полового аппарата и смѣщеніями прочихъ брюшныхъ органовъ—обстоятельство, на которое лишь въ послѣднее время обращено должное вниманіе (*hysteroenteroptosis*), и только въ настоящее время подвергается правильной оцѣнкѣ отношеніе половыхъ органовъ къ другимъ органамъ, даже съ виду совершенно отдаленнымъ (напр. кожа, глаза, носъ), и ихъ отправлениямъ. Только, когда всѣ эти комбинаціи правильно изучены, возможенъ точный діагнозъ. Какъ часто относятъ тошноту, рвоту и другія жалобы насчетъ не существующаго желудочнаго заболѣванія, пока гинекологическое изслѣдованіе не укажетъ настоящей источникъ, какъ часто бываетъ и наоборотъ! Какъ часто общее заболѣваніе выяснялось только благодаря распознанной буторчаткѣ трубъ, какъ часто, наоборотъ, туберкулезъ ведетъ сперва къ измѣненіямъ половыхъ органовъ, къ атрофіи матки, не говоря уже о тѣхъ заболѣваніяхъ другихъ органовъ (напр. гонорройный ревматизмъ), которыя зависятъ отъ полового зараженія! Какъ велико, хотя и недостаточно изучено, вліяніе половыхъ пораженій на центральную нервную систему!

Изученіе гинекологіи значительно труднѣе, нежели изученіе большинства другихъ специальностей. Послѣднія даютъ возможность демонстрировать большому числу слушателей наиболѣе рѣшающіе діагностическіе признаки, выражающіеся цвѣтомъ, тономъ, описать въ общепонятной формѣ то, что воспринимается слухомъ и зрѣніемъ. Все это не приложимо къ воспріятіямъ осязанія, а они всего важнѣе въ гинекологіи; мы не имѣемъ шкалы для разныхъ оттѣнковъ консистенціи, одинъ находитъ твердымъ на-ощупь то, что другой считаетъ мягкимъ, и т. д. Отсюда слѣдуетъ, что самыя существенныя данныя при преподаваніи гинекологической діагностики могутъ быть удѣляемы всегда лишь одному, или учащійся добивается знаній аутодидактическимъ путемъ—и въ этомъ отношеніи послѣдній болѣе правильный иудъ.

Лишь тотъ, кто имѣетъ случай часто изслѣдовать больныхъ и затѣмъ провѣряетъ результаты изслѣдованій при операціяхъ или вскрытіяхъ, ощупывая свѣже-вырѣзанныя опухоли, будетъ въ состояніи составить себѣ шкалу ощущеній, которая глубже запечатлѣвается, нежели тогда, когда ему просто говорится, что это твердо, а то мягко или упруго. Дальнѣйшее затрудненіе заключается въ томъ, что женскіе половые органы подвергаются постояннымъ перемѣнамъ: напр., предъ

самой менструаціей внутренніе органы сочнѣе и полнокровнѣе, отдѣленіе усиливается, опухоли могутъ стать больше, нежели по истеченіи регуль, и т. д. Многія изъ нашихъ діагностическихъ пособій уже сами по себѣ измѣняютъ нѣсколько консистенцію и кровонаполненіе, такъ, употребленіе зеркала часто вызываетъ пассивную гиперэмію, расширеніе ведетъ къ разрыхленію, комбинированное изслѣдованіе къ смѣщенію органовъ. Но наибольшая трудность лежитъ въ томъ, что гинекологическое изслѣдованіе заключаетъ въ себѣ источникъ опасностей, даже при условіи соблюденія самой тщательной чистоты, и эти опасности тѣмъ значительнѣе, чѣмъ менѣе опытные въ изслѣдованіи слушатели, которыхъ приходится учить: существующія воспаленія могутъ быть усилены, заразные зародыши занесены въ здоровые до тѣхъ поръ отдѣлы, срощенія разорваны, содержащая жидкость опухоли могутъ лопнуть, что можетъ повести къ кровотечениямъ или воспаленіямъ; кромѣ того, каждое изслѣдованіе можетъ вызывать раздраженія нервнаго характера, которыя, суммируясь, могутъ достигнуть серьезныхъ степеней. Все это основанія, которыя запрещаютъ предоставлять больную на изслѣдованіе столь многимъ учащимся, какъ мы это можемъ дѣлать при большинствѣ другихъ заболѣваній.

Чтобы обойти часть этихъ затрудненій, въ нѣкоторыхъ клиникахъ принято наркотизировать больныхъ женщинъ, для изслѣдованія ихъ учащимися; мы не можемъ въ общемъ присоединиться къ этому, потому что это подвергаетъ больныхъ опасности, хотя бы и незначительной, далѣе потому, что изслѣдователь, изъ котораго долженъ выйти практической врачъ и который не часто будетъ имѣть случай наркотизировать діагноза ради, лишается въ высшей степени важнаго момента—субъективнаго проявленія боли со стороны больной—и можетъ легко пріучиться не обращать должнаго вниманія на бережное ощупываніе, на стыдливость больной, на избѣжаніе раздраженій чувствительныхъ частей (напр. клитора). Этимъ мы, конечно, не думаемъ умалять значеніе изслѣдованія подъ наркозомъ или отрицать безусловную его необходимость во многихъ случаяхъ.

Упражненія на фантомѣ (*v. Winkel*) не въ состояніи замѣнить изслѣдованій на живыхъ; они, разумѣется, весьма цѣнны сами по себѣ и должны бы всегда предшествовать, по крайней мѣрѣ въ акушерствѣ, изслѣдованію больныхъ, такъ какъ они изошряютъ осязаніе и умѣніе составлять себѣ тѣлесное представленіе.

На этомъ основаніи необходимо всевозможными средствами увеличивать матеріалъ для гинекологическаго преподаванія, привлечь для этого также амбулаторію и поликлинику. по этой же причинѣ было бы большимъ ущербомъ раздѣленіе акушерскаго преподаванія и гинекологическаго, каковой взглядъ нашель, однако, ожесточенныхъ противниковъ преимущественно въ Англій, но также во Франціи.

Важно также для врача научиться при разпросѣ о симптомахъ и этиологическихъ моментахъ примѣняться къ психическому состоянію больной. Хотя мы и должны вслѣски стремиться ставить діагнозы болѣзни на анатомической основѣ—нѣкоторые изъ отдѣловъ медицины: дерматологія, офталмологія и др. не далеки отъ этой цѣли,—однако не надо скрывать отъ себя, что массу вещей приходится оставить неразслѣдованными, потому-ли, что онѣ вообще не поддаются разслѣдованію, или потому, что послѣднее можетъ причинить вредъ больнымъ, либо оно выполнимо только въ извѣстное время. Въ виду многообразія явленій, подъ которыми протекають женскія болѣзни, мы должны больше

вниманія посвящать симптомамъ, нежели это дѣлается обыкновенно. Тщательное изученіе симптомовъ, а можетъ быть и болѣе культивированное симптоматическое леченіе, было, вѣроятно, причиною, почему многіе изъ старыхъ врачей имѣли лучшіе успѣхи въ леченіи пѣлаго ряда болѣзней, нежели современные; особенно это относится къ хроническимъ болѣзнямъ, при пользованіи которыхъ мы не можемъ обойтись безъ того, чтобы указаніемъ на тотъ или другой, устраненный леченіемъ, симптомъ, не поднять или, по крайней мѣрѣ, поддерживать довѣріе больной къ леченію.

Однако, *выявляваніе симптомовъ у больныхъ женщинъ* трудно для начинающаго. Нѣтъ надобности указывать на то, что выясненіе натуры женщины должно быть сдѣлано въ неоскорбительной для нея формѣ, что надо по возможности считаться съ чувствомъ стыдливости, что почти каждая женщина требуетъ другого обращенія. Во всякомъ случаѣ, хорошо усвоить себѣ извѣстный порядокъ разспросовъ, дабы не просмотрѣть важныхъ вещей, но также затѣмъ, чтобы постепенно подойти ближе и подготовить женщину къ тѣмъ вопросамъ, которые весьма мучительны для нея, если ставятся не мотивированно съ самаго начала.

Едва-ли заболѣванія какого-либо другого органа человѣческаго вызываютъ столь многоразличные нервные симптомы въ самыхъ отдаленныхъ областяхъ тѣла, какъ заболѣванія женскаго полового аппарата. Если и нельзя болѣе признавать *Romberg*’овской гипотезы, что «истерія» есть отраженный неврозъ, исходящій изъ женскихъ половыхъ органовъ, то не подлежитъ все-таки сомнѣнію, что большое число подобныхъ заболѣваній, этотъ бичъ женщинъ, основывается на пораженіяхъ половыхъ органовъ. Не останавливаясь на сущности истерии, которую мы разсматриваемъ въ настоящее время какъ психическое отклоненіе (*alienation*), мы должны безчисленные рефлекторные неврозы (которые мы считаемъ нужнымъ отдѣлить отъ истеріи) группировать по тѣмъ перемѣнамъ, которыя обнаруживаютъ отравленія чувствующихъ, двигательныхъ и трофическихъ нервовъ, а къ нимъ присоединить психическія аномаліи, которыя такъ трудно истолковать въ ихъ взаимной связи съ болѣзнями половыхъ органовъ.

Рѣшеніе послѣдняго вопроса, къ которому чаще привлекается гинекологъ, нежели психіатръ, принадлежитъ къ труднѣйшимъ задачамъ. Правда, въ настоящее время слишкомъ далеко заходятъ въ этомъ направленіи и часто полагаютъ, что можно и такія психическія аномаліи, даже эпилепсію, хорею устранить посредствомъ гинекологическаго леченія, въ частности посредствомъ кастраціи. Мы противъ этого, да и большинство авторовъ рѣшаются на оперативное вмѣшательство только тогда, когда имѣются несомнѣнныя анатомическія измѣненія половыхъ органовъ. Съ другой стороны, твердо установлено, что въ подходящихъ случаяхъ мы правильнымъ гинекологическимъ леченіемъ достигаемъ блестящихъ результатовъ, и по мѣрѣ того, какъ выясняется анатомически и экспериментально нервная связь полового аппарата съ другими органами, намъ это становится все болѣе и болѣе понятнымъ. Самые тяжелые припадки астмы исчезали сразу съ вправленіемъ загннутой назадъ матки, самыя упорныя желудочныя расстройтва, которыя противостояли всѣмъ внутреннимъ и бальнеотерапевтическимъ мѣрамъ, пропадали послѣ излеченія ничтожнаго съ виду эндометрита; въ одномъ нашемъ случаѣ введеніе пессарія при легкомъ опущеніи подъяло больную, которая много лѣтъ

пролежала въ постели, въ другомъ случаѣ та же процедура вернула память больной, которая стала совершенно забывчивой, и всякій разъ съ удаленіемъ кольца снова появлялась неспособность припоминанія, и т. д. Всякій опытный гинекологъ въ состояніи привести массу такихъ случаевъ. Правда, у подобныхъ субъектовъ часто бываетъ трудно съ увѣренностью установить связь, исключить то, что надо отнести насчетъ внушенія, и чтобы судить о достовѣрности подобныхъ показаній, надо знать людей, любить правду и отказаться отъ всякаго личнаго тщеславія. Часто, однако, недостаточно самага обстоятельнаго распознаванія и разслѣдованія симптомовъ, часто намъ ничего больше не остается, какъ прибѣгнуть къ терапевтической пробѣ и потомъ уже выестеи заключеніе.

Симптомы, касающіеся полового аппарата и сосѣднихъ съ нимъ органовъ, чрезвычайно многочисленны.

Въ *нормальномъ состояніи* половые органы *не обнаруживаютъ особенной чувствительности*; помимо влагалищнаго входа, изслѣдованіе половыхъ органовъ не болѣзненно; даже матка нечувствительна къ внѣшнимъ воздѣйствіямъ, по крайней мѣрѣ отчасти. Какъ много процедуръ можно предпринимать на влагалищной части, не вызывая ни малѣйшей боли, какія сильныя смѣщенія матки вызываютъ часто опухоли, не причиняя никакихъ страданій больной, какъ хорошо матка часто переноситъ ростъ опухоли въ ея стѣнкѣ! Совсѣмъ иначе когда имѣются воспалительныя измѣненія, тогда матка реагируетъ на самое легкое прикосновеніе, тогда возникаютъ часто мучительнѣйшія боли такъ наз. *воспалительнаго характера*: ощущеніе тяжести, полноты, удара какъ-бы молотомъ, тупое недомоганіе, колотье, чувство жара, жженіе, эти ощущенія могутъ усиливаться до невыносимой степени при движеніяхъ, кашлѣ, натуживаніи, зѣвотѣ, при давленіи снаружи или внутри.

Вторая группа болей, свойственныхъ маткѣ, возникаютъ тогда, когда послѣдняя, воздѣйствіемъ-ли извнѣ, или своимъ содержимымъ, возбуждается къ сокращенію. Лекарства, мѣстное леченіе эндометрія, наличность жидкости въ полости матки или опухоли, слизистые полипы, міомы и т. д. вызываютъ сокращенія маточныхъ стѣнокъ; матка отвѣчаетъ также сокращеніями на присутствіе въ ней инороднаго тѣла, такъ, напр., она выталкиваетъ введенную въ нее іодоформную палочку, далѣе она реагируетъ на раздраженія, исходящія изъ сосѣднихъ органовъ или изъ центральной нервной системы (міэлитъ). Эти сокращенія ощущаются какъ *родовая боль*, иной разъ меньше, а иной разъ, особенно когда стѣнка воспалена, очень сильно (*маточныя колики*). При этихъ боляхъ органъ часто не чувствителенъ при давленіи, боли отдають въ крестецъ и бедра, возвращаются черезъ болѣе продолжительныя или кратковременныя промежутки, и женщины, уже рожавшія, ихъ прямо обозначаютъ какъ схватки. Однако, интенсивность болей не всегда стоитъ въ прямомъ отношеніи къ массѣ сокращающихся волоконъ; извѣстно, напр., что преждевременныя роды часто бываютъ болѣзненнѣе срочныхъ. Сюда надо, далѣе, причислить тѣ боли, которыя опредѣленнымъ образомъ появляются при пораженіяхъ половыхъ органовъ, боли въ крестцѣ, оварія, такъ наз. пояснично-мозговые симптомы и т. д.

Наряду съ аномаліями въ чувствительной сферѣ должны быть приняты во вниманіе секреторныя и экскреторныя неправильности, разстройства менструаціи, касающіяся правильности ея наступленія, количества и качества и связанныхъ съ нею ощущеній.

Въ тѣсной связи съ этимъ находится *вопросъ о бесплодii*; впрочемъ, здѣсь многіе преувеличиваютъ вліяніе поражений матки, между тѣмъ какъ причина весьма часто лежитъ въ заболѣваніяхъ трубъ и яичниковъ.

Что касается *выдѣленийъ изъ половыхъ частей*, то надо освѣдомиться о количествѣ, характерѣ ихъ, о способѣ опорожненія. Мы встрѣчаемъ тутъ самыя разнообразныя показанія. «Вѣли» являются самымъ частымъ симптомомъ—часто женщины жалуются на зловонныя выдѣленія, которыя могутъ происходить отъ распада новобразованій, кровяныхъ сгустковъ, но часто завязать отъ невинныхъ причинъ—и обыкновенно ошибочно считаются отдѣленіемъ влагалища. Влагалищное отдѣляемое нормальнымъ образомъ скудно, кислой реакціи и слегка молочнаго цвѣта, но можетъ измѣниться въ густой, крошковатый, напоминающій сливки гной. Цервикальный секретъ представляетъ почти прозрачную, тягучую жидкость слабо-щелочной реакціи, который усиленно отдѣляется ко времени менструаціи, а физиологическимъ образомъ опорожняется *sub cohabitatione*. Эта шеечная слизь можетъ подвергаться различнымъ измѣненіямъ отъ примѣси гноя, эпителия, микроорганизмовъ и т. п., становясь то жидкой, то густой настолько, что ее можно удалить только корнцангомъ, и то съ трудомъ. Важно спросить о способѣ опорожненія, а именно, имѣется-ли постоянное истеченіе или періодическое; послѣднее служитъ часто единственнымъ симптомомъ, указывающимъ намъ на поврежденіе полости тѣла матки и встрѣчается обыкновенно при задержкѣ свободнаго оттока, будь то вслѣдствіе свойства секрета или узости канала.

Особенное значеніе имѣютъ *кровотеченія изъ половыхъ органовъ*, которыя болѣею частью исходятъ изъ матки: усиленіе менструальнаго отдѣленія крови (меноррагіи), кровотеченія внѣ менструаціи (метроррагіи), атипическія кровотеченія, куда относятся и такъ наз. предклимактерическія кровотеченія, и т. д.; насъ интересуютъ также ненормальныя свойства этого кровянистаго отдѣленія и способъ опорожненія крови. Между тѣмъ какъ менструальная кровь обыкновенно не содержитъ свертковъ, мы находимъ при различныхъ заболѣваніяхъ большіе и малые сгустки, отхожденіе которыхъ вызываетъ странныя ощущенія, въ другихъ случаяхъ кровянистыя выдѣленія жидки, похожи на мясные помои, что обуславливается содержаніемъ слизи и сывороточной жидкости, исходящей изъ расширенныхъ капилляровъ болной слизистой оболочки. Особое значеніе имѣютъ кровотеченія *sub cohabitatione* и въ климактеріи.

Какъ матка, такъ и *трубы* не чувствительны при изслѣдованіи, между тѣмъ какъ *яичники* обнаруживаютъ нѣкоторую чувствительность при давленіи, даже въ нормальномъ состояніи. Болѣзненные ощущенія въ нихъ, которыя выражаются чувствомъ полноты, тушой боли, давленія на низъ, колютя или жженія, указываютъ всегда на патологическое состояніе ихъ; но главные симптомы со стороны яичниковъ надо часто относить насчетъ сопутствующихъ воспалительныхъ заболѣваній тазовой брюшины и клѣтчатки; при этомъ часто наблюдаются, особенно при болѣе тяжелыхъ процессахъ, интенсивныя и стойкія боли. Въ трубахъ, какъ мышечныхъ органахъ, тоже могутъ происходить сокращенія на подобіе маточныхъ (*трубныя колики*); далѣе, могутъ возникать тяжелые нервные симптомы подъ вліяніемъ раздраженій, зависящихъ отъ натяженія или давленія со стороны смѣщеннаго органа или отъ воспалительной инфильтраціи, образованія рубцовъ, сращеній.

Сосудные органы тоже вовлекаются въ болѣзненный процессъ: разстройствѣ въ отправленіи *кишечника* есть повседневное явленіе. Острая гиперемія половыхъ органовъ вызываетъ такое же состояніе въ кишечникѣ, между тѣмъ какъ хронически-воспалительные процессы обуславливаютъ часто самыя упорныя запоры. Пассивная гиперемія, расширенія тазовыхъ венъ, находящихся въ неблагоприятныхъ условіяхъ опорожненія, параличеобразное состояніе (атонія, парезъ) кишечной мускулатуры могутъ зависѣть также отъ механическаго раздраженія (натяженіе и давленіе, перегибъ). Не надо, однако, забывать при этомъ, что бываютъ и обратные случаи; какъ часто женщины безплодно мучаются гинекологическимъ леченіемъ въ теченіе долгаго времени, между тѣмъ какъ всѣ симптомы, напр., зависятъ отъ хроническаго катарра толстыхъ кишекъ, который протекаетъ подъ видомъ хроническаго періофорита или сальпингита, или отъ гонорреи прямой кишки; какъ часто смѣшиваютъ пораженія слѣпой кишки съ заболѣваніемъ правыхъ придатковъ.

Также обычны жалобы на *мочевой аппаратъ*. Мочеточники смѣщаются, сдавливаются, что ведетъ къ застою мочи съ соотвѣстственными послѣдствіями (гидронефрозъ); то же самое бываетъ съ пузыремъ (cystocele). Поврежденія половыхъ органовъ инородными тѣлами (пессаріи) поражаютъ также пузырь и уретру, не говоря уже о многочисленныхъ инфекціяхъ, одновременно поражающихъ тѣ и другіе органы. Учащенные позывы и другія аномаліи мочеиспусканія (incontinentia, ischuria paradoxa), а также воспалительныя заболѣванія восходящаго характера (циститъ, піэлитъ, нефритъ) наблюдаются тутъ не рѣдко.

Большой интересъ представляютъ сочувственныя явленія въ грудныхъ железахъ; помимо всѣмъ извѣстной связи съ беременностью, мы встрѣчаемъ при самыхъ различныхъ заболѣваніяхъ полового аппарата боли, припуханіе, отдѣленіе изъ молочныхъ железъ, особенно часто при хроническомъ эндометритѣ, далѣе при застоѣ секрета въ маткѣ.

Выдающееся значеніе имѣютъ общіе этиологическіе моменты. Помимо наследственности, предрасположенія къ извѣстнымъ болѣзнямъ, какъ ракъ, бугорчатка, міома и т. д., а еще болѣе къ нервнымъ заболѣваніямъ, мы находимъ часто уже у дѣтей извѣстныя физиологическія особенности, имѣвшіяся у родителей. Хотя до развитія половой зрѣлости половыя функціи едва выступаютъ, все-таки надо обращать вниманіе и на заболѣванія этого времени, особенно на острыя заразныя болѣзни, которыя сопровождаются иногда изъязвленіями, гангреной (*попа*), далѣе на заболѣванія костей, рахитъ, туберкулезъ и т. д. Отметимъ еще значеніе остановки организма и въ частности половыхъ органовъ на дѣтской ступени развитія (*Virchow, Freund*).

Послѣ климактерія рѣже бываетъ прямымъ вреднымъ воздѣйствіемъ на половыя органы, хотя и тогда еще встрѣчаются даже зараженія. Зато старческая атрофія приноситъ съ собою расслабленіе, извѣстныя измѣненія въ положеніи половыхъ органовъ (старческое выпаденіе, ретроверсія), сосуды становятся разрывчатыми (предклимактерическія кровотеченія, экхимозы), появляются своеобразныя воспалительныя измѣненія слизистой оболочки (*catarrhus vaginae vetularum, colpitis senilis*), сморщиваніе и слипаніе ведутъ къ суженію влагалища и устья матки (*hydrometra*); но, съ другой стороны, этотъ процессъ обратнаго развитія можетъ повести къ инволюціи извѣстныхъ новообразованій (регрессивный метаморфозъ міомъ), между тѣмъ какъ въ другихъ слу-

чаяхъ отъ неизвѣстныхъ намъ до сихъ поръ причинъ наблюдается иногда невѣроятно быстрый ростъ таковыхъ.

Съ наступленіемъ климактерія связываютъ часто развитіе многихъ заболѣваній и въ особенности міомы и карциномы. По отношенію къ первымъ это воззрѣніе безспорно неосновательно, и начало ихъ несомнѣнно надо отнести къ болѣе раннему періоду, но и относительно рака оно не подтверждается вполне, ибо мы находимъ, къ сожалѣнію, довольно часто карциномы и въ молодомъ возрастѣ. Тѣмъ не менѣе въ періодѣ увяданія имѣется извѣстное предрасположеніе къ различнымъ разстройствомъ, что тѣмъ менѣе должно удивлять насъ, если вспомнимъ, какъ много разстройствъ, болѣею частью нервныхъ, появляются съ наступленіемъ половой зрѣлости, и насколько значительнѣе измѣненія въ организмѣ ко времени прекращенія мѣсячныхъ, послѣ того какъ послѣдній въ теченіе 30—35 лѣтъ былъ привыченъ къ извѣстнымъ періодическимъ процессамъ.

Въ періодъ половой зрѣлости господствуетъ надъ положеніемъ половая и производительная дѣятельность: менструація, соитіе, зачатіе, беременность, роды и послѣродовой періодъ, причѣмъ инфекция играетъ наибольшую роль.

Уже наступленіе регулъ часто сопряжено со множествомъ разстройствъ (дисменоррея и меноррагія); разъ эта функція развилась, гиперемія половыхъ органовъ наступаетъ ежемѣсячно въ теченіе 30—35 лѣтъ, разрѣшаясь менструальнымъ кровотеченіемъ; разстройства въ этомъ процессѣ обуславливаются цѣлымъ рядомъ вредныхъ моментовъ, среди которыхъ надо удѣлить мѣсто нервнымъ вліяніямъ и несомнѣнно также осмѣиваемой многими простудѣ. Особенно чувствительно обнаруживаются эти разстройства, если ненормальная гиперемія съ самаго начала вызывается и поддерживается болѣзнями; нѣтъ надобности, чтобы послѣднія локализовались именно въ половыхъ органахъ, часто это болѣзни отдаленныхъ органовъ, вліяющія на энергію кровообращенія (пороки сердца, хлорозъ, анэмія, хроническій запоръ, мозговые, печеночныя болѣзни и т. п.).

О вліяніи соитія часто неправильно судятъ; физиологическія отправления женскаго полового аппарата существеннымъ образомъ связаны съ совокупленіемъ, зачатіемъ и беременностью, и насколько вѣрно, что первое можетъ причинить вредъ, главнымъ образомъ вслѣдствіе зараженія, настолько вѣрно и то, что при нормальныхъ условіяхъ оно представляетъ то средство, которое въ состояніи уравновѣшивать скопляющіяся половыя раздраженія (экспессы, воздержаніе).

Но самая важная роль въ этиологіи всѣхъ женскихъ болѣзней принадлежитъ процессу размноженія, родамъ и родильному періоду. Никакой другой органъ человѣческаго тѣла не подвергается столь сильнымъ измѣненіямъ въ своемъ строеніи, какъ женскіе половые органы, обратное развитіе ихъ претерпѣваетъ самыя различныя разстройства (*subinvolutio, hyperinvolutio, metritis chronica* и т. д.), сложный связочный аппаратъ тазовыхъ органовъ становится недостаточнымъ, и несомнѣнно, что огромное большинство измѣненій въ положеніи беретъ начало отъ пуэрперія, въ этомъ направленіи играютъ также существенную роль чрезвычайно частыя родовыя поврежденія. Но гораздо важнѣе еще болѣзни, зависящія отъ зараженія ранъ родового канала во время родовъ и родильнаго періода; на первомъ планѣ имѣетъ пуэрперальное происхожденіе параметритъ, одна изъ самыхъ частыхъ женскихъ болѣзней, къ нему примыкають периметритъ, воспаленія матки

и прилатковъ. Если къ тому еще принять во вниманіе вліяніе кормленія на питаніе половыхъ органовъ, различныя общія заболѣванія, объясненныя своимъ происхожденіемъ родильному періоду, то для насъ будетъ понятно, что надо обращать самое заботливое вниманіе на производительную дѣятельность женщины и преимущественно въ правильной діететикѣ ея усматривать профилактику женскихъ болѣзней.

Въ заключеніе надо помнить и о томъ вліяніи, которое оказываютъ на половой аппаратъ другія хроническія и острыя заболѣванія. Особенно это относится къ острымъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, между прочимъ и къ инфлюэнцѣ, которыя производятъ губительное вліяніе на половые органы то прямымъ путемъ, то косвеннымъ, ослабляя сердечную дѣятельность, нарушая питаніе, отправленіе почекъ и т. д. Если это не всегда объяснимо, то еще менѣе понятно указываемое и другими авторами благоприятное вліяніе острыхъ лихорадочныхъ процессовъ на нѣкоторыя женскія болѣзни; таковое мы неоднократно имѣли случай наблюдать при хроническомъ параметритѣ, а также при не поддававшемся объясненію безплодіи, гдѣ послѣ перенесенія, на примѣръ, тяжелой скарлатины наступало зачатіе.

ГЛАВА II.

Гинекологическое изслѣдованіе.

1. Опросъ больной.

Опросъ больной состоитъ въ отбираниі анамнестическихъ данныхъ и симптомовъ. Изъ вышесказаннаго само собою вытекаетъ, въ какомъ направленіи слѣдуетъ производить разспросы, которые обыкновенно должны предшествовать настоящему изслѣдованію; только въ видѣ исключенія приступаютъ сперва къ изслѣдованію, а затѣмъ извлекаютъ изъ анамнеза важныя для установленія діагноза данныя, какъ это, напр., дѣлалъ *Schröder*. Въ особенности молодой врачъ долженъ предоставить самой больной рассказать исторію своей болѣзни въ томъ порядкѣ, въ какомъ ей заблагоразсудится, иначе она легко сбивается и забываетъ существенныя вещи; можно все-таки время отъ времени вставлять легко понятные вопросы, дабы дать опредѣленное направленіе разсказу. При этомъ уже изъ того, какъ больная ведетъ себя, развязно или скромно, изъ способа веденія разсказа, правдоподобнаго или явно преувеличеннаго, можно извлечь нѣкоторыя полезныя заключенія.

Врачъ долженъ умѣть выискивать среди большого потока словъ больной тѣ крупинки, которыя ему важны, и быстро составлять себѣ сужденіе о правдивости больной, но онъ долженъ также умѣть читать между строкъ, угадывать то, чего больная часто совѣтъ не касаются, какъ, напр., относящееся къ совокупленію, зачатію, которое, можетъ быть, должно остаться тайной, и стараться выяснить это помощью осторожно поставленныхъ вопросовъ.

Если по окончаніи разсказа больной остались еще неупомянутыми важныя пункты, то теперь спрашиваютъ о нихъ и дѣлаютъ себѣ замѣтки въ извѣстномъ порядкѣ, для чего лучше всего годятся отпечатанные протоколы, иначе въ слѣшной практической дѣятельности легко забывается многое важное, и эта забывчивость не только ста-

вита въ вину врачу, но и часто ведетъ къ ошибкамъ въ діагнозъ и неправильному леченію.

Мы вообще убѣдительно рекомендуемъ употребленіе подобныхъ замѣтокъ и протоколовъ, но въ особенности графическое изображеніе анатомическихъ условій, которое, будучи наброшено нѣсколькими штрихами, не только отнимаетъ меньше времени, нежели описаніе, но и даетъ намъ возможность скорѣе ориентироваться.

Для этой цѣли предложены многія схемы, самыя удобныя изъ нихъ *Schultze* вскія.

При отмѣчаніи данныхъ хорошо придерживаться приблизительно слѣдующаго порядка: возрастъ, званіе, мѣстожителство, наслѣдственность, предшествовавшія болѣзни, *главная жалоба*; начало теперешней болѣзни, въ частности при опухоляхъ мѣсто возникновенія, продолжительность и характеръ роста; *менструація*: время наступленія, типъ, качество, количество, продолжительность, бѣли до или послѣ, боли и въ какое время, промежуточные боли (межменструальныя), послѣднія регулы, когда онѣ ожидались; расстройства менструаціи послѣ выхода замужъ, родовъ, болѣзней и т. п. *Роды*: число ихъ, теченіе беременности и родовъ, искусственная помощь, теченіе послѣродового періода, заболѣванія въ немъ, первое вставаніе послѣ родовъ, наступленіе первыхъ регулъ послѣ нихъ, кормила-ли и какъ долго. *Преждевременныя роды*: число, причины, продолжительность беременности, теченіе послѣродового періода и т. д.

Выдѣленія: Предполагаемая причина и характеръ бѣлей (цвѣтъ, запахъ и проч.), количество, связано-ли истеченіе съ ненормальными ощущеніями, вліяніе различныхъ моментовъ.

Боли: локалізація, характеръ ихъ, интенсивность, періодичность, вліяніе на нихъ движеній, покоя, положенія, совокупленія, менструаціи, опорожненія кишечника и мочеиспусканія. Въ частности: жалобы на опущеніе, танущія боли, колотье, жженіе, боли въ крестцѣ, спинѣ, поясницѣ, бедрахъ, оваріальгія, маточныя или трубныя колики, иррадирующія боли.

Кровотеченія: типъ, количество, отхожденіе сгустковъ, ощущенія при этомъ. Усиленіе кровотеченія подъ вліяніемъ различныхъ моментовъ и т. д.

Пищеварительный аппаратъ: аппетитъ, желудочныя жалобы, расстройства дефекаціи, диспептическія явленія, рвота, тимпанитъ, запоръ, поносы, геморрой и т. п.

Мочевой аппаратъ: способъ опорожненія, *dysuria*, *tenesmus*, жженіе при мочеиспусканіи и т. п.

Явленія нервныя, психическія, настроеніе, сонъ и т. д. *Общее состояніе, способность къ работѣ и къ наслажденіямъ.*

Примѣненное до сихъ поръ леченіе, особенно мѣстное и оперативное и т. д.

Если изъ собранныхъ данныхъ вытекаетъ предположеніе, что рѣчь идетъ о болѣзни половыхъ органовъ, то объявляютъ рѣшительно о необходимости гинекологическаго изслѣдованія; тѣмъ опредѣленнѣе и серьезнѣе ставится требованіе, тѣмъ рѣже наталкиваются на отказъ. Надо придерживаться того правила, чтобы, съ одной стороны, не предпринимать изслѣдованія безъ нужды, напр., мы не станемъ приступать при всякихъ «бѣляхъ» хлоротичной дѣвушки къ ощупыванію влагалища, а, съ другой стороны, уже при первомъ изслѣдованіи надо добыть возможно больше данныхъ, чтобы не было надобности вскорѣ

повторить оное. Однако, часто приходится довольствоваться частичными результатами, откладывая пополненіе оныхъ до слѣдующихъ изслѣдованій; часто, напр., въ первый разъ не достигается удовлетворительный результатъ изъ-за сопротивленія больной, которое можетъ исчезнуть при ближайшемъ изслѣдованіи. Кромѣ того, надо себѣ поставить за правило: при сколько-нибудь затруднительныхъ діагнозахъ, а также всегда при опухоляхъ провѣрять результаты перваго изслѣдованія вторичнымъ изслѣдованіемъ черезъ извѣстный промежутокъ времени.

2. Положеніе больной при изслѣдованіи.

Подлежащіе изслѣдованію органы стоятъ подъ положительнымъ внутрибрюшнымъ давленіемъ (*Schatz*), которое всего выше въ стоячемъ положеніи больной, падаетъ до нуля и даже становится отрицательнымъ при распростертомъ положеніи на спинѣ, затѣмъ при такъ назыв. *Sims'*овскомъ боковомъ или колѣбно-локтевомъ положеніи, словомъ, при всѣхъ позахъ, при коихъ тазъ стоитъ выше грудной кѣтки.

Хотя осмотръ въ стоячемъ положеніи можетъ намъ дать важныя свѣдѣнія относительно строенія скелета и соотношеній таза, однако эта поза мало пригодна для внутренняго изслѣдованія, такъ какъ выгода отъ предполагаемаго опусканія половыхъ органовъ сомнительна, а двойное изслѣдованіе при этомъ невозможно. Поэтому изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи больной предпринимается только тогда, когда рѣчь идетъ объ отвисломъ животѣ, грыжахъ, распиреніяхъ венъ и т. п., когда надо установить вліяніе внутрибрюшного давленія, напр. на смѣщенія (блуждающіе органы), когда надо судить о томъ, подходящи-ли повязки на животѣ, пессаріи. Въ послѣднее время *Freund jun.* указалъ на то, что въ стоячемъ положеніи можно опунать тазъ черезъ *foramina ischiadica*, т. е. черезъ ягодицы.

Наибольшую сумму данныхъ при изслѣдованіи даютъ намъ *спи- нная* положенія, а именно простое (плоское) спинное положеніе, е. с. согнутыми въ колѣняхъ нижними конечностями, и такъ наз. *крестцово-спинное* положеніе, при коемъ согнутыя тоже въ колѣняхъ ноги притянуты къ груди.

Для изслѣдованія въ лежачемъ положеніи требуется особое ложе; какъ таковое можетъ служить всякая твердая, не слишкомъ низкая софа съ плоской спинкой, но большинство специалистовъ пользуются въ настоящее время особыми креслами или столами.

Нельзя отрицать, что для нѣкоторыхъ изслѣдованій подобныя приспособленія удобнѣе, такъ какъ изслѣдующій можетъ при этомъ стоять или сидѣть на обыкновенномъ стулѣ, но, съ другой стороны, надо принять во вниманіе, что многія женщины боятся взбираться на эти высокие аппараты; и здѣсь правиломъ должно служить: чѣмъ проще, тѣмъ лучше. Ко многимъ изъ этихъ столовъ придѣланы ногодержатели или, по крайней мѣрѣ, опоры для ногъ (*Fritsch*), которые особенную выгоду представляютъ при операціяхъ, такъ какъ у помощниковъ обѣ руки остаются свободными.

Другіе примѣняютъ ногодержатели, которые не прикрѣпляются къ столу (*Ottmъ, Sânger, Schauta* и др.), но они всѣ имѣютъ тотъ недостатокъ, что допускаютъ боковыя смѣщенія больной.

На подобныхъ гинекологическихъ столахъ можно изслѣдовать во всякомъ положеніи, тоже и въ *Sims'*овскомъ.

Послѣднее устраивается такимъ образомъ, что больная ложится на боку, приблизивъ тазъ къ продольному краю стола, грудь къ поверх-

ности его, а голову положивъ на плоскую подушку; рука, соответствующая той сторонѣ, на которой больная лежитъ, находится на спинѣ, ноги, согнутыя въ колѣняхъ, притянуты къ груди, верхняя больше нижней.

Въ этомъ положеніи внутрибрюшное давленіе становится отрицательнымъ, брюшныя внутренности падаютъ впередъ; если оттянуть промежность и раздвинуть половыя части, то воздухъ входитъ во влагалище, передняя стѣнка котораго движется, сопутствуя дыхательнымъ движеніямъ, и можно обозрѣть почти весь рукавъ съ влагалищной частью. Въ общемъ это положеніе все-таки уступаетъ спинному, такъ какъ двойное исследование неполнѣ возможно.

Тотъ же недостатокъ присущъ чисто брюшнымъ положеніямъ, протипомъ которыхъ можетъ служить *коленно-локтевое* положеніе, чрезвычайно удобное какъ для исследования, такъ и для оперативнаго леченія дефектовъ *septum vesico-vaginale*; главное при устройствѣ этого положенія сильное опусканіе спины, только тогда обнаруживается полнѣ отрицательное внутрибрюшное давленіе. *Вогетан* устроилъ для этого особый столикъ, на которомъ возможенъ и наркозъ.

Такъ наз. положеніе съ приподнятымъ тазомъ примѣняется для операций, но рѣдко для цѣлей исследования.

По исполнѣ понятнымъ причинамъ столикъ для исследования не долженъ служить въ то же время оперативнымъ столомъ.

Наиболѣе подходящее время для исследования это—утромъ натощакъ. Если насъ не интересуютъ спеціально отношенія половыхъ органовъ къ наполненнымъ сосѣднимъ органамъ, то надо до исследования опорожнить пузырь и прямую кишку.

При исследованіи тѣло обнажается лишь настолько, насколько это необходимо для осмотра; у больныхъ, лежащихъ въ постели, ноги обрачиваются простыней до половыхъ органовъ, такъ что только послѣдніе остаются обнаженными. Всякое излишнее обнаженіе неприятно большиству женщинъ.

Желательно было бы всегда присутствіе третьяго лица, какъ для оказанія нужной помощи, такъ и для того, чтобы отрѣзать путь перѣдкимъ теперь обвиненіямъ врачей со стороны больныхъ; къ сожалѣнію, это вызываетъ протестъ у многихъ больныхъ, по крайней мѣрѣ у насъ, въ Англіи болѣе привыкли къ этому.

3. Наружное исследование.

А. *Осмотръ* простирается на общее строеніе скелета, состояніе питанія, величину, форму грудей, грудной клѣтки и живота, кожные покровы послѣдняго (такъ, напр., расширеніе сосудовъ вокругъ пупка даетъ возможность заключить о разстройствахъ въ области воротной вены), на присутствіе или отсутствіе *striae gravidarum*, на втягиваніе или выпячиваніе пупка, на равномерную или неравномерную форму живота, вліаніе дыхательныхъ движеній на брюшныя органы (послѣднее одно часто даетъ точку опоры для заключеній); далѣе провѣряютъ состояніе бѣлой линіи, находя иногда расхожденіе прямыхъ мышцъ, особенно при произвольномъ сокращеніи ихъ; такимъ же образомъ открываютъ паховыя или бедренныя грыжи и т. п.

В. За наружнымъ осмотромъ слѣдуетъ *измѣреніе*; самыя важныя измѣренія это—окружность живота въ области пупка, наибольшій обхватъ живота, разстояніе отъ пупка до лоннаго соединенія, до мечевиднаго отростка, до *spina ant. sup.* или до середины Пупартовой связки.

С. Посредствомъ *ощупыванія* опредѣляютъ характеръ содержимаго брюшной полости. Ощупываютъ сложенными концами пальцевъ обѣихъ рукъ, нѣжно и, главное, избѣгая всякихъ внезапныхъ толчковъ, систематически сверху внизъ, справа налево. При этомъ узнаютъ степень чувствительности, испытываютъ резистенцію живота, ощупываютъ различные органы (печень, селезенка, почки); въ соединеніи съ перкуссіей можно также опредѣлять границы разныхъ отдѣловъ пищеварительнаго тракта. При нормальныхъ условіяхъ органы малаго таза нисколько не прощупываются снаружи, при увеличеніи же они становятся доступны ощупыванію, также и опухоли, у которыхъ можно опредѣлить величину, форму, консистенцію, поверхность, подвижность, чувствительность и связь съ сосѣдными органами.

Половые органы и исходящія изъ нихъ опухоли поднимаются снизу въ большой тазъ и поэтому не подчиняются дыхательнымъ движеніямъ діафрагмы; если же опухоли стебельчатая и свободно подвижны по направленію книзу, то онѣ обнаруживаютъ свойства внутрибрюшинныхъ опухолей.

Ощупываніе предпринимается большею частью въ спинномъ положеніи больной, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ выгоднѣе пользоваться боковымъ и даже колѣнно-локтевымъ положеніемъ.

Далѣе опредѣляютъ путемъ ощупыванія флюктуацію, баллотированіе, дрожаніе гидатидъ, треніе—послѣднее зависитъ отъ передвиженія шероховатыхъ поверхностей сывороточной оболочки; часто распознаютъ связь съ кишками, либо прямымъ прощупываніемъ ихъ стѣнокъ, либо по характерному урчанію.

Насколько результаты ощупыванія важны, настолько легко впадаютъ при этомъ въ ошибки.

Обычными помѣхами изслѣдованія являются сильное напряженіе, гиперэстезія брюшныхъ покрововъ, большія отложенія жира въ нихъ, полный пузырь или кишечникъ, метеоризмъ; поэтому надо предварительно опорожнить пузырь и прямую кишку, а иногда примѣнить указываемыя ниже средства.

Но и тогда возможны ошибки. Если, напримѣръ, по характеру флюктуаціи можно иногда заключить, густо-ли содержимое или жидко, имѣются-ли въ извѣстномъ пространствѣ перегородки или нѣтъ, то, съ другой стороны, совсѣмъ не ощущаютъ зыбленія надъ сильно напряженными кистами и находятъ оное будто-бы надъ мягкими миомами, липомами и т. д. (псевдофлюктуація).

Одинъ разъ опухоль кажется намъ твердой—перемѣна консистенціи указываетъ на наличность сократительныхъ элементовъ,—другой разъ возникаетъ сомнѣніе, и она намъ кажется мягче, или мы рѣшаемся предположить только неопредѣленную резистенцію.

Ощупываніемъ можно также причинить вредъ: усилить воспаленіе, разорвать срощенія или мѣшки съ жидкимъ содержимымъ; у очень нервныхъ женщинъ это часто вызываетъ всякаго рода припадки, напр. антиперистальтику кишекъ и т. п.

Д. *Перкуссія* должна рѣшить, содержитъ-ли воздухъ то, что находится подъ пальцемъ, или нѣтъ; часто при постукиваніи пальцемъ получаютъ и нѣкоторыя пальпаторныя ощущенія, поэтому оно имѣетъ предпочтеніе предъ перкутированіемъ помощью плессиметра.

Такъ какъ при нормальныхъ условіяхъ только пищеварительный каналъ содержитъ воздухъ, то перкуссія большею частью опредѣляетъ намъ его положеніе и протяженія. Чаще всего перкуссіи надлежитъ

рѣшить, есть-ли въ брюшной полости свободная или замкнутая жидкость; коль скоро брыжейка нормальна и нѣтъ патологическаго укороченія или срощенія ея, кишки плаваютъ на свободной жидкости, которая всегда занимаетъ самыя глубокіе пункты брюшной полости.

Часто перкуссія должна замѣнить ощупываніе, когда рѣчь идетъ о разграниченіи органовъ, напр. о констатированіи воздухоносной полосы между опухолью и краемъ печени, селезенки и т. д.

Важныя данныя получаютъ, далѣе, при перкуссіи, если на мѣстѣ флюктуаци констатируется кишечный тонъ.

Ошибки при перкуссіи обусловливаются ограниченной подвижностью кишекъ (слишкомъ короткая брыжейка, срощенія, осумкованное накопленіе жидкости), далѣе тѣмъ, что содержащая жидкія массы кишки при болѣе значительной подвижности и длинной брыжейкѣ слѣдуютъ въ своей совокупности законамъ тяжести и симулируютъ свободную жидкость, что чрезмѣрное растяженіе живота не даетъ возможности опредѣлить перкуторныя границы, что въ другихъ органахъ, кромѣ кишечника, находятся газы, напр. въ ихорозно-распавшихся міомахъ, въ сообщающихся съ кишечникомъ кистахъ и т. д.

Е. *Аускультация* важна главнымъ образомъ для распознаванія беременности: выслушиваются сердечныя тоны ребенка, шумъ пуповины, шумъ, вызываемый движеніемъ плода; появленіе сосудистыхъ шумовъ, которые выслушиваются также надъ міомами, рѣже надъ опухолями яичника, сальника и печени, а также кишечныхъ шумовъ имѣетъ для насъ меньшее значеніе.

Г. *Осмотръ наружныхъ половыхъ частей* долженъ предшествовать внутреннему изслѣдованію, при которомъ легко можно стереть діагностически важныя выдѣленія, да и въ интересахъ изслѣдующаго знать, есть-ли измѣненія на вульвѣ, какъ язвы, трещины или гнойный матеріалъ.

Для этой цѣли заставляютъ больную, лежащую на спинѣ, согнуть ноги въ колѣняхъ, такъ чтобы бедра и голени образовали прямой уголъ, сблизить стопы, а колѣна разставить возможно далѣе. *Однѣ только наружныя половыя части должны оставаться непокрытыми.* Осматриваютъmons veneris, большія губы, затѣмъ, раздвинувъ послѣднія пальцами одной руки, осматриваютъ малыя губы, клиторъ, отверстіе уретры, дѣвственную плеву или остатки ея, заднюю спайку; такимъ образомъ открываютъ во время натуживанія большой разрывы промежности, смѣщенія влагалищныхъ стѣнокъ, геморроидальныя узлы, замѣчаютъ характеръ бѣлей и видъ отверстія выводного протока *Bartholin'*овой железы—наконецъ, проводятъ пальцемъ со стороны влагалища по мочеиспускательному протоку, чтобы получить и обозрѣть его секретъ.

Особенной осторожности требуетъ изслѣдованіе *hymen'a*, когда рѣшается вопросъ о дѣвственности. Свободный край дѣвственной плевы долженъ быть подвергнутъ тщательному осмотру; надрывы его часто трудно отличить отъ нормальныхъ зазубринъ, которыя, напримѣръ, встрѣчаются при *hymen fimbriatus*, однако въ первомъ случаѣ всегда наблюдаются рубцы. Характеръ всей плевы тоже даетъ намъ точку опоры для рѣшенія: если плева вялая, разслабленная, то это указываетъ, по крайней мѣрѣ, на частое растягиваніе или прикосновеніе, между тѣмъ какъ быстро возникающее, часто лишь незначительное,

отечное припухание нѣжной мембраны подѣ вліаніемъ изслѣдованія говоритъ противъ этого ¹⁾).

4. Внутреннее изслѣдованіе.

Необходимымъ условіемъ для внутренняго изслѣдованія является доступность внутреннихъ половыхъ органовъ или тѣхъ органовъ, черезъ которые должно производиться изслѣдованіе. Узость, чрезвычайная чувствительность влагалищнаго входа, дѣвственной плевы, опухоли существенно затрудняютъ изслѣдованіе.

Само собою разумѣется, что у дѣвственницъ изслѣдуютъ *per vaginam* только при настоятельной необходимости, обыкновенно же совершенно достаточно изслѣдованіе *per rectum*. Впрочемъ, *hymen* часто столь податливъ, что палецъ можетъ пройти безъ ущерба, особенно если стараться уменьшить давленіе на свободный край дѣвственной плевы, придавливая палецъ къ валику мочеиспускательнаго канала и заставляя больную натуживаться во время изслѣдованія. Лучше всего устраняются всѣ затрудненія наркомомъ, который при изслѣдованіи дѣвственницъ показывается уже изъ психическихъ основаній.

Дальнѣйшія препятствія для изслѣдованія образуютъ трещины, язвы вульвы и заднепроходнаго отверстія, рубцовыя суженія, зарощенія, уродства и острое воспаленіе. Далѣе необходимо, чтобы стѣнка влагалища была мягка и растяжима; сдѣланное предѣ самымъ изслѣдованіемъ спринцованіе влагалища можетъ существенно затруднить ощупываніе вслѣдствіе того, что влагалищная стѣнка сокращается и становится шероховатой.

Изслѣдуютъ однимъ или двумя пальцами. При узкомъ половомъ каналѣ часто невозможно или, по крайней мѣрѣ, трудно и болѣзненно вводить 2 пальца, поэтому безусловно необходимо имѣть навыкъ въ изслѣдованіи однимъ пальцемъ (указательнымъ). Но у рожавшихъ женщинъ, особенно же у беременныхъ и роженицъ большею частью никакого затрудненія не составляетъ введеніе двухъ пальцевъ во влагалище. При изслѣдованіи двумя пальцами мы во всякомъ случаѣ достигаемъ верхушкой средняго пальца на $\frac{1}{2}$ —1 см. выше, но главный выигрышь въ одновременномъ ощупываніи разныхъ пунктовъ, далѣе, растяжимость влагалища лучше опредѣляется этимъ путемъ. Впрочемъ, у кого пальцы не слишкомъ коротки, тотъ мало встрѣтитъ случаевъ, гдѣ бы нельзя было обойтись однимъ пальцемъ.

Стоя сбоку отъ больной, выбираютъ руку, одноименную съ бокомъ больной; если же стоять или сидятъ впереди больной, то въ выборѣ руки руководствуются тѣмъ правиломъ, что боковыя стѣнки матки лучше ощупывать разноименной, а тазовую стѣнку одноименной рукой; такъ, правый бокъ матки и лѣвые придатки изслѣдуютъ лѣвой рукой, тогда осязающая поверхность пальцевъ обращена къ изслѣдуемому объекту.

Предѣ каждымъ изслѣдованіемъ необходимо тщательно дезинфицировать руку не только въ интересахъ больной, но и изслѣдующаго, который тогда скорѣе всего замѣтитъ у себя царапины и трещины и постарается избѣгнуть зараженія.

Изслѣдованіе пальцемъ можетъ быть простое и комбинированное. Внутренніе половые органы достижимы со многихъ сторонъ, и вотъ выбираютъ самый прямой путь, который ведетъ къ изслѣдуемому

¹⁾ Относительно различныхъ формъ дѣвственной плевы см. соответственную главу анатоміи.

объекту. Можно исследовать: со стороны влагалища, прямой кишки, со стороны уретры и пузыря, и каждый из этих способов исследования может преобразиться въ комбинарованный посредствомъ оцупыванія снаружи или помощью инструментовъ, или, наконецъ, вслѣдствіе одновременнаго исследования съ двухъ сторонъ.

Такимъ образомъ чаще всего исследуютъ черезъ влагалище, прямую кишку, уретру—пузырь отдѣльно или въ соединеніи съ оцупываніемъ черезъ брюшныя стѣнки, или исследуютъ черезъ влагалище и прямую кишку, влагалище и пузырь, пузырь и прямую кишку, каковыя исследования можно еще сочетать съ оцупываніемъ снаружи черезъ брюшныя покровы.

Сочетанное исследование, которому учили уже *Schmitt*, *Puzos* и др., но которое было доведено до современнаго его состоянія *Holst'*омъ, *Schultze*, *Schröder'*омъ, *Hegar'*омъ, подняло гинекологию на ту сравнительно высокую ступень, которую она занимаетъ въ діагностическомъ отношеніи; оно одно даетъ намъ возможную степень увѣренности и такую сумму важныхъ ощущеній, что всѣ прочіе методы исследования, вмѣстѣ взятые, стоятъ далеко позади.

Надо, однако, замѣтить, что мы при комбинарованномъ исследованіи не находимъ уже вполне нормальныхъ условий, мы вызываемъ имъ по меньшей мѣрѣ почти всегда смѣщеніе исследуемыхъ органовъ, поэтому каждый разъ сочетанному исследованію должно предшествовать простое исследование пальцемъ.

А. Исследование черезъ влагалище.

1. Простое оцупываніе.

Двумя пальцами одной руки раздвигаются половыя губы и волосы; палець вводится прямо во влагалище, не скользя по промежности; большой палець, сильно отведенный, приходится на переднюю поверхность лоннаго соединенія,—причемъ избѣгаютъ всякаго надавливанія на клиторъ,—прочіе пальцы пригнуты къ ладони или вытянуты по промежности.

По порядку опредѣляютъ простымъ оцупываніемъ свойство влагалищнаго входа, ширину, податливость, растяжимость, направление, длину, поверхность влагалища; вдоль передней стѣнки оцупываютъ уретру и пузырь, на задней стѣнкѣ прямую кишку, наполненную часто каловыми массами, которыя можно узнать по ихъ подвижности внутри кишечной трубки, нечувствительности и тѣстоватой консистенціи; уже тутъ находятъ опухоли, затвердѣнія, инфильтраціи въ *septum recto-vaginale*. Въ сводѣ наталкиваются на влагалищную часть и опредѣляютъ ея форму, длину, консистенцію, направление, свойство покрывающей ее слизистой оболочки. Атрибутомъ влагалищной части является зѣвъ, у котораго опредѣляютъ ширину, форму, края (надрывы или рубцы). Затѣмъ палець обводятъ вокругъ влагалищной части, оцупываютъ такимъ образомъ весь сводъ, испытывая его ширину, равномерное или неравномерное протяженіе; при этомъ отыскиваютъ уже болышею частью ту резистенцію, которая указываетъ на тѣло матки. Если нѣсколько сильнѣе надавливать исследующимъ пальцемъ, то можно, выпячивая влагалищную стѣнку, оцупать также надвлагалищную часть шейки, ея боковую стѣнку, при благоприятныхъ условіяхъ тоже и мочеочники, къ которымъ ведетъ *lig. interuretericum*. Въ заключеніе испытываютъ подвижность и чувствительность

матки, напряжение влагалища при исследовании и в частности lig. recto-uterina, которые так часто бывают утолщены и болзвенны. Въ боковыхъ отдѣлахъ влагалищнаго свода находятъ иногда смѣщенные придатки, опухоли, твердыя или мягкія инфильтраціи.

II. Комбинированное исследование.

Когда простое исследование пальцемъ окончено, его обращаютъ въ *комбинированное* посредствомъ оцупыванія снаружи. Не выводя пальца изъ влагалища, стараются второй рукой, положенной на брюшные покровы, отдавливать внизъ исследуемые тазовые органы, всегда матку сначала, дабы получить ихъ между пальцами обѣихъ рукъ.

Для этого требуется податливость не только влагалища, но и брюшныхъ стѣнокъ; ожирѣніе и напряжение послѣднихъ часто весьма существенно мѣшаетъ исследованію; часто оцупываніе затрудняется укороченіемъ параметрія вслѣдствіе рубцоваго сморщиванія. Чтобы устранить напряжение брюшныхъ покрововъ, отвлекаютъ вниманіе больной разговоромъ, вопросами, заставляютъ больную глубоко и спокойно



Рис. 1. Двойное исследование черезъ влагалище.

дышать, вздыхать, вдавливать свою собственную руку, опорожняютъ сильно наполненный пузырь предъ самымъ исследованіемъ, исследующую руку непрерывно вдавливаютъ во время выдоха, сгибаютъ поясничную часть позвоночника, наклоняютъ больную на одну сторону, дѣлаютъ массирующія, круговыя движенія оцупывающей рукой. Если все это не ведетъ къ цѣли, то остается еще наркозъ.

Влагалищныя стѣнки тоже можно сдѣлать податливыми быстрымъ опорожненіемъ наполненнаго раньше пузыря или предварительной тугой тампонаціей.

Если удастся проникнуть наружной рукой въ глубину и получить

матку между обѣими руками, тогда наружной рукой ощупываютъ заднюю поверхность матки, а лежащими во влагалищѣ пальцами проводить по передней поверхности ея.

Послѣ этого отгѣсняютъ тѣло матки кзади, для чего лежащій во влагалищѣ палецъ отодвигаетъ *partio vag.* впередъ, а наружная рука скользитъ поверхъ дна на переднюю поверхность. Матка такимъ образомъ снова находится между обѣими руками, мы проверяемъ себя, ощупывая каждую поверхность матки какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны брюшныхъ покрововъ, ориентируемся относительно величины, формы, консистенціи, подвижности, чувствительности и состоянія боковъ матки. Здѣсь мы находимъ отходящія отъ роговъ матки и тянущіяся къ яичникамъ и къ тазовой стѣнкѣ трубы; послѣднія, нормальнымъ образомъ едва ощутимыя, представляютъ въ болѣзненномъ состояніи болѣе толстыя, круглыя или узловатыя, гладкія или бугристыя, извилистыя, трубчатыя или колбасовидныя образования, которые спускаются боку или позади матки, оставаясь тамъ подвижными или фиксированными.

Яичники прощупываютъ въ нормальномъ состояніи на боковой стѣнкѣ таза, болѣе или менѣе близко къ безымянной линіи или даже выше ея, какъ миндалевидныя тѣла, часто обладающія мелко-бугристой поверхностью; они нѣсколько чувствительны, но не болѣзненны. Хорошей руководящей нитью для ихъ отысканія служитъ край *m. ileopsoas (Schultze)*. При этомъ изслѣдованіи тоже ориентируются относительно вышеупомянутыхъ свойствъ, особенно относительно смѣщенія, сроченія съ другими органами ¹⁾.

Такимъ же образомъ изслѣдуютъ бока матки, состояніе дупликатуръ брюшины, связокъ (утолщеніе, укороченіе, туго-напряженное состояніе, расслабленіе) и испытываютъ ихъ вліяніе на положеніе и подвижность тазовыхъ органовъ.

Часто находятъ незначительныя или обширныя инфильтраціи тазовой клѣтчатки, отчего тазовая полость кажется выполненной какъ бы гипсомъ, и отграниченіе придатковъ отъ матки или отъ опухолей становится невозможнымъ.

Новообразование можетъ проявляться въ такой же формѣ, особенно ракъ, и рѣшить, какого характера данная инфильтрація — воспалительнаго или новообразовательнаго — бываетъ весьма трудно и даже невозможно.

Соединенное изслѣдованіе безусловно необходимо и ничѣмъ не замѣнимо, когда приходится опредѣлять отношеніе тазовыхъ органовъ между собою и въ особенноти къ опухолямъ; проникая, напр., изслѣдующими пальцами между маткой и опухолью, устанавливаютъ ихъ взаимное отношеніе и характеръ соединенія; такъ, напр., при *hydro-salpinx* эта связь какъ-бы пружинная (*Landau*). Стараются удалить другъ отъ друга органъ и опухоль; часто невозможно вполнѣ ихъ разъединить, тогда надо опредѣлить способъ ихъ прилеганія; находятъ нишу между ними, въ которую можно болѣе или менѣе глубоко проникнуть и установить непрерывность или соприкасаемость изслѣдуемыхъ частей. Большинство опухолей отгѣсняютъ матку въ направленіи, противоположномъ къ ихъ мѣстоположенію, рѣже смѣщеніе происходитъ въ сторону опухоли вслѣдствіе натяженія. Иныя отношенія существуютъ при межсвязочномъ развитіи; тѣсная связь съ маткой еще не служитъ доказательствомъ такового, а нужно констатировать,

¹⁾ См. главу о смѣщеніяхъ въ анатомическомъ отдѣлѣ.

что опухоль лежит между листками широкой связки, широко раздвигая их у основанія, что весьма отчетливо выступает ближе къ тазовой стѣнкѣ. Важной точкой опоры можетъ также служить положеніе круглой связки, которая въ видѣ круглаго, тонкаго тяжа дугеобразно простирается на опухоль, постепенно расширяясь и распадаясь на волокна, причемъ ее легко смѣшать съ яйцепроводомъ.

Весьма труднымъ можетъ оказаться констатированіе связи прочихъ тазовыхъ органовъ съ пузыремъ и кишками. Мочевой пузырь необыкновенно растяжимъ и можетъ продѣлывать всѣ движенія опухоли или матки, но можетъ также быть оттянутъ высоко кверху, какъ это большею частью бываетъ при подсывороточныхъ опухоляхъ, развившихся глубоко въ тазовую клѣтчатку. Такія же отношенія обнаруживаетъ матка; расправленная надъ подобной опухолью, она оказывается иногда растянутой до двойной и тройной своей величины. Кишки тоже смѣщаются подобными подсывороточно-развившимися опухолями, что легко можетъ быть истолковано какъ брюшинное сращеніе.

Движенія, предпринимаемая во время изслѣдованія самой опухолью или поручаемыя помощнику, а также примѣненіе снабженныхъ крючками щипцовъ, ведутъ большею частью къ правильнымъ заключеніямъ.

При обслѣдованіи таза нѣкоторыя мышцы могутъ ввести насъ въ заблужденіе; это—*m. pyriformis*, который въ сокращенномъ состояніи кажется намъ плоской опухолью, *m. obturatorius internus* и *m. psoas*; движенія бедра большею частью выясняютъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Всѣ эти изслѣдованія должны быть направлены къ полученію положительныхъ данныхъ; никогда не слѣдуетъ, напр., изъ отсутствія тѣла матки въ переднемъ сводѣ заключать о смѣщеніи назадъ, всегда слѣдуетъ констатировать съ точностью самое тѣло матки. Съ другой стороны, отсутствіе или присутствіе органа часто даетъ право дѣлать извѣстныя заключенія, такъ, напр., констатированіе обоихъ яичниковъ почти съ увѣренностью исключаетъ овариальное происхожденіе опухоли,—конечно, для этого долженъ быть обслѣдованъ весь тазъ со всѣми его органами.

В. Изслѣдованіе черезъ прямую кишку.

Если влагалищное изслѣдованіе невыполнимо или недостаточно, далѣе, всякій разъ, когда дѣло идетъ о тщательномъ изслѣдованіи задняго тазового пространства, о смѣщеніяхъ матки назадъ, о небольшихъ яичниковыхъ и трубныхъ опухоляхъ, надо производить изслѣдованіе *per rectum*. Для этого женщина ложится съ сильно приподнятымъ крестцомъ на спину или на-бокъ; въ послѣднемъ случаѣ примѣняется для изслѣдованія разноименная съ положеніемъ рука, причемъ осязательная поверхность обращена кзади. Кишечникъ опорожняютъ до изслѣдованія теплымъ промывательнымъ и вводятъ хорошо смазанный палецъ подъ руководствомъ глаза. Лишь при наличности трещинъ и воспалительныхъ процессовъ эта процедура настолько болѣзненна, что приходится примѣнить наркозъ.

Этотъ методъ изслѣдованія, разработанный уже *Holst'*омъ, а затѣмъ главнымъ образомъ *Hegar'*омъ и *Schroeder'*омъ, былъ расширенъ *Simon'*омъ въ томъ направленіи, что онъ рекомендовалъ изслѣдованіе полу- и цѣлою рукою.

Уже и въ первомъ крайне рѣдко бываетъ надобность, а изслѣдованія

всею рукою мы совсѣмъ не примѣняемъ въ виду его опасности; послѣ него случались разрывы жома, тяжелья и даже смертельныя поврежденія. Напротивъ, два пальца часто безъ труда удается ввести въ кишку, если достаточно растянуть однимъ пальцемъ sphincter ani ext.

При изслѣдованіи per rectum ощупываютъ сперва вдоль передней стѣнки кишки влагалищную часть, которая кажется поразительно толстой и большой, при нормальномъ положеніи выпячиваетъ кишечную стѣнку и часто принимается за тѣло матки; отъ этой ошибки ограждаютъ себя нахожденіемъ зѣва и движеніями, производимымъ наружною рукою. Большую выгоду представляетъ также одновременное изслѣдованіе большимъ пальцемъ той же руки per vaginam.



Рис. 2. Двойное изслѣдованіе черезъ прямую кишку.

Комки кала также могутъ давать поводъ къ ошибкамъ, если пальцемъ запутаться въ одной изъ складокъ слизистой оболочки, всегда имѣющихся на передней стѣнкѣ, такъ что содержимое прямой кишки кажется какъ бы внѣ ея лежащимъ.

Далѣе ощупываютъ заднюю стѣнку матки, широкой связки, ligam. recto-uterina, трубы и яичники, иногда гораздо отчетливѣе, нежели при влагалищномъ изслѣдованіи; въ положеніи на спинѣ можно исполнѣ удовлетворительно ощупывать бимануально.

Особенно важно ощупываніе per rectum для обслѣдованія параметрія, задняго тазового пространства вообще и передней поверхности крестца. Опухоли послѣдняго имѣютъ прямую кишку впереди себя, между тѣмъ какъ при опухоляхъ половыхъ органовъ кишка находится между ними и крестцомъ, слѣдовательно на задней стѣнкѣ этихъ опу-

холей. Эти данные настолько важны, что без этого исследования параметров не может считаться достаточно обследованным. Величайшее значение имеет это исследование, когда вопрос идет о распространении инфильтрации в тазовой клетчатке, напр. о том, выполняема ли еще полная экстирпация матки при раке.

По окончании исследования закрывают швом случайные повреждения заднего прохода, которые лишь рѣдко бывают при исследовании одним пальцем, чаще уже при употреблении двух пальцев.

С. Исследование через уретру и пузырь.

Гораздо рѣже, чѣмъ исследование per rectum, может понадобиться исследование через уретру и пузырь. Въ исключительныхъ случаяхъ мочеиспускательный каналъ настолько широкъ, что черезъ него можно провести палецъ. Для большаго расширения *Simon* предложилъ особые дилататоры, но для этого подходятъ всѣ коническіе инструменты, применяемые также для расширения матки, особенно *Hegar*овскіе бужи. Начинаютъ съ инструмента, имѣющаго 5 мм. въ диаметръ, и вводятъ одинъ за другимъ все болѣе толстые, пока не дойдутъ до поперечнаго разрѣза въ 12—15 мм. Если край уретры слишкомъ напрягается или грозитъ лопнуть, то надрѣзываютъ его справа и слева, а затѣмъ закрываютъ надрѣзы швомъ. Лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ это расширение столь мало болѣзненно, что можно обходиться безъ наркоза. Расширивъ мочеиспускательный протокъ, проникаютъ черезъ него указательнымъ пальцемъ осторожными вращательными движеніями въ пузырь и ощупываютъ съ невообразимой ясностью переднее тазовое пространство и въ частности переднюю маточную стѣнку.

Главное значеніе имѣетъ расширение уретры для опредѣленія аномалій самихъ мочевыхъ органовъ; трещины, конкременты, дивертикулы. опухли пузыря прямо констатируются такимъ образомъ и могутъ быть тотчасъ подвергнуты необходимому терапевтическому вмѣшательству. Для зондирования мочеточниковъ ощупываніе пузыря тоже представляетъ большую выгоду; подъ руководствомъ пальца, ощупывающаго *ligamentum interuretericum*, легко попадаютъ въ пузырьное отверстіе мочеточниковъ; въ настоящее время зондированіе почти всегда производится подъ руководствомъ глаза помощью эндоскопа. Одновременнымъ исследованиемъ черезъ уретру—пузырь, съ одной стороны, и черезъ влагалище, съ другой стороны, опредѣляется состояніе *sertum vesicovaginale*. Послѣ расширения мочеиспускательнаго канала остается иногда кратковременное недержание мочи, но при осторожныхъ приемахъ нечего опасаться болѣе тяжелыхъ поврежденій.

Для опредѣленія нѣкоторыхъ отношеній тазового дна и костнаго таза, *Skutsch* и *Freund*-младшій предложили исследование черезъ влагалище или прямую кишку сочеать съ ощупываніемъ черезъ *foramen ischiadicum majus* или со стороны промежности—методъ исследования, который съ выгодой примѣняется специально при аномаліяхъ копчиковой и крестцовой кости.

Исследование, производимое надлежащимъ образомъ и опытною рукою, даетъ хотя возможно точные результаты, но и тутъ ошибки не исключены и тѣмъ скорѣе возможны, чѣмъ болѣе неблагоприятны условія для исследования; часто точному ощупыванію положенъ предѣлъ чувствительностью, а также опасными послѣдствіями, которыя могутъ вызвать всякое сильное надавливаніе, всякое движеніе, особенно

при свѣжихъ воспаленіяхъ и кровотеченіяхъ; извѣстно, какъ легко можетъ лопнуть *hydrosalpinx* или иная кистовидная опухоль, какъ бережно надо обходиться при изслѣдованіи внѣматочнаго плоднаго мѣшка, и какъ много подобныхъ разрывовъ все-таки случается; какъ часто тоже нельзя отличить подсывороточную міому отъ яичниковой опухоли или отъ скомканной толстостѣнной трубы, если не удастся наряду съ опухолью съ увѣренностью констатировать яичникъ или мѣстоотхождение трубы отъ матки.

Согласно съ этимъ всѣ данныя ощупыванія должны быть провѣряемы и всякій разъ долженъ быть разобранъ вопросъ, какое различное толкованіе они допускаютъ.

Всѣ добытыя изслѣдованіемъ данныя вносятся въ схему и помѣчаются соответственнымъ числомъ; нѣсколько штриховъ больше говорить, нежели длинное описаніе.

5. Исслѣдованіе внутреннихъ половыхъ частей помощьюъ зрѣнія.

Зеркала можно раздѣлить на три группы: трубчатыя (цилиндрическія), створчатыя и ложкообразныя или желобоватыя. Первыя—такое было и зеркало *Recamier*—представляютъ цилиндрическія трубки, несущія на одномъ концѣ отрѣзокъ воронки (*Fricke*), а на другомъ концѣ косо-срѣзанныя.

Для обыкновенныхъ цѣлей достаточно, если длина зеркала на короткой сторонѣ составляетъ 10 см.; для нѣкоторыхъ терапевтическихъ пріемовъ выгодны еще болѣе короткіе инструменты (*Bandl*).

По яркости даваемого изображенія на первомъ планѣ стоятъ *Ferguson*'овскія зеркала (стекло, обтянутое зеркальной фольгой и покрытое лакомъ); но они очень ломки, лаковая крышка края легко отскакиваетъ и поэтому ихъ трудно дезинфицировать; въ виду этихъ недостатковъ болѣе употребительны инструменты изъ буксогого дерева, молочнаго стекла, целлюлоида, слоновой кости, твердаго каучука, изъ коихъ послѣдніе (*Braun*) настолько выдаются своею прочностью и дешевизной, что заслуживаютъ предпочтенія предъ всѣми, но они требуютъ нѣсколько болѣе сильнаго освѣщенія.

Введеніе цилиндрическаго зеркала происходитъ при положеніи больной на спинѣ съ раздвинутыми ногами; растягивая одною рукою заднюю уздечку, захватываютъ другою рукою предварительно обеззараженное и смазанное вазелиномъ зеркало такимъ образомъ, что указательный палецъ лежитъ на короткой стѣнкѣ, помѣщаютъ клювъ зеркала на уздечку, отдавливаетъ ее и вводятъ—безъ вращательныхъ движеній—зеркало во влагалище. Когда влагалищный входъ преодолѣтъ, то вращательными движеніями можно проникнуть глубже и вставить влагалищную часть, положеніе которой уже заранѣе было опредѣлено; *portio vag.* можно узнать по розовой окраскѣ гладкой слизистой оболочки и по зѣву; неопытному можетъ случиться, что онъ щель между передней и задней влагалищной стѣнкой приметъ за зѣвъ, но эта ошибка тотчасъ разъясняется при дальнѣйшемъ поворачиваніи зеркала.

При болѣзненныхъ пораженіяхъ уретры и въ окрестности ея, а также у дѣвицъ удобнѣе иногда вводить зеркало такимъ образомъ, чтобы болѣе длинная часть (клювъ) приходилась у отверстія уретры, а затѣмъ, описывая рукою полукругъ, даютъ проскользнуть болѣе короткой части надъ *commiss. post.*

Если не удастся вставить зѣвъ, то захватываютъ влагалищную часть крючкомъ или пулевыми щипцами, либо матку наклоняютъ на-

задъ или впередъ инструментомъ; вводить зондъ для этой цѣли въ матку и надъ нимъ проводить зеркало мы не совѣтуемъ; гораздо лучше до введенія зеркала привести наклоненную впередъ матку въ ретроверсію и для сохраненія этого положенія поручить больной надавливать поверхъ лоннаго соединенія.

Цилиндрическое зеркало закрываетъ *) при введеніи влагалищныя стѣнки, такъ что ихъ никогда нельзя обозрѣть на болѣе или менѣе порядочномъ протяженіи, оно сдавливаетъ въ сводѣ поверхностныя сосуды, такъ что влагалищная часть нерѣдко представляется гиперэмированной, выворачиваетъ также маточныя губы, что позволяетъ намъ заглянуть въ первикальную полость, но вмѣстѣ съ тѣмъ существенно измѣняетъ первоначальную форму влагалищной части.

Когда *portio vaginalis* вставлена, то очищаютъ поле зрѣнія ватой, намотанной на деревянную палочку или захваченной длиннымъ корнцангомъ, и подвергаютъ секретъ бактериологическому, а то и химическому изслѣдованію.

Другой недостатокъ цилиндрическихъ зеркалъ тотъ, что они при широкомъ влагалищномъ входѣ легко выпадаютъ, что особенно мѣшаетъ при ихъ примѣненіи для лечебныхъ цѣлей; впрочемъ, если хотя бы пользоваться обѣими руками, то поручаютъ зеркало держать самой больной; это можно облегчить, если къ воронкообразному концу зеркала придѣлать ушко, протянуть черезъ оное нитку, которую и даютъ въ руку больной.

Створчатыя зеркала предложены въ больномъ числѣ, многія изъ нихъ употребляются только ихъ изобрѣтателями. Они

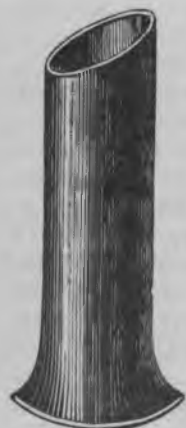


Рис. 3. Зеркало изъ твердаго каучука.

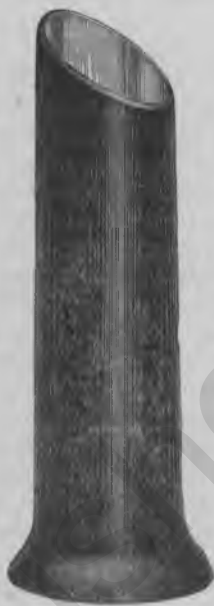


Рис. 4. Зеркало Fergusson'a.

всѣ представляютъ ту выгоду, что держатся сами во влагалищѣ, обнажаютъ значительную часть его и нѣсколько понижаютъ, пожалуй, матку, такъ что часто можно въ зеркалѣ ощупать влагалищную часть.

Если кто чувствуетъ потребность въ подобномъ зеркалѣ, то среди многихъ предложенныхъ *Vogelmann*'омъ, *Neugebauer*'омъ, *Nott*'омъ, *Meadows*'омъ и др. самое подходящее двустворчатое зеркало *Cusco*; оно допускаетъ хорошій осмотръ, вводится въ закрытомъ видѣ безболѣзненно и держится настолько надежно, что небольшія манипуляціи, какъ прижиганіе, смазываніе, насѣчки, можно производить безъ помощника. При удаленіи зеркала надо слѣдить, чтобы не ущемились между створками складки слизистой оболочки или волосы.

Но всѣ эти инструменты, полезные въ рукахъ врача, работающаго безъ помощниковъ, заслоняются ложкообразными или жедобоватыми зеркалами, введеніе которыхъ въ гинекологическую практику *Sims*'омъ

*) Этого недостатка лишены цилиндрическія зеркала изъ прозрачнаго стекла.
Примѣч. перев.

и *Simon* омъ, а отчасти уже въ 1865 г. *Neugebauer* омъ, обозначаетъ существенный шагъ впередъ.

Лишь примѣненіе этихъ зеркалъ дѣлаетъ возможнымъ осмотръ половыхъ органовъ въ ихъ дѣйствительномъ видѣ и положеніи, давая возможность сразу обозрѣть большую часть ихъ.

Эти зеркала примѣняются въ разныхъ положеніяхъ большой какъ при отрипательномъ внутрибрюшномъ давленіи (боковое положеніе, большею частью лѣвое или колѣнно-локтевое), такъ и при положительномъ (положеніе, какъ при камнесѣченіи или спинное положеніе съ приподнятымъ крестцомъ).

Основная форма зеркала ложкообразная. Требуется имѣть ложки, по крайней мѣрѣ, трехъ разныхъ величинъ, которыя либо по-одиночкѣ прикрѣпляются къ одной рукояткѣ, либо по двѣ соединены такимъ образомъ, что соединительная часть служить въ то же время рукояткой (*Sims*'овское, Z-зеркало).

Sims'овское зеркало, вмѣсто котораго можетъ употребляться всякое ложкообразное зеркало, вводится большею частью въ боковомъ положеніи. Стоя позади больной, раздвигаютъ одной рукой половыя губы, напрягаютъ уздечку и вводятъ ложку во влагалище, придерживаясь задней ея стѣнки. Частая ошибка начинающихъ заключается въ томъ, что они, не справляясь съ направлениемъ влагалища, наталкиваются верхушкой ложки на переднюю влагалищную стѣнку. Зеркаломъ оттягиваютъ промежность, тогда втекающій воздухъ раздуваетъ влагалище настолько, что можно обозрѣть ея стѣнки, за исключеніемъ части, прикрытой инструментомъ, *portio vaginalis* видна въ нормальномъ своемъ положеніи, лишь иногда приходится исправить положеніе матки депрессоромъ (или захваченнымъ щипцами ватнымъ шарикомъ) или задрѣпить крючкомъ маточную губу.



Рис. 5. Зеркало *Cusco*.

Mutatis mutandis поступаютъ такимъ-же образомъ при введеніи зеркала въ колѣнно-локтевомъ положеніи.

Для исследования въ спинномъ положеніи *Sims*'овское зеркало не годится. Употребляютъ Z-зеркало, различной формы ложки (*Simon*), боковые подъемники и шпатели, такъ какъ складки слизистой оболочки заслоняютъ поле зрѣнія.

Подобныхъ *Simon*'овскихъ ложекъ надо имѣть нѣсколько для задней стѣнки, различной длины и ширины, а также короткія зеркала (*Fritsch*'а, *Martin*'а) для полного вылушенія матки.

И здѣсь правиломъ должно служить—чѣмъ проще, тѣмъ лучше. Сложныя зеркала съ орошеніемъ, съ пружинами и винтами очень трудно обеззараживаются. Выгодно, напротивъ, устроить рукоятки такимъ образомъ, чтобы были хорошіе опорные пункты для руки, такъ какъ послѣдняя легко устаеетъ при продолжительныхъ операціяхъ.

Боковые подъемники представляютъ собою пластинки различной ширины и длины, образующія большею частью прямой уголъ съ рукояткой, ими отодвигаютъ переднюю и боковыя влагалищныя стѣнки (*Hegar*).

Всѣ эти ложкообразныя зеркала имѣютъ тотъ недостатокъ, что они

сами не держатся, а требуютъ помощи ассистента. Предложены, правда, многочисленныя аппараты для укрѣпленія зеркаль, таковы *Emmet'a*, *Foveaux*, *Ulrich'a*, *Kraus'a*, *Massari* и т. п., но всѣ они черезчуръ сложны и никоимъ образомъ не могутъ замѣнить посторонней помощи, которую легко могутъ оказывать здѣсь и не-врачи.

Подобно этимъ аппаратамъ, мало вошли въ употребленіе и тѣ зер-



Рис. 6. Z — зеркало *Sims'a*.



Рис. 8. Z зеркало.



Рис. 7. Зеркало *Simon'a*.

кала, которыя должны сдѣлать доступной зрѣнію полость матки. Шеечную полость можно обозрѣть, если оттягивать ея стѣнки или вводить короткія, прямыя эндоскопическія трубки, но и тутъ лучше прибѣгать къ расширенію.

Наилучшее освѣщеніе даетъ несомнѣнно дневной свѣтъ, но довольно часто мы вынуждены работать при искусственномъ освѣщеніи.

На первомъ планѣ стоитъ тутъ электрическая лампочка накаливанія съ рефлекторомъ, которая не такъ нагрѣваетъ, какъ круглыя газовыя горѣлки или керосинныя лампы, въ общемъ тоже хорошо пригодныя. Кромѣ того, предложены сложные освѣтительные приборы *Gärtner*'омъ, *Caspar*'омъ, *Ottm*'омъ, *Madden*'омъ и др. Лобныя повязки съ электрическимъ свѣтомъ и рефлекторомъ или лампочки накаливанія, прикрѣпляемые къ зеркалу (*Fürst*, *Madden*),—это ненужныя игрушки.

Предложенное одно время *Schramm*'омъ сквозное освѣщеніе полости тѣла, поведшее въ послѣднее время къ гастродиафаніи (*Hirschler*, *Jacobson* и др.) и къ освѣщенію со стороны прямой кишки (*Löbinger*), тоже не нашло распространенія; напротивъ, освѣтительные приборы, примѣняемые для эндоскопированія мочевого пузыря, сдѣлались необходимыми, изъ нихъ самыя лучшія *Nitze*'вскій и *Leiter*'овскій.

Зеркала примѣняются чаще для лечебныхъ, чѣмъ для распознавательныхъ цѣлей.

При исследованіи зеркаломъ мы тоже не избавлены отъ ошибокъ. Цилиндрическое зеркало вызываетъ, какъ уже упомянуто, пассивную гиперемію влагалищной части, которая можетъ даже повести къ кровотеченіямъ, маточныя губы часто выворачиваются, *portio vag.* кажется слишкомъ длинной, такъ какъ на нее надвигается кусокъ влагалища; при удаленіи зеркала влагалищныя стѣнки представляются анэмичными вслѣдствіе давленія инструмента, рукавъ большею частью вытянуть въ длину, между тѣмъ какъ отъ зеркала *Cusco* онъ укорачивается, а влагалищная часть устанавливается ниже.

6. Исследование помощью зонда.

Лишь въ исключительныхъ и извѣстныхъ условіяхъ мы въ состояніи проникнуть пальцемъ въ маточную полость; обыкновенно же для обследованія послѣдней примѣняютъ зондъ и предварительное расширение. Зондъ былъ извѣстенъ уже *Павлу Этинскому* и *Сорану*, но вошелъ въ общее употребленіе лишь въ настоящемъ столѣтіи, въ ту пору, когда сочетанное исследование еще не было въ ходу, главнымъ образомъ благодаря *Simpson*'у, *Sims*'у, *Huguier*, *Kuwisch*'у и др.

Если раньше зондъ слишкомъ часто употребляли, то теперь впали въ противоположную крайность и изъ преувеличенныхъ опасеній часто не примѣняютъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ можетъ намъ доставить важныя данныя.

Маточный зондъ—ихъ предложено безчисленное множество—представляетъ прутикъ изъ металла, каучука, целлюлоида, слоновой кости и т. д., длиною въ 20—22 см., который на одномъ концѣ имѣетъ пуговку, а на другомъ плоскую рукоятку.

Такъ какъ зонду приходится придавать различную кривизну, то лучше всего употреблять инструменты, изготовленные изъ прокаленной мѣди, никкелированные или носеребрённые; негибкіе зонды пора бросить.

Надо имѣть зонды съ пуговками различной толщины, по крайней мѣрѣ 2—5 мм. Плоскія возвышенія на рукояткѣ показываютъ толщину зонда и направленіе его кривизны; на выпуклой сторонѣ, въ 7 см. отъ пуговки, находится гладкій, отчетливо прощупываемый бугорокъ; измѣрительныя нарѣзки должны быть совершенно плоски и гладки, иначе онѣ затрудняютъ чистое содержаніе инструмента.

Предъ употребленіемъ зондъ лучше всего обеззараживается быстрымъ нагрѣваніемъ. Половыя части, въ особенности *portio vag.* и

зѣвъ, крѣпко вытираются въ зеркалѣ дезинфицирующими ватными шариками, и затѣмъ зондъ вводится черезъ наружный зѣвъ въ шеечный каналъ. Цилиндрическое зеркало не годится для дальнѣйшаго продвиганія зонда, такъ какъ оно представляетъ мало простора для движеній изогнутаго инструмента; поэтому примѣняютъ створчатое или ложкообразное зеркало, или зондируютъ, но лишь въ видѣ исключенія, подъ руководствомъ пальца, въ каковомъ случаѣ, разумѣется, весь половой каналъ долженъ быть тщательно обеззараженъ.

Пройдя наружный зѣвъ, зондъ скользитъ черезъ шеечный каналъ до внутренняго зѣва, тамъ онъ большею частью наталкивается на препятствіе, которое должно быть осторожно преодолевается; инструментъ можетъ также легко застрять въ складкахъ слизистой оболочки цервикальнаго канала. поэтому берутъ сначала болѣе толстый зондъ.

Зондъ долженъ по возможности проникать своей собственной тяжестью, что особенно удается тогда, если придать ему раньше изгибъ,



Рис. 9. Боковой подъемникъ.



Рис. 10. Передній шпатель.



Рис. 11. Зеркало *Martin's* съ рукояткой для ассистирования съ лѣвой стороны.

соотвѣтствующій ходу маточной полости. Если внутренній зѣвъ узокъ, то прохожденіе инструмента часто вызываетъ у больной такое ощущеніе, какъ-будто бы менструація наступала. Когда внутренній зѣвъ пройденъ, зондъ безъ труда проскальзываетъ до дна матки, что больныя ощущаютъ какъ толчокъ.

Если не удается проникнуть зондомъ черезъ внутренній зѣвъ, то захватываютъ влагалитную часть пулевыми щипцами и легкимъ потягиваніемъ выпрямляютъ маточный каналъ; часто удается также пальцемъ приподнять перегнутое тѣло матки.

Во время введенія зондъ передвигаютъ, осторожно ощупывая путь; чтобы попасть въ каналъ, поднимаютъ и опускаютъ рукоятку, берутъ болѣе тонкій инструментъ, съ другой кривизной. Когда инстру-

ментъ попалъ въ маточную полость, то обращаютъ вниманіе на принятое имъ направленіе, о чемъ можно судить по рукояткѣ, поворачиваютъ зондъ вокругъ его продольной оси, ощупываютъ полость, особенно трубные углы, стараются отыскать шероховатости. Вынимая зондъ, отмѣчаютъ ту часть, которая находилась у наружнаго зѣва, чтобы измѣрить длину полости матки.

Зондомъ опредѣляются слѣдующія данныя:

1. Ширина наружнаго зѣва, проходимость или непроходимость шейчнаго канала. Насколько легко измѣрять наружный зѣвъ, настолько трудно различить, есть-ли у внутренняго зѣва настоящее суженіе или перегибъ, закручиваніе канала; при дѣйствительномъ суженіи зондъ торчитъ въ каналѣ шейки, какъ катетеръ въ мозолистой стриктурѣ—можно зондомъ передвигать матку вверхъ и внизъ.

2. Длина полости матки, притомъ, благодаря упомянутому сопротивленію въ области внутренняго зѣва, можно опредѣлить какъ длину шейки, такъ и длину тѣла матки; опредѣливъ помощью соединеннаго изслѣдованія всю длину матки, мы въ состояніи вычислить толщину дна.

3. Ширина маточной полости. Здѣсь легко возможны ошибочныя толкованія, такъ какъ часто трудно сказать, встрѣчается-ли сопротивление у верхушки или по длинѣ зонда.

4. Содержимое матки: ощупываютъ шероховатости и неровности, скользятъ также по опухолям, но эти данныя и ошибки чересчуръ часты.

5. Направленіе маточнаго канала: оно опредѣляется по повороту рукоятки въ ту или другую сторону или по тому, что зондъ проникаетъ въ матку только съ вогнутостью, направленною къзади, либо только кпереди. Довольно часто вообще не удается слѣдовать негибкимъ инструментомъ за извилинами маточной полости, которыя вызваны, напримѣръ, опухолями; въ такихъ случаяхъ берутъ эластичскіе зонды. Если удастся прощупать зондъ со стороны влагалища или брюшныхъ, покрововъ, то можно вывести заключеніе, находится-ли инструментъ впереди или позади опухоли, толще-ли одна или другая стѣнка.

Часто только зондированіе разъясняетъ намъ положеніе матки среди опухолевыхъ или выпотныхъ массъ; такимъ же образомъ распознаются пороки развитія матки (*uterus septus, bicornis* и т. п.).

6. Подвижность матки. Съ этой опасной цѣлью зондъ употребляется развѣ только неопытными изслѣдователями; нельзя, однако, отрицать, что иногда, хотя и рѣдко, вправленіе смѣщенной матки зондомъ бережнѣе происходитъ, нежели инымъ путемъ. Рискованно, далѣе, испытывать зондомъ чувствительность матки и по появленію боли и кровотеченія ставить діагнозъ эндометрита.

Такъ какъ зондированіе неоднократно влекло за собою опасныя послѣдствія, то надо всегда помнить о *противопоказаніяхъ*, каковыя суть:

1. Беременность, которая легко можетъ быть прервана зондированіемъ, хотя имѣются многочисленныя наблюденія противоположнаго свойства; легко возможны также поврежденія мягкой беременной матки. При внѣматочной беременности примѣненіе зонда въ высшей степени опасно, такъ какъ отъ этого можетъ послѣдовать сокращеніе и разрывъ плоднаго мѣшка.

2. Всѣ состоянія, при коихъ стѣнка матки становится мягкой и

рыхлой, въ виду опасности прободенія—таковы: пуэрперій. опухоли, истончающія матку.

3. Острое и подострое воспаленіе матки и ея придатковъ, периметритъ и параметритъ, кровоизліянія въ тазовомъ пространствѣ, въ виду опасности усиленія воспаленія или кровотеченія.

4. Наличие заразнаго эндометрита шейки, такъ какъ зондъ можетъ занести заразный матеріалъ въ полость матки, а оттуда въ трубы.

Опасности зондированія заключаются главнымъ образомъ въ инфекціи; намъ достаточно случаетъ извѣстно, гдѣ послѣ однократнаго зондированія наступилъ метритъ, параметритъ, периметритъ со смертельнымъ исходомъ. Рѣже бывають поврежденія маточной стѣнки и удивительно рѣдко слѣдовало тяжелое заболѣваніе за прободеніемъ матки.

Часто подобныя прободенія истолковывались какъ зондированіе трубъ. Последнее предложено *Taylor Smith*'омъ для лечебныхъ цѣлей, но почти никѣмъ не примѣняется; о непреднамѣренномъ зондированіи трубъ имѣются наблюденія *Bischoff'a*, *Hildebrandt'a*, *Gönnner'a* и др. Прониканію зонда въ трубу можетъ благоприятствовать расширеніе маточнаго отверстія трубы, вызванное внутриматочнымъ пессаріемъ (*Hildebrandt*) или, какъ сообщаетъ *Cittadini*, развитіемъ яйца въ маточномъ отдѣлѣ трубы.

Если при изслѣдованіи инструментъ входитъ въ матку до рукоятки и при этомъ сильно отклоняется въ одну сторону, то надо считаться съ возможностью, что зондъ проникъ въ трубу.

Результаты изслѣдованія зондомъ должны быть очень осторожно истолковываемы. О ширинѣ маточныхъ устьевъ въ данный моментъ мы получаемъ вѣрное понятіе, менѣе уже о длинѣ и направленіи полости, такъ какъ часто нельзя сказать съ увѣренностью, что путовка зонда проникла до дна, ибо полость часто настолько смѣщена, что зондъ не можетъ слѣдовать за нею. Вполнѣ ненадеженъ отрица-



Рис. 12. Рис. 13. Рис. 14.
Schultze'вскій зондъ.

тельный результатъ изслѣдованія полости: самый опытный можетъ просмотрѣть слизистые полипы, небольшія міомы, даже плодъ и его остатки, такъ что зондированіемъ обслѣдованіе матки не можетъ считаться законченнымъ.

Зондъ примѣняютъ также для *терапевтическихъ цѣлей*: для разрыва пузыря, выпрямленія матки, расширенія ея канала, для раздраженія ея, для вправленія нерегнутой назадъ матки. Употребляемые для этого зондообразные элеваторы излишни; если хотять примѣнить зондъ для вправленія, то вводятъ его, по *Rasch*'у, въ матку съ вогнутостью, обращенной книзу resp. кзади, затѣмъ рукоятку поворачи-

ваютъ на 180°, теперь вогнутость зонда смотритъ впередъ, т. е. кверху, затѣмъ палецъ подкладываютъ подъ зондъ у самаго наружнаго зѣва и опускаемъ рукоятки переводятъ матку въ состояніе антеверсіи.

7. Расширеніе матки.

Недостаточность данныхъ, получаемыхъ зондированіемъ, а также терапевтическая потребность побудила уже нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ *Simpson* обратиться къ расширенію маточной полости (прессованная губка). Послѣ этого изслѣдованіе пальцемъ расширенной матки безчисленное множество разъ обнаруживало аномаліи содержамаго (полипы, остатки плода, міомы и т. п.), хотя зондъ и кюретка давали отрицательный результатъ.

Поэтому надо придерживаться правила—расширять матку при наличности подобнаго подозрѣнія, если нѣтъ опредѣленныхъ противопоказаній, а таковыми могутъ служить: свѣжія воспаленія тазовыхъ органовъ, присутствіе ихорознаго или заразнаго матеріала, ломкость или неподатливость ткани (ракъ), пороки образованія матки, ведущіе къ истонченію стѣнки, и, разумѣется, беременность.

Всякое расширеніе матки вызываетъ извѣстныя измѣненія, различныя въ зависимости отъ выбраннаго метода: измѣняются положеніе и форма матки, она выпрямляется; часть, лежащая выше внутренняго зѣва, удлиняется; слизистая оболочка измѣняется отъ давленія расширяющаго средства; могутъ даже исчезнуть небольшія опухоли (міомы и слизистые полипы) отъ давленія.

Расширеніе можетъ быть произведено быстро помощью различныхъ дилаторовъ или разсѣченія шейки, либо-же посредствомъ разбухающихъ палочекъ или тампонаціи полости.

А. Не-кровоое расширеніе.

Изъ разбухающихъ веществъ были прежде въ употребленіи главнымъ образомъ прессованная губка, горечавка, обезызвестленная слоновая кость и многое другое; хотя прессованная губка превосходно расширяетъ, однако она въ настоящее время почти всѣми оставлена, такъ какъ безгнйlostное приготовленіе ея необыкновенно трудно.

Мы расширяемъ въ настоящее время исключительно палочками ламинарии и тупело (стебель *Laminaria digitata* и корень *Nyssa aquatica*). Ламинария примѣняется въ видѣ пробуравленныхъ палочекъ (*Greenhalgh*), она медленно разбухаетъ, зато сильнѣе, нежели тупело, поэтому по введеніи легче выталкивается маткой; ее можно надежно обеззаразить различнымъ способомъ, лучше всего кипяченіемъ въ 5% карболовомъ растворѣ (*Schultze*). *Bonnet* рекомендуетъ подвергнуть ее разбуханію въ сулемѣ и затѣмъ высушить. Тупело, разъ погруженный въ жидкость, быстро разбухаетъ и при высушиваніи не принимаетъ прежней формы; его стерилизуютъ, по *Liachnitsky*, сухимъ путемъ при 150—160° С. или погружаютъ въ растворъ іодоформа въ эфирѣ.

Эти палочки, снабженныя крѣпкой ниткой, вводятся въ *Sims'*овскомъ или *Simon'*овскомъ зеркалѣ, послѣ тщательной дезинфекціи, длиннымъ корнцангомъ въ каналъ шейки и выше за внутренній зѣвъ; иногда приходится фиксировать влагалищную часть крючкомъ или пулевыми щипцами. Наиболѣе трудно расширяемая часть соотвѣтствуетъ такъ наз. нижнему маточному сегменту, который можетъ, однако, какъ мы неоднократно наблюдали, вполне расправиться подъ вліяніемъ расширенія; разъ это упущено, то расширяется полость шейки, внутренній зѣвъ сокращается и бываетъ довольно трудно его отыскать.

Палочка должна нѣсколько выступать изъ наружнаго зѣва, иначе ее трудно удалить, къ тому же она легко раздается въ шейкѣ и можетъ ее поранить.

Придерживая палочку, вводятъ полоски іодоформной марли во влагалище, чтобы помѣшать выскальзыванію ея, причемъ сперва выполняютъ своды, затѣмъ обводятъ полоску вокругъ выступающаго конца палочки, а конецъ полоски кладутъ въ рукавъ.

Большая должна оставаться подъ наблюденіемъ въ постели, при наступленіи лихорадки и сильныхъ болей расширеніе прерываютъ.

Палочка ламинарии можетъ оставаться въ маткѣ 24, а тупело—12 часовъ, затѣмъ ее *слѣдуетъ* удалить, причемъ иногда вкладывается новая.

Чтобы сдѣлать шейку проходимою для пальца, рѣдко бываетъ надобность болѣе чѣмъ въ двухкратномъ примѣненіи разбухающей палочки. Предъ введеніемъ пальца маточную полость обеззараживаютъ.

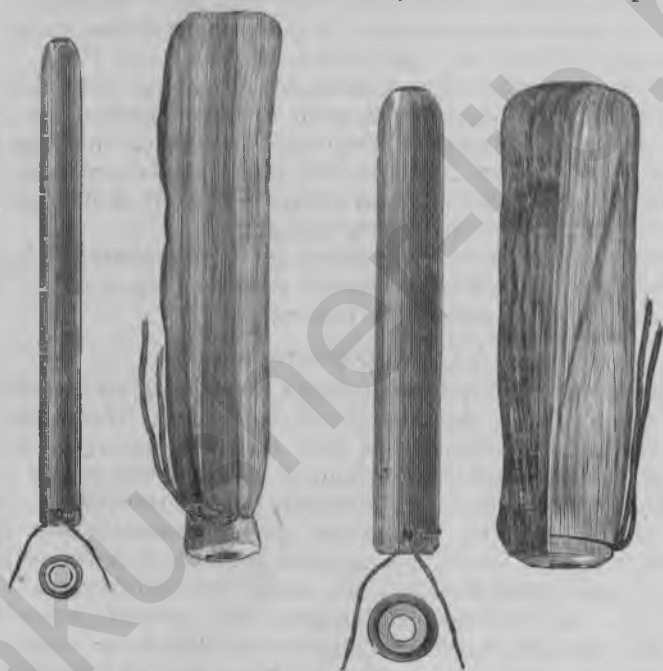


Рис. 15.

сухая

Рис. 16.

Ламинарія
разбухшая.

Рис. 17.

въ сухомъ и разбухшемъ видѣ.

Рис. 18.

Тупело

Большею частью нуженъ наркозъ, хотя бы уже для полного расслабленія брюшныхъ стѣнокъ. Крѣпкимъ надавливаніемъ снаружи матку, какъ перчатку, надвигаютъ на палецъ, и тогда при благоприятныхъ условіяхъ можно проникнуть до дна и въ трубные углы.

Если такимъ образомъ не идетъ, то захватываютъ влагалищную часть возможно выше пупевыми щипцами и оттягиваютъ матку внизъ, на встрѣчу изслѣдующему пальцу, причемъ все-таки полезно надавливаніе снаружи со стороны помощника, такъ какъ одно потягиваніе удлинняетъ размягчившуюся вслѣдствіе разбуханія матку и такимъ образомъ удаляетъ отъ пальца самый объектъ изслѣдованія, т. е. верхнюю часть полости матки.

По окончании изслѣдованія, за которымъ, можетъ быть, слѣдуетъ тотчасъ терапевтическое вмѣшательство, промываютъ матку, вводятъ во влагалище іодоформную марлю и оставляютъ больную въ постели на 1—2 дня, если предпринятая лечебная мѣра не требуетъ какого либо другого назначенія.

Vulliet предложилъ и горячо рекомендовалъ методъ расширенія матки посредствомъ тампонаціи. Для этой цѣли вводятъ подъ руководствомъ зеркала полоски обезпложенной іодоформной марли въ матку, которая отвѣчаетъ на это сокращеніемъ и раскрытіемъ полости шейки и тѣла; такимъ образомъ можно будто бы даже сдѣлать внутреннюю поверхность доступной зрѣнію! Полоски марли мѣняются каждый день.

Этотъ способъ, отнимающій довольно много времени, мы рекомендуемъ лишь тогда, когда хотятъ достигнуть высокихъ степеней расперенія, либо одновременно воздѣйствовать на эндометрій (см. лечение эндометрита), либо сочетать съ расширеніемъ кровоостанавливающее дѣйствіе тампонаціи.

При длинной и неподатливой шейкѣ. узкомъ наружномъ зѣвѣ расширеніе разбухающими средствами трудно и отнимаетъ много времени, и лучше сперва кровавымъ путемъ расширить наружный зѣвъ, а потомъ спустя нѣсколько дней примѣнить разбухающія палочки.

Изъ множества инструментовъ, употребляемыхъ для насильственнаго расширенія, мы упомянемъ лишь важнѣйшіе.

Примѣняются коническіе инструменты постепенно возрастающаго калибра (*Hegar* овскія палочки изъ твердаго каучука или стекла, *Fritsch* овскіе расширители) и инструменты, которые вводятся замкнутыми и затѣмъ раздвигаются (*Ellinger*, *Schultze*); середину между ними занимаетъ *metranioiauster Schatz* а, который расширяетъ давленіемъ пружины. Расширеніе посредствомъ раздвигающихся браншей едва ли можетъ достаточно подготовить шейку для ощупыванія, но часто мы ее примѣняемъ, чтобы расширить шеечный каналъ для терапевтическихъ цѣлей.

Расширеніе коническими инструментами предпринимается такимъ об-

разомъ, что въ спинномъ или боковомъ положеніи больной фиксируютъ влагалищную часть крючкомъ или пулевыми щипцами и послѣ предварительной дезинфекціи — если требуется полное расширеніе и ощупываніе матки, то подъ наркозомъ—вводятъ тонкій дилататоръ настолько глубоко, чтобы верхушка его стояла приблизительно на 2 см. выше внутренняго зѣва; затѣмъ вдвигаютъ съ разсчитанной,



Рис. 19. *Hegar* овская палочка изъ твердаго каучука. Рис. 20. *Hegar* овская стеклянная палочка. Рис. 21. Расширитель *Fritsch* а.

но не грубой силой все болѣе толстые инструменты, нарастающіе на 1 мм. въ поперечникѣ, пока не достигнутъ должнаго расширенія. Вольшею частью достаточно расширить до 16—18 мм. За удаленіемъ послѣдней палочки слѣдуетъ введеніе пальца.

Между тѣмъ какъ опасности расширенія разбухающими средствами заключаются болшею частью въ инфекціи, которой способствуютъ при наличности заразнаго матеріала многочисленныя маленькія пораненія слизистой оболочки, недостатокъ насильственнаго расширенія лежитъ въ разрывѣ ткани; чѣмъ неподатливѣе и неподготовленнѣе ткань, тѣмъ легче происходитъ подобный разрывъ; поверхностные и глубокіе надрывы шейки бывають гораздо чаще, чѣмъ ихъ распознають. Поэтому мы почти всегда предпосылаемъ насильственному расширенію введеніе разбухающей палочки. Въ частности при *Hegar* овскихъ расширителяхъ мы наблюдали какъ разрывъ слизистой, такъ и мышечной оболочки (иногда только послѣдней), одинъ разъ даже смертельное кровотеченіе изъ разорванной вѣтви *art. uterina*; условія были тѣ же, что при разрывѣ матки *sub partu*, растяженіе лежащаго поверхъ внутренняго зѣва маточнаго отрѣзка было настолько сильно, что образовался настоящій нижній маточный сегментъ. Дважды намъ пришлось это констатировать также при полной влагалищной экстирпаціи.

Если подобный разрывъ матки при расширеніи можетъ случиться и безъ вины врача, то пробуравливаніе тѣла и дна матки всегда можно отнести къ погрѣшности оператора. Но и подобныя прободенія неоднократно заживали.

При глубокихъ поврежденіяхъ шейки надо обнажить мѣсто разрыва (на передней стѣнкѣ посредствомъ отдѣленія пузыря) и наложить швы. Иногда можетъ выступить на очередь полное вылуценіе матки *per vaginam*,—къ этому мы однажды были вынуждены прибѣгнуть изъ-за разрыва *uterus bicularis*.

Когда маточная полость достаточно расширена, мы часто получаемъ очень доказательныя данныя; но и здѣсь ошибки не исключены, между прочимъ въ виду тѣхъ измѣненій, которыя вызываетъ разбухающее средство. Часто также невозможно достаточно высоко проникнуть въ матку; тогда оставшуюся необслѣдованной часть матки ощупываютъ кюреткой или корнцангомъ; послѣдній болѣе для этого годенъ, такъ какъ можно тутъ-же захватить и открыть частицы ткани, а также опредѣлить соединеніе небольшихъ опухолей съ почвой; поврежденія и даже прободенія корнцангомъ случались неоднократно, но при осторожномъ манипулированіи этого можно всегда избѣгнуть.

Наконецъ, упомянемъ еще, что *Schultze* примѣнялъ расширеніе ламинарей, дабы введеннымъ въ расширенную маточную полость пальцемъ вправить загнутую назадъ матку.

В. Кровавое расширеніе шейки матки.

Чтобы сдѣлать въ короткое время полость матки доступной, *Schröder*, *A. Martin* и др. предложили разсѣчь шейку настолько глубоко, чтобы можно было проникнуть пальцемъ. Для этого иногда прибѣгали къ предварительному обкалыванію *art. uterina* со стороны



Рис. 22.
Schultze вскій расширитель.

влагалищнаго свода, а *Péan* и *Rozzi* примѣняютъ этотъ методъ для удаленія опухолей. Въ виду серьезности этого вмѣшательства, возможности перевязки мочеточниковъ при наложеніи лигатуры на маточную артерію, а также въ виду того, что разрѣзанные верхніе участки шейки при прохожденіи пальца весьма легко получаютъ глубокий надрывъ или даже сквозной разрывъ, мы ограничиваемъ кровавое расширение нижней частью шейки. Въ такомъ видѣ оно представляетъ типическую или атипическую операцію, первая служитъ также терапевтическимъ цѣлямъ (*discissio*).

Для діагностическихъ цѣлей или какъ подготовленіе къ операціямъ въ маткѣ *discissio* рѣдко производится типически. Большею частью рѣчь идетъ о томъ, чтобы послѣ расширенія, произведеннаго какимъ-либо другимъ способомъ, надрѣзами шейки приобрести еще больше простора; тогда ножомъ или ножницами дѣлаютъ надрѣзы направо и налѣво тамъ, гдѣ зѣвъ напрягается, дѣлаютъ также многочисленныя радіальные надрѣзы, какъ это рекомендуетъ *Fehling* для внутренняго зѣва. Но и эти надрѣзы легко рвутся дальше при прониканіи пальца, что можетъ обусловить сильное кровотеченіе. По окончаніи изслѣдованія они должны быть зашиты.

Гораздо чаще дѣлали и дѣлаютъ еще теперь расщепленіе съ терапевтической цѣлью для устраненія дисменоррей и безплодія, и лишь въ послѣдніе годы начинаютъ понимать и ограничивать злоупотребленіе этой операціей.

Впервые произведенная *Simpson*'омъ и *Jobert*'омъ, эта операція такъ быстро вошла въ моду, главнымъ образомъ благодаря *Sims*'у, а затѣмъ *E. Martin*'у, *C. v. Braun*'у, *G. Braun*'у, *Greenhalgh*'у и др., что одно время она господствовала въ гинекологической терапіи.

Расщепляютъ наружный или внутренній зѣвъ, или тотъ и другой. Расщепленіе внутренняго зѣва лишь рѣдко сопровождается успѣхомъ, въ виду обыкновенно наступающаго послѣ этого рубцоваго сморщиванія. *Fehling*, *Madden* и др. заставляютъ тогда носить короткій внутриматочный пессарій.

Расщепленіе наружнаго зѣва можетъ быть двустороннее, одностороннее, сагиттальное. Болѣе надежный результатъ получается, если, по *Gusserow*'у, *Fritsch*'у и др., крестообразно разсѣчь маточныя губы и отрѣзать образовавшіеся такимъ образомъ четыре лоскута (*Fritsch*). Можно также сдѣлать много надрѣзовъ въ радіальномъ направленіи, но послѣ этого рѣдко остается симметрическое отверстіе.

Всѣ придуманные для расщепленія, часто остроумные инструменты (*Simpson*, *E. Martin*, *Greenhalgh* и др.) по меньшей мѣрѣ излишни намъ извѣстны нѣкоторые смертные случаи послѣ употребленія трудно обеззараживаемаго инструмента *Greenhalgh*'а.

Въ спинномъ или боковомъ положеніи больной обеззараживаютъ рукавъ и влагалищную часть, захватываютъ щипцами переднюю губу—равномѣрнѣе разрѣзъ, если симметрично захватить двумя парами щипцовъ—и разсѣкаютъ *portio vag.* ножницами или ножомъ съ длинной рукояткой по обѣ стороны или сагиттально почти до мѣста прикрѣпленія влагалища.

Если дѣлаютъ нѣсколько крестообразныхъ или радіальныхъ надрѣзовъ (см. рис. 23), то достаточно разрѣзать на 1—1½ стм.; затѣмъ захватываютъ свободные концы лоскутовъ длиннымъ, снабженнымъ крючками пинцетомъ и отсѣкаютъ однимъ ударомъ ножницъ.

Затѣмъ прижимаютъ къ ранѣ полоску марли, пропитанной іодофор-

момъ или іодоформъ-танниномъ, удаляютъ пулевые щипцы и плотно тампонируютъ влагалище второй длинной полоской марли

Больная укладывается въ постель и должна сутки спокойно лежать, затѣмъ удаляютъ влагалищный тампонъ, черезъ нѣсколько дней отдѣляется и внутрицервикальная полоска марли и лежитъ свободно во влагалищѣ. Спустя 4—5 дней оперированная можетъ оставить постель, спустя 10—12 дней края раны обыкновенно уже зарубцевались.

Правильнѣе хирургически и болѣе красивый зѣвъ получается, если закрыть края раны такимъ образомъ тѣмъ, что слизистую оболочку влагалищной части соединяютъ поверхъ раны швомъ съ слизистой оболочкой шейки, какъ это дѣлаемъ мы. *Kehrer, Küstner* и др.; но эта маленькая операція часто довольно трудна, если только слизистая оболочка мало подвижна.

Наиболѣе надежный результатъ даетъ воронкообразная ампутація по *Simon-Marcwaldy* (рис. 24): расщепляютъ сперва по обѣ стороны затѣмъ двумя сходящимися разрѣзами изсѣкаютъ какъ изъ передней такъ и изъ задней губы сегментъ конуса; такимъ образомъ съ обѣихъ сторонъ получаются два лоскута, одинъ, покрытый слизистой оболочкой влагалищной части, другой—цервикальной слизистой; оба эти лоскута тщательно сшиваются, что всегда легко выполнимо; спустя 6—7 дней швы снимаютъ.

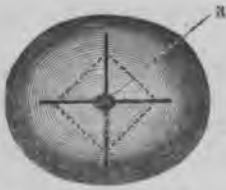


Рис. 23.
а зѣвъ.

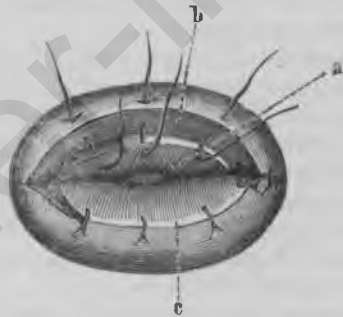


Рис. 24.
а зѣвъ, b передняя губа, c зашитый разрѣзъ.

Показаніемъ къ discissio служатъ какъ абсолютныя, такъ и относительныя суженія наружнаго зѣва, рѣже функциональныя аномаліи, особенно при смѣщеніяхъ матки.

Помимо опасности инфекціи, которая легко устранима, не рѣдки кровотеченія; особенно при болѣе глубокихъ разрѣзахъ попадаютъ въ вѣтви нижняго отдѣла *art. uterina*, и если онѣ надрѣзаны по длинѣ, то онѣ могутъ довольно сильно кровоточить. Для остановки кровотеченія большею частью достаточно подольше прижимать пальцемъ комокъ іодоформной или кровоостанавливающей марли, или протянувъ двѣ нитки черезъ переднюю и заднюю губу, крѣпко привязываютъ кровоостанавливающей шарикъ.

Если такимъ образомъ не удастся остановить кровотеченіе, то обкалываютъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ, такъ какъ захватить сосуды въ неподатливой цервикальной ткани большею частью невозможно, въ худшемъ случаѣ снова зашиваютъ разрѣзъ совершенно или отчасти.

Какъ ни необходимъ постельный покой послѣ этой маленькой операціи, чтобы удержать на мѣстѣ внутрицервикальную повязку, но

можно расщепить зѣвъ и амбулаторно либо *Raquelin*'омъ, либо гальванокаутеромъ, либо помощью эластической лигатуры: проводить справа и слѣва каучуковую нить черезъ *portio vaginalis* и закручиваютъ ее посредствомъ продыравленной дробинки, но и тутъ края раны часто срастаются.

Въ весьма многихъ случаяхъ успѣхъ операціи пропадаетъ вслѣдствіе сращения или рубцеванія, которое можетъ обезобразить новый зѣвъ. Поэтому слѣдуетъ предпочитать простому расщепленію пластическую операцію.

8. Искусственное измѣненіе положенія матки.

Нормальная матка находится въ устойчивомъ равновѣсіи, она обладаетъ большою степенью подвижности и по прекращеніи смѣщающей силы возвращается въ свое первоначальное положеніе. Это свойство, которое было уже знакомо *Lisfranc*'у, *Lebert*'у, и др., и которымъ они пользовались для оперативныхъ пѣлей, даетъ намъ возможность получить болѣе утонченныя диагностическія данныя.

Для этой пѣли захватываютъ маточную губу пулевыми щипцами, которые не ущемляютъ захваченной ткани, оттягиваютъ матку внизъ, отодвигаютъ вверхъ; можно ее передвигать по всѣмъ направленіямъ и также поворачивать вокругъ продольной оси. Такимъ образомъ испытываютъ подвижность матки, отграничиваютъ ее отъ опухолей, опредѣляютъ связь съ ними, даютъ возможность ощупывающему пальцу достигнуть дна, часто также существенно облегчаютъ вправленіе загнутаго назадъ матки.

Гораздо чаще примѣняется это искусственное опущеніе при операціяхъ на маткѣ и влагалищѣ. По окончаніи изслѣдованія удаляютъ щипцы, дѣлаютъ спринцованіе, иногда при болѣе значительномъ кровотеченіи закрываютъ швомъ произведенное щипцами пораненіе, больше же частью достаточно положить тампонъ изъ іодоформной марли.

Вмѣсто пулевыхъ щипцовъ можно употреблять крючки со многими зубцами, прикрѣпленные къ рукояткѣ или эластической ниткѣ, но крючки легко вырываются и повреждаютъ пальцы. Для сбереженія мѣста можно также, какъ это и дѣлается часто при операціяхъ, протянуть черезъ влагалищную часть одну или нѣсколько нитокъ и ими оттягивать матку.

При нормальныхъ половыхъ органахъ подобное осторожное потягиваніе, которымъ *portio vag.* часто низводится до половой расщелины, безвредно. Изъ всѣхъ образованій, укрѣпляющихъ матку, всего болѣе напрягаются при этомъ *lig. recto-uterina*. Болѣзненная фиксація матки, напр. врожденная вслѣдствіе укороченія связокъ или приобретенная вслѣдствіе воспаленія тазовой брюшины или клѣтчатки, дѣлаетъ смѣщеніе прямо-таки опаснымъ, а часто невозможнымъ; получаютъ разрывы, кровотечения, обостренія, потому всѣ воспалительныя пораженія, въ частности заболѣванія придатковъ, служатъ противопоказаніемъ этой манипуляціи.

Примѣняя потягиваніе, мы удлиняемъ матку и тѣмъ болѣе, чѣмъ мягче ея ткань и чѣмъ менѣе она подвижна, поэтому заключеніе о величинѣ и формѣ органа не допустимо; это обстоятельство затрудняетъ также ощупываніе, полости матки, поэтому для подобной пѣли надо захватить шейку щипцами возможно выше.

Въ противоположность искусственному пролапсу примѣняется также приподыманіе матки (введеніемъ тампона или кольпейринтера, *Ullmann*);

при этомъ влагалище растягивается, матка приподымается, отдѣляется отъ прочихъ тазовыхъ органовъ, связки удобнѣе ощупываются.

9. Добываніе матеріала для изслѣдованія.

Благодаря капитальнымъ работамъ *C. Ruge* и *Veit'a*, прежде изрѣдка производившееся микроскопическое изслѣдованіе тканей приобрѣло право гражданства и поставило нашу діагностику на правильную анатомическую почву. Какъ для этой цѣли, такъ и для изслѣдованія секретовъ примѣняются выскабливаніе, высасываніе, вытираніе матки, эксцизія иодозрительныхъ тканевыхъ частицъ и пробный тампонъ. въ случаѣ если обычные методы изслѣдованія не дали положительныхъ результатовъ,

Выскабливаніе матки, техника котораго совпадаетъ съ техникой терапевтическаго выскабливанія, доставляетъ намъ частицы слизистой оболочки или опухоли, которыя изслѣдуются въ свѣжемъ видѣ или подвергаются затверженію. Уже макроскопическій видъ, отношеніе ткани къ кюреткѣ даетъ намъ право дѣлать извѣстныя заключенія: напримѣръ, воспалительно измѣненная слизистая просвѣчиваетъ и часто имѣетъ студенистый видъ, между тѣмъ какъ ракъ, въ которой ложка легко проникаетъ, даетъ обыкновенно болѣе крупныя и твердыя, крошковатыя массы. Не надо, однако, забывать, что новообразованіе, можетъ быть, занимаетъ лишь немного мѣста и потому легко можетъ ускользнуть отъ кюретки; поэтому можно считать маточную полость вполне обследованной въ этомъ направленіи лишь тогда, если удастся ощупать ее пальцемъ или всю выскабить. Плотныя сидящія образованія удаляются *Schultze*'вскими ложкообразными щипцами (*Löffelzange*), стебельчатая — корнцангомъ.



Рис. 25.
Пауевыя щипцы.

При *изслѣченіи кусковъ ткани*, которое производится по общимъ правиламъ хирургіи, — болѣею частью изъ влагалищной части изъ-за подозрѣнія на начинающееся злокачественное заболѣваніе, — надо стараться добыть по возможности значительный кусокъ вмѣстѣ съ его почвой; несоблюденіе этого

правила часто вело къ ложнымъ толкованіямъ микроскопической картины и къ дискредитированію всего метода. Послѣ эксцизіи, которая дѣлается ножомъ или ножницами, рану закрываютъ швомъ.

Чтобы добыть отдѣляемое изъ маточной полости, присасываютъ оное *Braun*'овскимъ шприцемъ или вытираютъ ватной кисточкой, можно при этомъ пользоваться короткой, открытой трубкой или воронкой; тоже и выношеніе полости полосками марли даетъ часто хорошій матеріалъ. Подобнымъ же образомъ примѣняется предложенный *Schultze*

пробный тампонъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опорожняется мало секрета: промывъ и вытеревъ влагалище, кладутъ ватный шарикъ, пропитанный 30% тапнинъ-глицериномъ, на наружный зѣвъ и фиксируютъ его тамъ послѣдующими тампонами. Спустя сутки тампонъ вынимаютъ въ ложкообразномъ зеркалѣ—на ватномъ шарикѣ соответственно наружному зѣву имѣется комочекъ секрета, изслѣдование котораго и можетъ намъ разъяснить діагнозъ (смотри эндометритъ).

Пробный тампонъ долженъ примѣняться главнымъ образомъ тамъ, гдѣ при осмотрѣ не констатируется отдѣленіе, а желательнo убѣдиться, нѣтъ-ли эндометрита.

Прочіе діагностическіе приемы, какъ пробный проколъ, предпринимаемый также во время операціи, пробный разрѣзъ (*Bardenheuer* предложилъ также эксплоративный внѣбрюшинный разрѣзъ), подчиняются общимъ хирургическимъ принципамъ.

ГЛАВА III.

Общія замѣтки о леченіи.

1. Введение.

Два основныхъ принципа должны руководить нашими лечебными дѣйствіями: наша первая и наиболѣе важная для блага человечества задача—*предупрежденіе болѣзней*; но разъ таковыя возникли, наши стремленія должны быть направлены на то, чтобы при восстановленіи нормальныхъ отношеній на первомъ планѣ *не причинять вреда*.

Насколько вѣрно, что эти принципы должны быть руководящими во всей медицинѣ, настолько вѣрно и то, что нѣтъ чисто гинекологической терапіи, и если гинекологъ утратилъ связь со всей медициной, то онъ безпринципный специалистъ новѣйшаго времени, въ лучшемъ случаѣ хорошій рутинеръ, но отнюдь не врачъ. Но такъ какъ распознаваніе, а еще болѣе леченіе женскихъ болѣзней требуетъ, чтобы врачъ обладалъ извѣстными свойствами и въ особенности владѣлъ извѣстными техницизмами, усвоеніе которыхъ соответственно особенностямъ женскаго организма трудно, то необходимо и специальное изложеніе этого предмета. При этомъ мы съ особенной выразительностью подчеркиваемъ, что эти свѣдѣнія необходимо приобрѣсть и такъ наз. «вольнопрактикующему» врачу. Большинство даровитыхъ молодыхъ врачей обращаются къ изученію специальностей, они находятъ положеніе «домашняго врача» унизительнымъ, и не совсѣмъ несправедливо—вѣдь въ настоящее при всякомъ насморкѣ посылаютъ тотчасъ за специалистомъ. Это должно измѣниться и измѣнится, ибо публика начнетъ сознавать, что первая задача домашняго врача предотвращать болѣзни, поэтому онъ долженъ и изъ специальныхъ отраслей медицины понимать столько, чтобы владѣть профилактикой и не быть вынужденнымъ всегда прибѣгать тотчасъ къ специалистамъ. Никто не станетъ требовать отъ домашняго врача искуснаго выполненія трудныхъ операцій, но такъ наз. «малую гинекологию» долженъ понимать даже городскій врачъ, который и безъ того лучше поставленъ, нежели сельскій врачъ, который все долженъ умѣть. Чрезмѣрное специализированіе при недостаточномъ часто общемъ медицинскомъ образованіи, можетъ быть, кое-въ-чемъ подвинуло ту или другую отрасль, но выиграли-ли отъ этого—мы не говоримъ объ операціяхъ—больныя, это—вопросъ.

Нужно-ли болѣе вѣское доказательство въ пользу важности профилактики, какъ исторія акушерства послѣднихъ десятилѣтій и не должна ли она сдѣлаться общимъ достояніемъ врача! Развѣ не утѣшительный и знаменательный фактъ, что нѣкоторые гинекологи, которые въ оперативномъ отношеніи создали эпоху, какъ *Spencer Wells*, *Hegar*, *Sänger* и др., нынѣ обратили свое вниманіе на профилактику болѣзней.

Это не легкая задача опредѣлить, какія страданія должны быть подвергнуты мѣстному леченію и когда. Только продолжительное и непристрастное наблюденіе даетъ намъ возможность правдиво судить о нашихъ успѣхахъ, безъ тщеславія, которое заставляетъ насъ часто преувеличивать достигнутое нами. Нельзя, къ сожалѣнію, отрицать, что и въ гинекологіи часто лечатъ для «блага» врача, а не больной. Едва-ли какая другая спеціальность въ такой степени открываетъ двери врачебному шарлатанству и обману; никто не можетъ ни видѣть, ни знать, что дѣлаетъ женскій врачъ, контроль другого врача тутъ тѣмъ менѣе вѣроятенъ, что женщины, пока питаютъ довѣріе къ своему врачу, не легко дадутъ себя изслѣдовать другому. Такимъ образомъ, къ сожалѣнію, леченіе продолжается часто все дольше и дольше, безъ сомнѣнія, не къ пользѣ больной.

Не будемъ скрывать отъ себя, что мы часто не въ состояніи создать вполне нормальныя отношенія, что даже наши такъ наз. полныя успѣхи болѣею частью еще не означаютъ возстановленія физиологическаго состоянія.

Не будемъ далѣе скрывать отъ себя, что гинекологическое леченіе, долженствующее принести пользу, очень часто приноситъ вредъ. Недаромъ *Lucas Championnière* неоднократно напоминаетъ, что мало обращаютъ вниманіе на нервныя состоянія послѣ гинекологическихъ операцій, *Werth* и *Thomus* отмѣчаютъ по 6 случаевъ меланхолии послѣ операцій, а *Baldy* указываетъ, что восьмая часть населяющихъ дома умалишенныхъ въ Пенсильваніи были лапаротомированы; недаромъ стараются при операціяхъ сохранить части половой системы, напр. яичниковъ (*Schröder*, *Martin* и др.), хотя отнюдь еще не доказано, что потеря яичниковъ тяжеле переносится, нежели утрата матки (*Graily Hewitt*). А сколь многіе еще и теперь очень легко относятся къ показаніямъ этихъ операцій, которыя столь тяжело отзываются на половой, а съ этимъ и на психической жизни женщинъ. Почему у представительницъ женскаго пола меньше обращать вниманія на это, чѣмъ у мужчинъ? Многіе-ли изъ тѣхъ операторовъ, которые съ легкимъ сердцемъ ставятъ показанія къ этимъ изувѣчивающимъ операціямъ, рѣшатся удалить яички изъ-за тяжелаго воспалительнаго заболѣванія?

Часто еще болѣе, нежели операціи, при которыхъ рѣчь идетъ болѣею частью объ однократномъ вмѣшателствѣ, вредитъ обычное мѣстное леченіе. прижатіе, смазываніе и т. п.; нерѣдко даже повторное изслѣдованіе можетъ вызвать различныя нервныя расстройтва, которыя могутъ усилиться до психоза. Въ общемъ этого можно скорѣе всего ожидать у нервныхъ женщинъ, однако иногда и спокойныя и въ общемъ здоровыя женщины впадаютъ въ такое состояніе возбужденія, которое требуетъ немедленнаго перерыва леченія; приходится тотчасъ назначить бромистый калий, тепловатыя и прохладныя ванны и другіе водолечебныя приемы, которые, однако, именно при этихъ условіяхъ должны быть выбираемы съ осторожностью, далѣе перемѣну мѣста и климата, правильный выборъ внѣшнихъ условій и проч.; напротивъ, мы предостерегаемъ отъ употребленія наркотическихъ средствъ безъ строгаго показанія.

Но и используемые органы реагируют весьма различно; они иногда выпадают въ состояніе раздраженія, мѣшающее излеченію. Какъ часто мы видимъ, напримѣръ, что эрозии или воспалительныя заболѣванія придатковъ не улучшаются, несмотря или *по причинѣ* все продолжаемаго леченія, причемъ *перерывъ въ послѣднемъ быстро ведетъ къ излеченію*. Поэтому мы приняли за правило: пользованіе тѣхъ больныхъ, которыя до прихода къ намъ уже долго подвергались мѣстной терапіи, начинать съ прекращенія всякаго леченія, и часто этого одного было достаточно, чтобы больная выздоровѣла.

Эти соображенія должны заставить насъ въ каждомъ случаѣ добросовѣстно обсуждать показаніе къ леченію, resp. къ операци. Больныя желаютъ отъ насъ, чтобы мы ихъ освободили отъ ихъ страданій, и наша обязанность повиноваться этому желанію. Но при этомъ мы должны всякій разъ предлагать себѣ вопросъ, въ состояніи-ли мы дѣйствительно это сдѣлать, и довольно часто добросовѣстный врачъ долженъ будетъ сказать больной, чтобы она лучше переносила страданіе, такъ какъ леченіе тщетно или рискованно. Сколь многимъ хроническимъ больнымъ можно оказать гораздо больше пользы тѣмъ, если ихъ не мучить мѣстнымъ леченіемъ, а моральнымъ воздѣйствіемъ привести въ такое состояніе, чтобы онѣ могли спокойно отдаться въ распоряженіе всеисцѣляющаго времени.

Было бы, однако, *совершенно ошибочно лечить только при наличности симптомовъ*, и при отсутствіи таковыхъ болѣзнь должна быть подвергнута леченію, если мы убѣждены, что изъ этого можетъ возникнуть болѣе тяжелое страданіе или опасность; сюда относятся многія смѣщенія, воспаления, опухоли и, разумѣется, все злокачественное. Но бываютъ опять-таки аномаліи, какъ, напр., нѣкоторыя неосложненныя смѣщенія назадъ, которыя абсолютно никакихъ страданій или разстройствъ не причиняютъ; здѣсь мы предпочитаемъ оставить женщину въ покоѣ.

При обсужденіи вопроса, оперировать или нѣтъ, надо взвѣснить серьезность страданія, вѣроятность или вѣрность излеченія и опасности операци. При тяжеломъ страданіи оправдывается и тяжелая операци; при неопасной болѣзни, если отъ нея не страдаетъ тяжело работоспособность и возможность пользоваться жизнью, не допустима опасная операци. Понятно, что тутъ играетъ выдающуюся роль социальное положеніе больной.

Во многихъ случаяхъ мы не въ состояніи съ самаго начала сказать, обусловлены-ли извѣстные симптомы мѣстнымъ страданіемъ или нѣтъ; въ виду ненадежности прогноза, тутъ пробнымъ камнемъ часто должна явиться терапія. Но и въ такихъ случаяхъ врачъ долженъ быть правдивъ по отношенію къ больной и никогда не обѣщать больше того, что онъ можетъ сдержать. Вынудить согласіе на леченіе или операци обѣщаніемъ вѣрнаго успѣха безсовѣстно и большею частью также не расчетливо, ибо въ случаѣ неудачи либо возникаютъ сомнѣнія въ искусствѣ врача, либо, что еще хуже, женщина считаетъ себя тяжко больной и теряетъ надежду на поправленіе.

Въ общемъ правильно будетъ сообщить больной предварительно планъ леченія и подготовить къ тѣмъ случайностямъ, которыя могутъ возникнуть во время леченія. Необходимо также посвятить больную въ то, какія измѣненія въ организмѣ вызоветъ операци, особенно если удаляютъ цѣликомъ или отчасти яичники, трубы, матку.

Съ этимъ также связанъ вопросъ о томъ, надо-ли всегда сооб-

щать больной настоящее название болѣзни, или нѣтъ. Если въ общемъ надо отвѣтить на этотъ вопросъ утвердительно, то все-таки нужно сдѣлать исключеніе для болѣзней, которыя извѣстны какъ неизлечимыя, гдѣ было бы негуманно говорить больнымъ правду. Хотя взгляды публики на радикальную операцію рака матки измѣнились, все-таки остается еще много случаевъ, гдѣ добиваться согласія на операцію только путемъ сообщенія настоящаго имени болѣзни было бы варварствомъ, доказывающимъ, что врачъ либо безчувственный чело-вѣкъ, либо, по меньшей мѣрѣ, не пользуется безусловнымъ довѣріемъ больной.

Напротивъ, крупной ошибкой будетъ не сообщить правды какой-нибудь довѣренной особѣ изъ окружающихъ; кромѣ того, мы не предпринимаемъ даже самой мелкой операціи безъ вѣдома и согласія мужа.

Подготовленіе больной къ операціи или мѣстному лечению часто одно уже обезпечиваетъ успѣхъ; забота о подходящихъ и благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ, о спокойствіи духа, устраненіе домашнихъ заботъ, урегулированіе отравленій, опрятность, дезинфекція чрезвычайно важны, и нерѣдко неудача зависитъ только отъ недостаточной подготовки, такъ, напр., пластика не удастся, если не устранены раніше запоры, и т. п.

Для леченія и операціи время между двумя менструаціями большею частью самое подходящее; правда, всѣ операціи можно производить и во время мѣсячныхъ, иныя даже предпочтительно въ виду большаго кровонаполненія и большей жизнениости тканей; но, съ другой стороны, этотъ же притокъ крови служитъ источникомъ кровотеченій, въ это время существуетъ большая раздражительность, склонность къ инфекціи, да и для больныхъ мучительно тогда всякія манипуляціи.

Прежде считали періодъ беременности безусловнымъ противопоказаніемъ; между тѣмъ число предпринятыхъ во время беременности чревосѣченій безъ перерыва ея настолько умножилось, что это противопоказаніе не можетъ удержаться, по крайней мѣрѣ для лапаротоміи; напротивъ, операціи на маточной шейкѣ и наружныхъ половыхъ органахъ чаще ведутъ къ преждевременнымъ родамъ, каковое осложненіе можетъ нарушить заживленіе раны, совершенно уничтожить успѣхъ операціи, не говоря уже о томъ, что оно создаетъ болѣе благопріятныя условія для зараженія.

Тоже и во время родильнаго періода и кормленія избѣгаютъ большею частью производства операцій, которыя терпятъ отлагательство: половые органы мягки, вялы, легко возникаютъ поврежденія (прободеніе зондомъ или ложкой, вырываніе пулевыхъ щипцовъ), швы легко прорѣзываютъ; однако, пуэрперальный періодъ не служитъ абсолютнымъ противопоказаніемъ ни для одной операціи.

Если раньше было почти исключительно въ ходу «внутреннее» леченіе женскихъ болѣзней, то, благодаря прогрессу нашей специальности, мы теперь въ состояніи пользоваться эти заболѣванія мѣстно, и для безпристрастнаго наблюдателя ясно, что это и есть настоящій путь для успѣшнаго леченія.

Мы нуждаемся, однако, въ цѣломъ рядѣ вспомогательныхъ средствъ. Помимо тѣхъ лекарствъ, которымъ свойственно извѣстное дѣйствіе на половые органы, каковы эрготинъ, *hydrastis canadensis*, *gossypium herbaceum*, *piscidia*, *viburnum*, салипиринъ, хининъ и т. д., помимо

едва-ли употребляемыхъ болѣе мѣсячногонныхъ (emmenagoga), sabina, ruta, thuja, шпанскихъ мушекъ и проч., въ нашемъ распоряженіи находятся лечебные приемы, которые могуче вліяютъ на общее состояніе питанія. Большею частью мы имѣемъ, вѣдь, дѣло съ малокровными, истощенными, часто «истеричными» особами.

Для послѣднихъ «*traitement moral*» имѣетъ наибольшее значеніе. По весьма понятнымъ причинамъ гипнозъ и внушеніе легче всего удаются именно женскому врачу, больная женщина прежде всего нуждается въ твердой моральной опорѣ со стороны своего врача, и послѣдній часто приобретаетъ неограниченную власть надъ своими больными; надо остерегаться отъ злоупотребленія ею или даже возбудить подозрѣніе, что злоупотребляешь ею. На этомъ основаніи мы советуемъ держаться подалеже отъ этихъ вещей, хотя мы уже почти 30 лѣтъ тому назадъ дѣлали удачные опыты съ гипнозомъ.

Превосходные средства для поправленія исхудалыхъ субъектовъ суть различные *отѣматическіе* методы леченія, нашедшіе себѣ высшее выраженіе въ *Weyr-Mitchell*'евской методѣ (см. *Burkhardt*), общій массажъ, гимнастика, водолеченіе, рѣчныя или морскія купанья, пребываніе на морскомъ побережьи; въ горахъ. Хотя здѣсь имѣютъ силу общія руководящія правила, но мы не можемъ не упомянуть объ одномъ упущеніи, которое, по нашимъ наблюденіямъ, часто ведетъ къ неудачѣ, а именно: не слѣдуетъ отнимать тепло у малокровныхъ; гидротерапія располагаетъ регулируемыми процедурами, которыя при употребленіи холодныхъ купаній отпадаютъ, а потому послѣднія, особенно при слишкомъ большой продолжительности и слишкомъ низкихъ температурахъ, часто наносятъ тяжелый ущербъ.

Изстари пользуются заслуженной репутаціей различныя курорты, и знаніе ихъ для гинеколога необходимо. Хотя научное объясненіе дѣйствія различныхъ ваннъ и ихъ цѣлебныхъ факторовъ, несмотря на изслѣдованія *Liebermeister*'а, *Winternitz*'а, *Jürgensen*'а, *Reinl*'а, *Hamburger*'а, *Keller*'а и мн. др., еще полно недочетовъ, тѣмъ не менѣе не можетъ подлежать сомнѣнію, что онѣ представляютъ для насъ въ высшей степени важное лечебное средство.

Оставляя въ сторонѣ измѣненія, касающіяся обмѣна веществъ и теплопроизводства, мы усматриваемъ главное значеніе ихъ въ эмпирически установленномъ усиленіи всасывательной способности, вслѣдствіе возбужденія циркуляціи въ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ, къ этому присоединяется еще вліяніе раздраженія кожныхъ нервовъ и механическое дѣйствіе среды (грязевыя ванны). Этимъ достаточно объясняется различное дѣйствіе ваннъ соответственно различному содержанію газообразныхъ и твердыхъ составныхъ частей въ нихъ.

Воспріятіе содержащихся въ ваннахъ веществъ черезъ неповрежденную кожу допустимо лишь настолько, насколько съ ними приходится въ прикосновеніе способная къ всасыванію слизистая оболочка; что подобное всасываніе происходитъ, достаточно доказано, но нельзя приписывать этому моменту существенное значеніе.

Если оставимъ въ сторонѣ внутреннее употребленіе минеральныхъ водъ, которому нельзя отказать въ эффектѣ, то рѣчь идетъ главнымъ образомъ о теплыхъ ваннахъ, назначаемыхъ для пѣлей всасыванія и ускоренія обмѣна веществъ. Здѣсь, на первомъ планѣ, имѣются въ виду хроническія воспаленія и ихъ послѣдствія; на новообразования, даже воспалительнаго характера, если они недостаточно васкуляризо-

ваны, ванны не имѣютъ никакого вліянія или даже оказываютъ вредное дѣйствіе. Дальнѣйшими прививопоказаніями служатъ лихорадочныя состоянія, пороки сердца, буторчатка, беременность, для нѣкоторыхъ, особенно возбуждающихъ, углекислыхъ ваннъ — климактерій; но и здѣсь трудно установить предѣлы, до котораго можно доходить при различныхъ заболѣваніяхъ.

Никакія ванны не должны употребляться безъ руководства врача. Однако, большая часть врачей избрали наилучшій путь для дискредитированія цѣлебныхъ ваннъ: полипрагмазія, распространяющаяся въ настоящее время въ курортахъ, въ формѣ спринцованій, употребленія ваннаго зеркала, прижиганій, массажа, электричества и т. д., часто вредитъ, и первымъ правиломъ должно быть, чтобы курортный врачъ поступалъ по указанію пользующаго врача, который одинъ въ состояніи судить, нужно-ли вообще мѣстное леченіе, или нѣтъ. Еще болѣе велико значеніе врача при водолечебныхъ заведеніяхъ; холоднѣе-ли вода на 1—2 градуса или нѣтъ, содержитъ-ли она болѣе или менѣ твердыхъ и газообразныхъ составныхъ частей, все это безразлично, лечебница опѣивается лишь умѣніемъ завѣдующаго ею врача. И здѣсь шаблонъ—ядъ, индивидуализированіе—первая заповѣдь.

Впрочемъ, полезное дѣйствіе курорта надо въ значительной степени отнести не на счетъ цѣлебныхъ источниковъ, а насчетъ другихъ моментовъ, которые врачъ обязанъ знать и которые главнымъ образомъ обуславливаютъ вліяніе лечебнаго мѣста.

Многіе курорты обладаютъ одними и тѣми же цѣлебными факторами и тѣмъ не менѣ ихъ дѣйствіе въ высшей степени различно. Въ одномъ курортѣ господствуетъ веселая жизнь, красивыя окрестности манятъ на прогулки, поѣздки, отчасти и потому, что туда притекаютъ сравнительно много здоровыхъ; въ другомъ курортѣ, съ тѣми же лечебными средствами, всего этого нѣтъ, тамъ живутъ спокойно, можетъ быть даже скучно, окрестность не настолько красива, чтобы привлекать здоровыхъ. Если пошлемъ слабую малокровную больную или женщину, которая послѣ утомительнаго зимняго сезона нуждается въ отдыхѣ, въ послѣднее мѣсто, то оно окажется подходящимъ, между тѣмъ какъ та же больная въ первомъ курортѣ не сдумѣетъ или не захочетъ отказаться отъ свѣтской жизни и не вынесетъ никакой или лишь недостаточную пользу отъ леченія.

Эти условія различныхъ курортовъ важно знать; но чтобы сдѣлать правильный выборъ, необходимо также знать климатическое положеніе, устройство ваннъ, способъ ихъ отопленія, содержаніе плотныхъ и газообразныхъ составныхъ частей, каковъ столъ, характеръ общества и т. д.

Въ общемъ при наличной еще чувствительности, склонности къ воспалительнымъ возвратамъ, у нервно-возбужденныхъ особъ на первомъ планѣ умѣстны *индифферентныя термы* не слишкомъ высокой температуры, между тѣмъ какъ при болѣе застарѣлыхъ процессахъ слѣдуетъ предпочитать *разсолныя* и *грязевыя* ванны; но и тутъ приходится строго индивидуализировать, смотря по температурѣ, продолжительности ванны—часто грѣшать слишкомъ малой продолжительностью,—по содержанію газообразныхъ составныхъ частей; такъ, напр., богатыя углекислотой ванны возбуждаютъ малокровныхъ, раздражительныхъ женщинъ, между тѣмъ какъ для торпидныхъ натуръ онѣ отлично подходятъ.

Отъ индифферентныхъ термъ мало чѣмъ отличаются *стѣнные* ис-

точники, для которыхъ существуютъ еще и другія показанія. Къ первымъ относятся: Badenweiler, Schlangenbad, Wildbad, Pfäfers, Ragaz, Monsummano, Daruvar, Gastein, Krapina-Tüplitz, Teplitz-Schönau, Neuhaus, Römerbad, Tüffer, Topuszko, Villach, Johannisbad, Tobelbad, Vöslau; къ послѣднимъ: Aachen, Baden, Barèges, Landeck, Schinznach, Harkany, Herkulesbad, Budapest, Iidze, Pystian и др.

Спеціально всасывающее дѣйствіе приписывается *разсолнымъ и іодисто-разсолнымъ ваннамъ*, куда причисляются и воды поваренной соли: Baden-Baden, Wiesbaden, Berchtesgaden, Bex, Dürkheim, Ems, Homburg, Tuman, Kissingen, Kösen, Nauheim, Oeynhausien, Reichenhall, Rheinfeldен, Salzungен, Soden, Aussee, Ischl, Gmunden, Ebensee, Hall въ Тиролѣ, далѣе іодистыя воды и разсолы: Heilbronn, Castrocaro, Goczalkowitz, Kreuznach, Königsdorff-Jastrzemb. Krankenheil, Suederde, Münster на Штейнѣ, Hall въ Верхней Австріи, Luhatschowitz, Darkau, Lippik и др.

Выдающееся значеніе для гинеколога имѣютъ *железистыя и въ особенности железисто-грязевыя ванны*, дѣйствіе которыхъ установлено, но недостаточно объяснено; большею частью онѣ примѣняются одновременно съ внутреннимъ употребленіемъ минеральныхъ водъ. Сюда относятся: Pyrmont, Schwalbach, Elster, Alexandersbad, Antogast, Brückenaу, Cudowa, Driburg, Liebenstein, Reinerz, Rippoldsau, St.-Moritz, Steben, Spaa, Franzensbad, Marienbad, Königswart, Neudorf, Karlsbrunn, Korytnica, Krynica, Bartfeld, Szliacs (горячій железистый источникъ), Parad (квасцы и желѣзо), Buzias, Tatzmansdorf, Dornawatра, Előpatak, Szavница, Levico, Roncegno (оба содержатъ мышьякъ) и др.

Въ послѣднее время часто примѣняются, какъ замѣна натуральныхъ источниковъ, искусственныя железистыя и іодистыя разсолныя ванны; на первомъ планѣ стоятъ железистыя ванны, приготовляемыя прибавленіемъ грязевой соли, грязевого разсола, а также смѣси желѣзнаго купороса и соды (около $\frac{1}{2}$ килограмм. того и другого на ванну). Нельзя отказать имъ въ извѣстномъ дѣйстви, но онѣ, разумѣется, по указаннымъ выше причинамъ, далеко уступаютъ леченію въ курортахъ; можно даже утверждать, что часто этимъ вредятъ, когда налагаютъ на женщинъ, занятыхъ утомительнымъ веденіемъ хозяйства, еще употребленіе ваннъ, причѣмъ онѣ не могутъ пользоваться необходимымъ послѣ этого покоемъ.

2. Уходъ за раной.

Если руководящей мыслью всѣхъ нашихъ врачебныхъ стремленій должно быть предупрежденіе болѣзни, то по отношенію къ операціямъ это стремленіе нашло себѣ выраженіе въ *переходѣ антисептики въ асептику*. Хотя наши воззрѣнія будутъ, несомнѣнно, мѣняться соотвѣтственно прогрессу бактериологіи и химіи, но уже теперь можно сказать, что изъ того многого, что уже сдѣлано, наиболѣе оправдало себя на дѣлѣ то, что носить профилактической характеръ.

Наблюденія и опыты показали намъ, что извѣстные органы тѣла, на первомъ планѣ брюшина и кровь, въ состояніи сдѣлать безвредными и даже уничтожить всѣзсущія зародыши болѣзней. Раньше чѣмъ мы это узнали, наше вниманіе было направлено на то, чтобы либо разрушить проникающіе зародыши или задержать ихъ развитіе во время операціи посредствомъ воздѣйствія небезразличныхъ веществъ, либо сдѣлать раневыя поверхности неспособными всасывать—то было

время антисептики. Въ настоящее время мы стараемся получить свободное отъ зародышей состояніе, сохранить таковое тамъ, гдѣ оно существуетъ, мы довѣряемъ вышеозначеннымъ предохранительнымъ органамъ и потому не парализуемъ ихъ дѣятельности примѣненіемъ химически небезразличныхъ веществъ, мы остерегаемся всячески, чтобы не нарушать жизненности (витальность) тканей механическими или химическими инсультами, при коихъ играетъ роль и токсическое дѣйствіе—такова задача асептики.

Неожиданные результаты вознаградили эти стремленія не только по отношенію къ заживленію ранъ; самочувствіе оперированныхъ показываетъ, что мы на вѣрномъ пути, оно совершенно иное, чѣмъ было во время антисептического метода, и это мы видимъ въ особенности на неразстроенной дѣятельности сердца и несравненно болѣе рѣдкомъ появленіи шока, который—пусть онъ часто бывалъ выраженіемъ молніеноснаго сепсиса—справедливо причислялся къ самымъ страшнымъ случайностямъ послѣ продолжительныхъ операцій и въ настоящее время почти не наблюдается болѣе.

Правда, подобное асептическое пользование ранъ пока невозможно безъ антисептики. Мы лишь тогда можемъ ожидать успѣха отъ перваго метода, если, предполагая свободное отъ зародышей состояніе ткани, не будемъ вносить въ рану заразы руками, инструментами или перевязочнымъ матеріаломъ; чтобы достигнуть этого, мы не можемъ обойтись безъ дезинфекціи (которая тождественна со стерилизаціей) примѣняемыхъ предметовъ и тѣхъ частей ткани, которыя не свободны отъ зародышей; то же самое мы не въ состояніи въ настоящее время оперировать асептически въ тѣхъ мѣстахъ, которыя нельзя надежно обезпложивать.

Понятно, что при крупныхъ операціяхъ, каковы лапаротоміи, асептическія правила должны быть соблюдаемы самымъ щепетильнымъ образомъ, но отнюдь нельзя извинить, если при мелкихъ операціяхъ, напр. пластикѣ, будутъ болѣе легко относиться къ этимъ правиламъ; если въ первомъ случаѣ за небрежность расплачиваются часто смертью отъ сепсиса, то эта случайность возможна и при малыхъ операціяхъ—намъ извѣстны два смертныхъ случая послѣ однократнаго изслѣдованія дѣвственницъ необеззараженнымъ пальцемъ,—чрезвычайно часто присоединяются воспаленія, въ особенности тазовой клѣтчатки и по меньшей мѣрѣ не наступаетъ первичное натяженіе, и пропадаетъ результатъ пластики.

Мы видѣли, что *главная задача современнаго леченія ранъ* состоитъ въ томъ, чтобы только обезпложенные предметы приходили въ прикосновеніе съ свободной отъ зародышей раной, и чтобы защитительные органы тѣла возможно меньше страдали, для каковой цѣли не только избѣгаютъ воздѣйствія небезразличныхъ средствъ, но и принимаютъ во вниманіе дѣятельность сердца, почекъ питаніе тканей. Но не менѣе важно, чтобы нарушенныя въ своей цѣлости ткани были аккуратно соединены, дабы не образовались пространства, въ которыхъ могъ бы накопиться секретъ, хотя эту опасность часто преувеличиваютъ. Подобныя пространства должны быть выполнены, отдѣленіе раны отведено (*дренажъ*), и рана защищена отъ послѣдующаго раздраженія и зараженія (*повязка*).

Хотя нельзя вполне отрицать такъ назыв. *воздушную инфекцію*, но не подлежитъ никакому сомнѣнію, что она почти не имѣетъ значенія въ сравненіи съ *контактной инфекціей*. Руки, перевязочный

матеріаль, инструменты, кожа больной должны a priori считаться «септическими»; вездѣ караулять насъ эти зародыши, но къ злѣйшимъ принадлежатъ тѣ, которые развиваются на насъ самихъ при нагноеніи: фурункулы, панариціи, аспе, малѣйшее гноящееся пораненіе собственной руки являются самыми опасными источниками инфекции.

Всякую операцію можно, конечно, выполнить и въ частномъ помѣщеніи, нарочно подготовленномъ для этого, время, трудъ и деньги могутъ создать самыя благоприятныя условія, однако лучше и удобнѣе производить операціи въ специально для этого предназначаемыхъ операціонныхъ; таковыхъ надо имѣть по меньшей мѣрѣ двѣ, въ одной изъ нихъ не должны производиться никакія септическія операціи. Еще лучше имѣть особую комнату для чревосѣченій; кромѣ того нужна смежная комната передняя для усыпленія и подготовленія больной, отдѣльная комната для стерилизаціи и комната для подготовки оператора.



Рис. 26.

Операціонный столъ изъ стекла и желѣза.

Операціонная должна имѣть хорошую вентиляцію, должна быть расположена лучше всего къ сѣверу, имѣть боковой и верхній свѣтъ и приборы для искусственнаго освѣщенія (электрическіе или лампы Сименса). Полъ, изъ асфальта или плитный, долженъ имѣть наклонъ къ серединѣ или къ одному изъ угловъ комнаты, такъ чтобы вся промывная жидкость быстро стекала; стѣны должны быть покрыты толстымъ слоемъ свѣтлой масляной краски, чтобы допускать энергичное обмываніе. Двери и окна не должны имѣть выдающихся угловъ, полъ и стѣны не должно сходиться подъ острымъ угломъ, а переходъ долженъ быть округленъ, нигдѣ не должно быть выступовъ и щелей, гдѣ могла бы накапливаться пыль и грязь.

Въ этомъ помѣщеніи должно находиться возможно меньше предме-

товъ: операціонный столъ, нѣсколько маленькихъ столиковъ для инструментовъ и перевязочнаго матеріала, затѣмъ аппараты для орошенія (сулема, лизоль, карболовая кислота и проч., стерилизованная вода, 0,6% растворъ поваренной соли), умывальныя чашки съ сулемой, спиртомъ и обезпложенной водой (или соевымъ растворомъ), въ которыхъ споласкивають руки во время операціи.

Всѣ эти предметы должны быть изъ стекла или фарфора и желѣза (последнее выкрашено масляной краской).

Необходимы, по крайней мѣрѣ, два операціонныхъ стола, такъ какъ столъ, предназначенный для чревосѣченій, не долженъ употребляться ни для чего другого. Отъ оператора зависитъ имѣть-ли одинъ столъ, который годится для всякаго положенія больной (положеніе съ приподнятымъ тазомъ, *Trendelenburg*'овскій столъ) или примѣнять для



Рис. 27.
Умывальникъ.

всякаго положенія особый столъ; удобно, конечно, быть въ состояніи во время операціи подымать и опускать доску стола, которая передвигается на шарнирѣ; но можно обойтись и ровнымъ столомъ, пользуясь козлами *Fritsch*'а.

Въ комнатахъ, прилегающихъ къ операціонной, находятся ящики съ инструментами и перевязочнымъ матеріаломъ, далѣе стерилизаціонныя и умывальныя приборы.

Умывальники устроены такимъ образомъ, чтобы не приходилось прикасаться къ кранамъ руками; для этого краны снабжены длинными рычагами, или же холодную и горячую воду впускаютъ и выпускаютъ номощью педали. На умывальномъ столѣ щетки лежатъ по-

стоянно въ сулемѣ, тутъ же стоять умывальныя чашки со спиртомъ, сулемой и обезпложенной водой или солевымъ растворомъ.

Щетки, разумѣется, должны примѣняться только для одной цѣли (по крайней мѣрѣ, отдѣльныя щетки для лапаротомій) и послѣ каждаго употребленія должны быть сьизнова обезпложиваемы кипяченіемъ, и даже повторно, если онѣ были въ ходу при нечистыхъ операціяхъ.

Инструменты не слѣдуетъ сохранять въ стерилизаціонной комнатѣ, такъ какъ развивающіеся тамъ постоянно водяные пары портятъ металлъ.

Изъ стерилизаціонныхъ аппаратовъ нуженъ одинъ, дѣйствующій горячимъ воздухомъ, а еще лучше паровой стерилизаторъ (*Rohrbeck*, *Lautenschläger*, *Baumann*, *Thursfield* и т. д.), далѣе приборъ для кипяченія (*Schimmelbusch*) и нѣсколько котловъ, снабженныхъ холодильникомъ (*Fritsch*) для обезпложенія воды.

Полотенца, которыми покрывается операціонный столъ и больная, операціонные халаты, весь перевязочный матеріалъ обезпложиваются въ этихъ аппаратахъ, помѣщаясь въ снабженные отверстиями жестянки (лучше всего никкелированные).

Не подлежитъ сомнѣнію, что можно достигнуть полной стерильности, если всѣ предметы кипятить предъ употребленіемъ въ водѣ или содовомъ растворѣ въ теченіе 10—15 минутъ; это самое вѣрное, если стерилизаціонные аппараты не вполне надежны, и надо ожидать, что это существеннымъ образомъ упроститъ обеззараживаніе.

Пусканіе струи (*spray*) мы уже давно совершенно оставили; полъ и стѣны операціонной орошаются, находящіяся въ ней предметы обмываются сулемой,—если въ операціонной или прилегающей комнатѣ производится обезпложиваніе влажнымъ путемъ, то уже это одно даетъ достаточно влаги для стѣнъ.

Самыми частыми носителями заразныхъ веществъ остаются руки операторовъ и его ассистентовъ; съ каждымъ лишнимъ ассистентомъ опасность растетъ, поэтому мы стараемся обходиться возможно меньшимъ числомъ помощниковъ.

Всѣ правила, которымъ операторъ долженъ слѣдовать при обеззараживаніи, имѣютъ силу, разумѣется, для всякаго, принимающаго прямое участіе въ операціи.

Операторъ и ассистенты надѣваются стерилизованные полотняные халаты, доходящіе до лодыжекъ; рукава засучиваются повыше локтя. Сперва моютъ кисти и предплечія помощью щетки и калийнаго мыла въ возможно теплой водѣ, по крайней мѣрѣ въ теченіе пяти минутъ, затѣмъ слѣдуетъ поверхностное обсушиваніе обезпложенной марлей, затѣмъ чистятъ ногти, подногтевыя пространства и ногтевое ложе — значеніе которыхъ должнымъ образомъ оцѣнено въ послѣднее время — потчисткой, ногти также подглаживаютъ, затѣмъ слѣдуетъ снова энергическое обтираніе щеткой въ теченіе, по крайней мѣрѣ, трехъ минутъ. Послѣ этого кисти и предплечія опускаютъ въ 90% спиртъ,



Рис. 28.
Жестянка для стерилизаціи.

обмываютъ имъ, обтираютъ (удаляютъ жиръ, *Fürbringer*) и затѣмъ погружаютъ эти части въ сулемовый растворъ 1:1000 *по меньшей мѣрѣ* на 3 минуты, причѣмъ руки снова обтираютъ марлевой салфеткой. Во время этой процедуры на оператора надѣваютъ длинный передникъ изъ каучука или бильротбатиста, который лежалъ въ сулемѣ или,

по крайней мѣрѣ, обмыть ею, а поверхъ этого бѣлый, стерилизованный холщевой передникъ.

Послѣ послѣдней сулемовой ванны руки споласкиваютъ обезпложенной водой или осушаютъ обезпложенной марлей. Волосы на головѣ и бороду тоже слѣдуетъ окунуть въ спиртный и сулемовый растворъ или, по крайней мѣрѣ, обмыть мокрыми сулемовыми компрессами.

Само собою разумѣется, что, покончивъ съ обеззараживаніемъ рукъ, не слѣдуетъ больше дотрогиваться ни до чего необезпложнаго.

Въ этотъ способъ обеззараживанія, считавшійся до сихъ поръ самымъ лучшимъ, *Kei-nicke* внесъ поправку, высказавшись за болѣе энергичное и интенсивное примѣненіе спирта, что совпадаетъ и съ

данными нашего опыта. Впрочемъ, можно установить только среднюю продолжительность отдѣльныхъ моментовъ обеззараживанія; на примѣръ, потрескавшіяся, шероховатыя руки требуютъ болѣе продолжительной обработки, нежели гладкія и мягкія, и въ этомъ смыслѣ можетъ оказаться умѣстнымъ примѣненіе для рукъ красящихъ растворовъ. Многого, разумѣется, зависитъ также отъ того, трутъ-ли щеткой быстро и энергично, или же производятъ медленно эти движенія. Замѣтимъ здѣсь, что врачъ долженъ обращать больше вниманія на уходъ за своими руками, заботливо оберегая ихъ отъ пораненій, отъ соприкосновенія съ химически небезразличными веществами, тщательно обсушивая, примѣняя глицеринъ и вазелинъ-ланолинъ послѣ мытья и на ночь.

Если пришлося имѣть дѣло съ гнилостнымъ матеріаломъ, въ особенности съ рожей, дифтеритомъ, ихорозно распадающимися новообразованиями, тогда мы считаемъ вышеописанную дезинфекцію недостаточной; надо, во всякомъ случаѣ, взять теплую, еще лучше паровую



Рис. 29.

Паровой стерилизаторъ *Baumann-Gleich*'а.

ванну и нѣсколько разъ повторить процедуру обеззараживанія. Если есть малѣйшая возможность, — а въ большихъ больницахъ и въ большихъ городахъ это почти всегда возможно, — то откладываютъ производство чревосѣченій и крупныхъ операций на два дня.

Кромѣ сулемоваго раствора, который въ *Koch*'овской шкалѣ занимаетъ первое мѣсто, примѣняютъ еще карболовую кислоту, креолинъ, лизоль, крезоль, толуоль, марганцевокислый калий, салициловую кислоту, тимоль и проч., но дѣйствіе ихъ менѣе надежно.

Превосходнымъ средствомъ для *механической* чистки рукъ является обезпложенный (сильнымъ нагреваніемъ) песокъ, который растираютъ съ жидкимъ мыломъ; но послѣ этого ногти и ногтевое ложе должны быть еще особо обработаны щеткой.

Подготовленіе больной состоитъ въ слѣдующемъ:

Больная беретъ, по крайней мѣрѣ въ вечеръ наканунѣ операции, теплую ванну съ примѣсью мыла или соды, растирая энергично мыломъ и мягкой щеткой или луфой все тѣло и въ особенности наружные половые органы и окружающія части, съ которыхъ предварительно сбиты волосы. Послѣ этого на животъ кладется влажный карболовый или сулемовый компрессъ, который оставляютъ на всю ночь; предъ самой операцией (чревосѣченіе) его снимаютъ и операционное поле снова очищаютъ мыломъ и щеткой; послѣ этого кожу вытираютъ эфиромъ и спиртомъ, — съ особенной тщательностью пупокъ, — затѣмъ слѣдуетъ снова энергическое обмываніе сулемой и, наконецъ, споласкиваніе обезпложенной водой.

Гораздо труднѣе достигнуть надежнаго *обезпложенія* полового канала. Предъ операцией назначаютъ повторныя спринцованія сулемой, креолиномъ, лизоломъ, а предъ самой операцией вытираютъ влагалище подъ непрерывной струей дезинфекціоннаго раствора пальцами или еще лучше захваченными корнцангомъ ватными шариками. Только частыя промыванія могутъ, какъ доказалъ *Steffeck*, сдѣлать влагалище почти свободнымъ отъ зародышей. Для самой энергичной дезинфекціи мы примѣняемъ сулемовый спиртъ (1 : 100), каковой растворъ, впрочемъ, уже дѣйствуетъ прижигающимъ образомъ. Послѣ каждого примѣненія сулемы надо обильно орошать обезпложенной водой. Наконецъ, влагалище тампонируютъ іодоформной марлей, которую удаляютъ непосредственно предъ операцией; можно также помощью порожковдувателя присыпать влагалище іодоформомъ. Впрочемъ, іодоформъ не есть

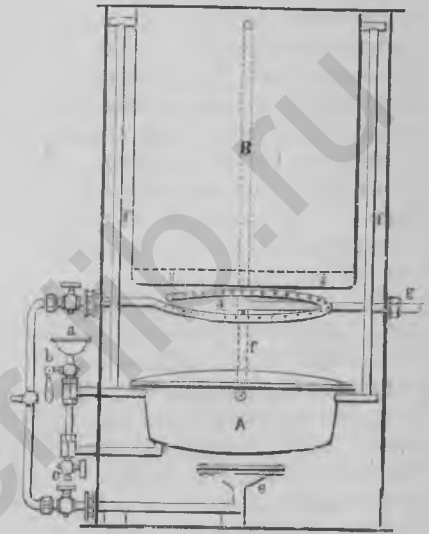


Рис. 30.

Разрѣзъ пароваго обезпложивателя. *A* Сосудъ съ водой, который наполняется у *a*, опорожняется у *c*, подогревается горьлкой *e*. *B* Стерилизаціонное помѣщеніе, куда подымается паръ изъ *f, g* Трубка водопріемника, гдѣ происходитъ сгущеніе пара. *d* Газовая горьлка для высушиванія обезпложенныхъ въ *B* предметовъ. На рис. 29: *C* Крышка съ затворомъ *h, i* термометръ, *D* сосудъ для сгущенія пара.

antisepticum, а скорѣе дѣйствуетъ, повидимому, посредствомъ возстановленія образующихся птомаиновъ (*Behring*).

Влагалище и шейку (*Winter*) нельзя считать свободными отъ зародышей, то же самое полость матки, если предшествовали нечистыя манипуляціи (зондированіе), или если менструація, распадающіяся новообразованія и т. п. образуютъ благоприятную для микроорганизмовъ питательную среду. Шеечный каналъ также обеззараживается посредствомъ промыванія, а еще лучше вытиранія сулемовымъ растворомъ; то же самое, если возможно, продѣлываютъ съ полостью тѣла матки, въ которую можно еще ввести іодоформную палочку; сюда надо еще причислить постоянное орошеніе и выскабливаніе. Особенно аккуратно должны выполняться эти приемы обеззараживанія, если мы имѣемъ дѣло съ самаго начала съ зараженной слизистой оболочкой, или если предшествовало расширение.

Всѣ инструменты должны быть такого устройства, чтобы ихъ можно было легко и въ совершенствѣ стерилизовать. Чѣмъ сложнѣе примѣняемые инструменты, тѣмъ больше опасность. Дѣльный операторъ умѣетъ обходиться немногими инструментами простой конструкціи. Всѣ перекрещивающіеся инструменты, каковы: ножницы, зажимы, пулевые



Рис. 31.

Замки перекрещивающихся инструментовъ.



Рис. 32.

щипцы, должны разбратъся въ замкѣ; ножи, инструменты для выскабливанія должны быть сплошь изъ стали или имѣть покрытие металломъ рукоятки (гальваническая покрывка изъ мѣди, никкелированная); неровностей на рукояткѣ слѣдуетъ избѣгать.

Всѣ металлическіе и стеклянные инструменты обеззараживаются кипяченіемъ въ 1% растворѣ соды или сухимъ жаромъ въ 140° Ц.,

дѣйствию котораго они подвергаются, по крайней мѣрѣ, въ теченіе получаса.

Шестиминутное кипяченіе уже достаточно; если инструменты были въ прикосновеніи съ септическими веществами, тогда мы кипятимъ ихъ въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа. Сулема не годится для всѣхъ этихъ процедуръ, такъ какъ она портитъ металлъ и, кромѣ того, возстановляясь, не дѣйствуетъ болѣе противогнилостно.

Для вывариванія годится всякій чистый котель, но болѣею частью примѣняются особые аппараты, какъ, напр., *Schimmelbusch*'евскій (рис. 33). Обезпложиваемые инструменты заворачиваютъ въ салфетку, — ножи стерилизуются отдѣльно, — застегиваемую безопасной булавкой и кладутъ весь пакетъ въ кипящій 1% содовый растворъ; спустя десять минутъ его вынимаютъ обезпложеннымъ крѣпкимъ корнцангомъ, кладутъ въ чашку съ стерилизованной водой, здѣсь салфетку раскрываютъ и раскладываютъ инструменты въ должномъ порядкѣ, либо примѣняютъ лучше *Schimmelbusch*'евскій приборъ съ продыравленными вставками, которыя вынимаются вмѣстѣ съ инструментами.

Не-рѣжушіе металлическіе инструменты быстро обезпложиваются нагрѣваніемъ въ пламени спиртовой или газовой горѣлки и сохраняются въ карболовомъ глицеринѣ или алкогольѣ.

Не-металлическіе предметы вытираютъ, смотря по ихъ материалу, сулемой или карболовой кислотой и сохраняютъ въ такомъ-же растворѣ, либо подвергаютъ паровой или сухой стерилизаціи, если они такую переносить.

Если во время операциіи приходится прикасаться къ чему-либо необеззараженному, то пользуются сложеннымъ въ нѣсколько разъ обезпложеннымъ марлевымъ компрессомъ, такъ, напр., для обертыванія рукоятки *Raquelin*'а.

Ножи и иглы помѣщаются въ котель для вывариванія либо въ марлевой салфеткѣ, либо въ снабженномъ отверстіями жестяномъ ящичкѣ, первые также на особой подставкѣ послѣ кипяченія ихъ кладутъ въ особую чашку, наполненную обезпложенной водой.

Прежде слишкомъ много вниманія посвящали свойству *материала для швовъ*, въ настоящее же время китайскій шелкъ пріобрѣлъ неоспоримое первенство; его рыхло наматываютъ на стеклянныя катушки или еще лучше на сложенные вмѣстѣ четыре стеклянныя палочки, дабы, съ одной стороны, привести его во всестороннее прикосновеніе съ

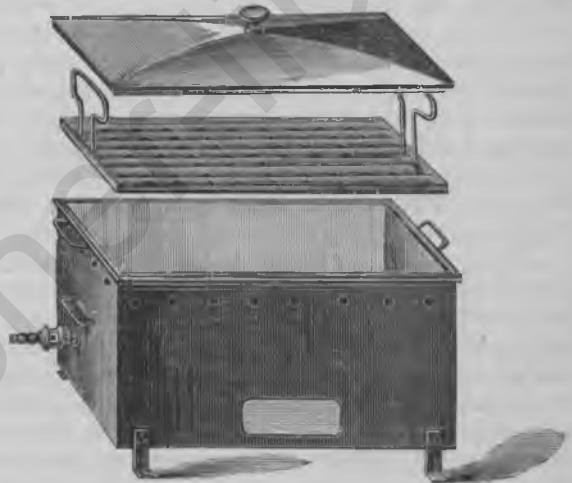


Рис. 33.
Стерилизаціонный аппаратъ со вставкой для инструментовъ.

кипяткомъ, а съ другой стороны, чтобы онъ не сталъ легко рваться, и затѣмъ кипятить, по крайней мѣрѣ, въ теченіе часа.

Нѣтъ сомнѣнія, что достаточно продолжительнымъ кипяченіемъ въ водѣ можно надежно стерилизовать шелкъ, но мы предпочитаемъ вывариваніе въ 5% карболовой кислотѣ или 1⁰/₁₀₀ растворѣ сулемы, въ которомъ онъ и сохраняется. Предъ употребленіемъ необходимое по расчету число катушекъ кладутъ въ обезпложенную воду, по подобную катушку нельзя болѣе употреблять безъ новой дезинфекціи.

Серебряную проволоку и шильвормъ вывариваютъ въ карболовой кислотѣ, сохраняютъ въ спирту и предъ употребленіемъ споласкиваютъ въ водѣ. Кэтгутъ продолжаетъ находить примѣненіе, преимущественно для погружныхъ швовъ, такъ какъ онъ всасывается и не нуждается въ удаленіи. Его готовятъ различнымъ образомъ; совершенно не годенъ имѣющийся въ продажѣ кэтгутъ, который сохраняется болѣею частью въ карболовомъ маслѣ; кэтгутъ надо самому обезпложивать и пропитывать: для этого сырой матеріалъ энергично вымываютъ мыломъ и щеткой, обезпложиваютъ сухимъ путемъ при 140° (*Reverdin, Döderlein, Kammeier*), кладутъ на сутки въ можжевеловое масло, затѣмъ на сутки въ глицеринъ и, наконецъ, въ безводный спиртъ. Этотъ кэтгутъ такъ же, какъ и приготовляемый посредствомъ хромовой кислоты (двое сутокъ въ 10% карболовомъ глицеринѣ, затѣмъ 5 часовъ въ 0,5% водной хромовой кислотѣ, сохраняется въ абсолютномъ алкоголѣ), отличается отъ обычнаго сулемоваго кэтгута (14-дневное лежаніе въ растворѣ *sublimat. 1, aq. dest. 800, alcohol. 200*) гибкостью, прочностью и не столь быстрой всасываемостью; однако, отнюдь нельзя полагаться на срокъ всасыванія, какъ это отмѣчено *Zweifel* емъ и можетъ быть подтверждено и нами.

Употребленіе губокъ мы совершенно забросили; ихъ стерилизація чрезвычайно хлопотлива, такъ что мы уже много лѣтъ пользуемся исключительно обезпложенными марлевыми компрессами. Обычную перевязочную марлю разрѣзываютъ на меньшіе (для вытиралокъ) и большіе куски (компрессы для кишекъ), обрубаютъ ихъ по краю и стерилизуютъ въ отдѣльныхъ сосудахъ. Тѣ операторы, которые боятся прикосновенія кишекъ и брюшины съ сухими компрессами (*Sänger*), вывариваютъ марлю и отжимаютъ въ обезпложенной водѣ. Мы не видѣли никакого ущерба отъ примѣненія сухихъ марлевыхъ компрессовъ.

Такимъ образомъ *подготовленіе къ асептической операціи* представляется весьма просто: кипяченіе инструментовъ, субъективная и объективная дезинфекція, стерилизація всѣхъ употребляемыхъ предметовъ, матеріала для швовъ и марлевыхъ компрессовъ. Инструменты лежатъ либо сухіе, либо въ обезпложенной водѣ или 0,6% растворѣ поваренной соли. Сосудъ съ сулемой стоитъ на-готовѣ для погруженія рукъ, которыми затѣмъ во второмъ сосудѣ споласкиваются водой.

Во время операціи все по возможности дѣлается пальцами (*Fritsch*), особенно кишечникъ лишь въ случаѣ нужды захватывается инструментами. Примѣненіе жидкости должно быть по возможности ограничено; если солевой растворъ и мало раздражаетъ, то напиткиваніе жидкостью нѣжныхъ тканевыхъ элементовъ все-таки вредить.

Если во время операціи изливается на операціонное поле заразное содержимое, то его быстро вытираютъ компрессами. Вымываніе брюшной полости дезинфицирующими растворами представляетъ ту опасность, что мы можемъ нанести ущербъ ткани, не достигая, однако,

надежной стерилизаціи, наоборотъ, этимъ путемъ заразный матеріалъ какъ-разъ приводится въ прикосновеніе съ кишками; къ этому присоединяется еще опасность токсическаго дѣйствія, ибо мы не въ состояніи снова удалить всю жидкость изъ брюшной полости, и даже при самомъ старательномъ выираніи ея еще остается въ брюшной полости 150—500 грм. (*Vuillet*).

Даже выполаскиваніе брюшной полости обезпложенной водой (flushing англичанъ), которое рекомендовали для избѣжанія шока, не лишено риска, такъ, *Polailon* наблюдалъ послѣ примѣненія большихъ количествъ обезпложенной воды обмороки, одышку и однажды даже смерть.

Подъ благодѣтельнымъ вліяніемъ асептики боязнь предъ такъ наз. мертвыми пространствами почти исчезла; разъ рана осталась безгидлостной, оставленіе кровяныхъ свертковъ не вредитъ, какъ доказываетъ рекомендованная *Lister*'омъ, *Schede* и др. «тампонація кровянымъ струпомъ»; при этомъ, правда, должна оставаться въ полости только кровь, но не кровь и воздухъ. Обыкновенно внутрибрюшное давленіе обезпчиваетъ всестороннее прилеганіе органовъ, исключеніе составляютъ только полости съ неподатливыми стѣнками и синуозными формами.

Совѣтъ иначе представляется операція, если приходится оперировать антисептически, потому-ли, что съ самаго начала имѣемъ дѣло съ не-асептической тканью, или потому, что во время операціи заразный матеріалъ попалъ на рану, напр. вслѣдствіе разрыва трубнаго мѣшка, вскрытія абсцесса и т. п. И тутъ главное въ тщательномъ и быстромъ вытираніи и огражденіи окружающихъ частей марлевыми компрессами. Только при небрюшинныхъ ранахъ удаляютъ во время операціи заразныя вещества струей слабаго раствора сулемы, карболовой кислоты, въ надеждѣ лишить этимъ зародыши способности къ развитію.

Если есть основаніе подозрѣвать наличность подобныхъ заразныхъ веществъ—въ чемъ убѣждаются иногда сдѣланнымъ тутъ же бактериологическимъ изслѣдованіемъ (*Wertheim*, *Schantz*),—то можно либо сшить брюшину со стѣнкой гнойнаго тнѣзда и потомъ, даже спустя нѣсколько дней, вскрыть ее (двухпріемный способъ оперирования), либо вообще разобщить брюшинную полость съ подозрительнымъ очагомъ; при громадной подвижности брюшины это большею частью не представляеть затрудненій.

Если мы при асептическихъ ранахъ не обращаемъ вниманія на мертвые пространства, лишь бы они нанюнялись кровью и имѣли податливыя стѣнки, то въ случаяхъ противоположнаго характера мы должны отводить раневые секреты наружу, а для этого служить дренажъ. Полостныя раны въ животѣ выполняются іодоформной марлей, которая выводится либо въ нижнемъ углу брюшной раны, либо черезъ влагалище. На основаніи нашего личнаго опыта мы твердо придерживаемся этого, вопреки мнѣнію *Zweifel*'я, *Martina*, *Veit*'а и др.

Въ случаѣ сообщенія раны съ полостью брюшины мы предпочитаемъ въ общемъ первый способъ выведенія дренажа, такъ какъ изъ влагалища легко могутъ попасть зарозовозбудители въ брюшную полость.

Чаще, нежели дренажъ, примѣняется тампонація, а именно изъ-за кровотеченій; хотя съ усовершенствованіемъ техники все рѣже приходится прибѣгать къ этому, но бываютъ случаи, гдѣ безъ тампонаціи

недѣзя обойтись, напр. при кровотеченіи со всей поверхности разорванныхъ срощеній, при паренхиматозныхъ кровотеченияхъ.

Тогда выполняютъ полость іодоформной марлей либо въ *Mikylicz*'евскомъ мѣшкѣ, либо въ видѣ отдѣльныхъ полосокъ, которыя отдѣляются отъ кишекъ кулисой изъ той же марли, и такимъ образомъ сдавливаютъ стѣнки полости. Существеннымъ подспорьемъ является при кровотеченияхъ въ глубинѣ таза одновременная плотная тампонація влагалища и тугое бинтованіе живота. При тампонаціи имѣется также въ виду длительное воздѣйствіе іодоформа на стѣнки полости и способность его разрушать химическіе продукты бактерій.

Собственно дренажъ большею частью примѣнялся въ томъ ошибочномъ предположеніи, что надо «выводить» известное количество отдѣляемаго раны; тутъ смѣшивали причину и слѣдствіе; сывороточная оболочка сецернируетъ тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе она раздражается, и въ большинствѣ случаевъ сильное отдѣленіе жидкости является несомнѣнно слѣдствіемъ дренажа.

Рѣдко еще дренируютъ посредствомъ резиновыхъ или стеклянныхъ трубокъ (*Bantock* и др.), черезъ которыя протягивается полоска іодоформной марли (*Boileau, Sängner*), такъ какъ кишка или стѣнка полости легко ложится въ окошки дренажной трубки и запираетъ ихъ; кромѣ того, эти болѣе или менѣе негибкія трубки могутъ вести къ образованію пролежней, особенно на кишкахъ. Поэтому лучше пользоваться матеріаломъ, дѣйствующимъ силой капиллярности, — такова іодоформная марля или примѣненная впервые *Kehrer*'омъ турунда изъ іодоформной ваты.

Если хотятъ введеніемъ трубки обезпечить себѣ возможность дѣлать впрыскиванія въ полость раны, то трубка должна быть со всѣхъ сторонъ окружена марлей, дабы она нигдѣ не прилегала къ кишкѣ или къ пристѣночной брюшинѣ. Впрочемъ, подобными антисептическими впрыскиваніями пользуются лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Если же хотятъ опорожнить гнойную полость черезъ влагалище и оставить въ ней дренажную трубку, то пользуются трубкой съ короткой поперечной перекладиной, которая будетъ мѣшать выскальзыванію дренажа.

Возможное избѣганіе кровопотери не только прямо находится въ интересахъ больной, но и въ значительной степени обезпечиваетъ благоприятное теченіе раны. Поэтому первымъ правиломъ должно быть останавливать всякое кровотеченіе, раньше чѣмъ оперировать дальше. Это достигается либо перевязкой захваченныхъ зажимами сосудовъ или содержащихъ сосуды пучковъ ткани (массовая лигатура), либо обкалываніемъ; послѣднее даетъ возможность закрывать сосуды еще на такой глубинѣ, на какой невозможно больше завязать узелъ надъ зажимнымъ пинцетомъ; при неподатливой ткани обкалываніе остается самымъ надежнымъ средствомъ. При этомъ надо остерегаться захватить другія образованія, особенно въ глубинѣ таза (мочеточники) или проколоть крупныя сосуды. Примѣненіе à demeure зажимныхъ щипцовъ, рекомендуемое *Richelot, Jakobs*'омъ, *Kocher*'омъ, *Landau* и др., даетъ возможность очень быстро остановить кровотеченіе, но имѣетъ и свои недостатки, каковы: опасность образованія пролежней, трудность соблюденія чистоты и т. д., поэтому мы только въ случаѣ нужды прибѣгаемъ къ этому способу. Плоскостныя кровотеченія останавливаютъ также, проводя по кровоточащей поверхности *Raquelin*'омъ; впрочемъ, они останавливаются обыкновенно, если долгое время при-

жимать компрессомъ. Болѣе или менѣе значительныя кровотеченія всегда исходятъ изъ сосуда, который долженъ быть найденъ. Хотя легкое кровотеченіе при асептической операціи имѣетъ мало значенія, но въ общемъ надо стремиться къ тому, чтобы закрывать всякій источникъ кровотеченія (*Zweifel*). Особенно это относится къ пластинкамъ, гдѣ неудача нерѣдко обуславливается кровоизліяніемъ подъ швами. Иногда подобныя гематомы брюшной стѣнки ведутъ къ образованію абсцессовъ. Если съ кровотеченіемъ нельзя совладать ни посредствомъ шва, ни посредствомъ перевязки или прижиганія, тогда является необходимость въ тампонаціи.

Дальнѣйшимъ условіемъ асептическаго теченія раны является *аккуратное наложеніе швовъ*, и большая часть нашихъ успѣховъ зависитъ только отъ этого. Острый, чистый разрѣзъ, тщательное прилаживаніе соединяемыхъ частей, избѣжаніе сильнаго напряженія и чрезмѣрнаго затягиванія при завязываніи узла — вотъ самые важные моменты.

Правиломъ должно быть — примѣнять по возможности тонкія нитки и накладывать лишь столько швовъ, сколько необходимо для акуратнаго соединенія; всякій лишній шовъ можетъ нарушать притокъ крови и вслѣдствіе анеміи или даже некроза ткани помѣшать первичному натяженію. Чаще всего примѣняется узловатый шовъ; для чисто гинекологическихъ цѣлей и не требуются болѣе сложные методы зашиванія. Весьма въ ходу также непрерывный шовъ, либо какъ простой, скорняжный, или лучше съ образованіемъ петли послѣ cadaго укола; онъ примѣняется какъ для погружныхъ, такъ и для поверхностныхъ швовъ, и имъ гораздо скорѣе подвигаются впередъ, нежели простымъ узловатымъ швомъ.

Раньше боялись оперировать при обыкновенной комнатной температурѣ и операціонное помѣщеніе нагрѣвали, по крайней мѣрѣ при чревосѣченіяхъ, до невыносимой для оператора степени. Въ настоящее время подобная высокая температура едва-ли примѣняется болѣе; стерилизаціонный аппаратъ, если онъ стоитъ въ операціонномъ залѣ, горячая вода, горячіе компрессы и безъ того поддерживаютъ въ воздухѣ влагу и теплоту. Опасности болѣе продолжительнаго охлажденія уяснены *Wegener* омъ; опытъ также говоритъ за то, что охлажденіе вредно, по крайней мѣрѣ при крупныхъ, продолжительныхъ операціяхъ, особенно въ брюшной полости. Отапливаемые операціонные столы не подходящи, тоже и фланелевое одѣяніе для ногъ; мы просто заворачиваемъ оперируемую въ горячія обезпложенныя полотенца, которыя время отъ времени мѣняются. Всѣ жидкости должны быть примѣняемы въ тепломъ видѣ. Нагрѣваніе во время операціи достигается прикладываніемъ свѣжихъ горячихъ полотенецъ, а также орошеніемъ горячей водой (*Fritsch*). Вливанія въ кишечникъ горячаго раствора поваренной соли или вина, представляя въ общемъ превосходное средство, не умѣстны во время операціи, такъ какъ ведутъ къ загрязненію.

По окончаніи операціи накладывается *повязка*. Послѣдняя имѣетъ цѣлью удерживать въ покойномъ состояніи оперированныя части, а главнымъ образомъ устранить возможность загрязненія раны. Послѣ чревосѣченія мы почти всегда дѣлаемъ полную перевязку: кладемъ обезпложенную марлю на рану, затѣмъ подушечку изъ ваты или древесной шерсти, наконецъ полоски липкаго пластыря или многоглавый *Scultet* овскій бинтъ; особенное значеніе имѣетъ послѣдній тогда, когда повязка должна быть давящей, напр. при кровотеченіи;

сильное прижатіе останавливаетъ кровотеченіе, а также мѣшаетъ при-
току крови въ освобожденные отъ давленія брюшные сосуды.

Послѣ влагалищныхъ операций большею частью тампонируютъ
слегка или плотно іодоформной марлей, иногда тампонъ фиксируютъ
Т-образной повязкой. То же самое происходитъ при операцияхъ по
сосѣдству съ наружными половыми частями, только повязка должна
быть такъ устроена, чтобы ее легко было разнять при мочеиспускании
и испражненіи. Извѣстныя пластическія операции требуютъ также по-
слѣдовательной иммобилизациі ногъ.

Многочисленны опасности, угрожающія намъ со стороны сердца:
какъ часто сердечная слабость ведетъ къ смерти въ коллапсѣ, какъ
сильно ослабленная сердечдѣятельность вліяетъ на кровообращеніе, а
съ этимъ и на всасывательную способность тканей, какъ легко
слабое сердце подпадаетъ дѣйствию септического яда! Несомнѣнно,
что многіе изъ описанныхъ случаевъ смерти отъ коллапса были просто
случаями сепсиса.

Поэтому оцѣнка состоянія сердца предъ операціей имѣетъ большое
значеніе; не такъ страшны сердечныя пороки, какъ недостаточное пи-
таніе и энергія органа, слѣдовательно въ особенности заболѣванія
сердечной мышцы. Сюда надо также причислить нервныя вліянія,
возбужденіе и прежде всего ужасъ предъ операціей.

Не менѣе важно состояніе почекъ. Поэтому предъ каждой опера-
ціей надо изслѣдовать мочу; присутствіе бѣлка, а тѣмъ болѣе цилин-
дровъ значительно омрачаетъ прогнозъ даже самой легкой лапаротоміи.

Тѣ же заботы руководятъ нами при *последовательномъ уходѣ*, кото-
рый въ общемъ послѣ асептическихъ операций простъ. Противъ сер-
дечной слабости можно часто еще бороться помощью возбуждающихъ
средствъ: алкоголя, особенно въ формѣ клистировъ изъ солевого рас-
твора съ виномъ и коньякомъ, эфира и камфоры. Въ первыя сутки по
возможности не даютъ никакой пищи; даже небольшія количества жид-
кости, часто уже полосканье рта возбуждаютъ позывъ къ рвотѣ. Когда
еще оперировали антисептически, боли и безпокойство больной были не-
сомнѣнно значительнѣе, не легко было обходиться безъ наркотическихъ
средствъ, которыя обыкновенно усиливали тошноту и рвоту, а съ этимъ
истощеніе и сердечную слабость. И въ этомъ направленіи сказывается
благодѣтельное дѣйствіе асептики: больныя сравнительно мало стра-
даютъ, часто достаточно успокоительныхъ словъ, вмѣсто впрыскиванія
морфія, чтобы облегчить имъ непріятныя ощущенія первыхъ дней.

Напротивъ, нѣтъ цѣли заставлять оперированныхъ долго голодать.
Можно безъ опасенія давать жидкую пищу до перваго испражненія,
а потомъ легкія, плотныя блюда. Рискованно также оставлять опери-
рованныхъ долго и неподвижно лежать на спинѣ; онѣ становятся без-
покойны отъ этого, получаютъ всевозможныя боли, какъ бы хорошо
ни была устроена постель, наконецъ, угрожаетъ опасностью гипостаза,
особенно у старыхъ и тучныхъ людей. Съ другой стороны, надо быть
осторожнымъ съ сидѣніемъ и вставаніемъ въ виду опасности эмболии.
Исключеніе представляютъ, между прочимъ, нѣкоторыя пластики, напр.
возстановленіе промежности при полныхъ разрывахъ, послѣ этого надо
долгое время избѣгать активныхъ движеній.

Въ виду опасности зараженія при катетеризациі пузыря мочеиспу-
сканіе должно по возможности совершаться самопроизвольно; мы не
видимъ причины, почему подкладываніе судна даже въ вечеръ послѣ
лапаротоміи должно принести вредъ, и то же самое относится почти

ко всѣмъ операціямъ. Теперь перестали также вызывать послѣ операции продолжительный запоръ; всегда лучше добиться вскорѣ легкаго опорожненія кишечника, нежели получить черезъ много дней первое испражненіе затвердѣлыми каловыми массами. Поэтому умѣстны легкія, не проносныя слабительныя: ревенъ, касторовое масло, небольшіе, повторные приемы горькой воды, лимоннокислая магнезія, а лучше всего вливанія въ кишечникъ и клистиры съ масломъ или глицериномъ ¹⁾).

3. Наркозъ.

Если мы встрѣчаемъ препятствія для выясненія важныхъ діагностическихъ моментовъ, то мы вправѣ примѣнить наркозъ для цѣлей изслѣдованія. Такимъ образомъ мы прибѣгнемъ къ нему при цѣлѣй дѣйствиельной плевы, при большой чувствительности и значительномъ напряженіи брюшныхъ покрововъ, при изслѣдованіи черезъ мочевой пузырь, черезъ расширенную шейку матки или прямую кишку (нѣсколькими пальцами), далѣе у беспокойныхъ больныхъ.

Чаще обращаются къ наркозу при операціяхъ, большинство изъ нихъ прямо требуютъ усыпленія больной. Хотя нѣкоторыя операціи какъ, напр., выскабливаніе, операціи на шейкѣ, на влагалищѣ, мало болѣзненны или могутъ быть сдѣланы безболѣзненно помощью мѣстныхъ *anaesthetica*, тѣмъ не менѣе и при нихъ обыкновенно наркотизируютъ, такъ какъ больныя пугаются при видѣ приготовленій, инструментовъ и ассистентовъ, и такъ какъ необходимое при операціи положеніе для нихъ мучительно. Для оператора большая выгода заключается въ томъ, что онъ не долженъ изъ участія къ больной торопиться, а изъ торопливости часто недостаточно тщательно оперируешь или дѣлаешь погрѣшности противъ асептики.

Всѣ правила относительно наркоза, изложенныя въ хирургіи, имѣютъ приложеніе и въ гинекологіи. Здѣсь, какъ и тамъ, употребляютъ главнымъ образомъ хлороформъ, эфиръ или смѣсь того и другого, а также смѣсь съ алкогелемъ, или примѣняютъ смѣшанный наркозъ (хлороформъ и впрыскиваніе морфія). Хотя надо признать, что эфиръ заключаетъ меньше риска для сердца, а хлороформъ меньше опасностей для дыхательныхъ органовъ, тѣмъ не менѣе большинство операторовъ придерживаются хлороформированія.

*Въ высшей степени важно, чтобы наркозъ въдалъ надежный врачъ; нѣтъ ничего мучительнѣе для оператора, какъ отрываться каждую минуту изъ-за нарушеній въ наркозѣ. Нашъ личный опытъ говорить за то, что было бы весьма важно довѣрять наркозъ всегда одному и тому же врачу; въ частной практикѣ, гдѣ этому требованію легче удовлетворить, нежели въ клиникѣ съ ея мѣняющимся персоналомъ, подобныя неприятныя разстройства и опасныя моменты наблюдаются гораздо рѣже. Мы считаемъ поэтому спеціально въ клиникахъ умѣстнымъ примѣненіе *Billroth* овской смѣси (хлороформъ, безводный спиртъ и сѣрный эфиръ 3:1:1), такъ какъ болѣе медленное усыпленіе существенно облегчаетъ начинающему борьбу съ асфиксіей и параличемъ сердца. Операціи въ брюшной полости въ особенности требуютъ глубокаго и спокойнаго наркоза, дабы не приходилось возиться все время съ кишками; асфиксіи тутъ вдвойнѣ опасны, такъ какъ при необходимости быстраго вмѣшательства легко происходятъ погрѣшности въ*

¹⁾ Подробности см. въ главѣ объ оваріотоміи.

асептичѣ. При асфиксіи операція, разумѣется, должна быть прервана, вскрытая брюшная полость или обнаженные петли кишокъ должны быть заботливо прикрыты компрессами, и надо приступить къ искусственному дыханію; при этомъ почти неизбежно операторъ или его ассистентъ хватаются за необеззараженные части тѣла или предметы, и потому, раньше чѣмъ оперировать дальше, должна быть снова произведена субъективная, а часто и объективная дезинфекція.

Въ интересахъ спокойнаго наркоза больная должна получить соответственную подготовку: опорожнение кишечника, пузыря, психическое воздѣйствіе, лишеніе пищи. Наркозъ лучше начинать не на операціонномъ столѣ, а въ особомъ помѣщеніи или даже въ комнатѣ больной, а оттуда ее на носилкахъ препроводить въ операціонный залъ.

Если бы наркозъ былъ совершенно безопасенъ и безъ дурныхъ послѣдовательныхъ явленій, то къ нему можно было бы прибѣгать при всякой операціи, пока же, къ сожалѣнію, не обходится безъ смертныхъ случаевъ, даже при соблюденіи всѣхъ противопоказаній, которыми считаются пораженія сердечной мышцы, сильная анемія, атероматозные процессы, зобъ, а также почечныя болѣзни.

Уже поэтому пользуются иногда и въ гинекологіи, хотя и рѣдко, *мѣстной анестезіей*. Примѣняютъ холодъ: распыленіе эфира *Richardson*'овскимъ аппаратомъ, бромъ-этиль, хлоръ-этиль; однако, боль отъ интенсивнаго охлажденія—а только такое дѣйствуетъ обезболивающимъ образомъ—часто едва-ли меньше, нежели боль отъ быстрого разрѣза. Несравненно удобнѣе употребленіе *кокаина*, нашедшаго себѣ первоначально примѣненіе у окулистовъ. Впрыскиваютъ подъ кожу, по *Wölfler*'у, половину шприца обезпложеннаго 5% раствора кокаина и этимъ вызываютъ на окружности діаметромъ около 2 — 2½ стм. анестезію, наступающую черезъ нѣсколько минутъ и длящуюся часто до 10—15 минутъ; нѣсколькими подобными впрыскиваніями можно обезболить большой участокъ кожи и сдѣлать нечувствительной для больной даже значительную пластику. Однако, и кокаинъ не совсѣмъ безопасенъ, и намъ также пришлось наблюдать послѣ его употребленія тяжелый и продолжительный коллапсъ.

Пятипроцентный растворъ кокаина примѣнимъ также для слизистыхъ оболочекъ: небольшіе, пропитанные этимъ растворомъ ватные шарики прикладываютъ къ влагалищному входу, къ отверстию мочеиспускательнаго канала, кладутъ тампонъ на влагалищную часть, предъ выскабливаніемъ вводятъ въ матку палочку, обмотанную пропитанной кокаиномъ ватой.

4. Кабинетъ врача.

Большинство больныхъ женщинъ, будучи на ногахъ, обращаются къ врачу у него на дому, и дѣйствительно весьма многія болѣзни могутъ быть пользованы амбулаторно; это даже въ интересахъ какъ больной, такъ и врача, ибо въ хорошо обставленномъ кабинетѣ изслѣдованіе можно произвести полнѣе, осторожнѣе и быстрѣе, нежели въ частной квартирѣ или въ гостинницѣ, гдѣ часто нѣтъ надлежащаго освѣщенія, подходящаго ложа для изслѣдованія, умывальныхъ принадлежностей и т. н. Къ тому же очень занятой специалистъ не можетъ терять время на разѣзды, иначе онъ ни одного изслѣдованія не сдѣлаетъ аккуратно.

Это относится въ еще большей мѣрѣ къ леченію. Правда, врачъ, знающій своихъ больныхъ только изъ амбулаторнаго приѣма, будетъ

имѣть худшіе результаты леченія, нежели тотъ, кто, бывая въ домѣ больной, можетъ изучить и урегулировать ея образъ жизни и, благодаря этому, съ одной стороны, создать наиболѣе благоприятныя условія для леченія, а съ другой стороны, дѣйствовать профилактически.

Въ этомъ лежитъ и причина, почему молодые, менѣе занятые врачи имѣютъ по отношенію къ этимъ болѣзнямъ болѣе благоприятные результаты, нежели старые врачи, черезчуръ заваленные практикой—фактъ, до сихъ поръ еще не сознанный публикой.

Для амбулаторнаго леченія не подходятъ прежде всего тѣ болѣзни, при коихъ движеніе вредно, слѣдовательно на первомъ планѣ свѣжія воспаленія и кровотеченія. Такимъ образомъ главная масса подходящихъ случаевъ слагается изъ хроническихъ воспаленій, смѣщеній, рѣже подвергаются амбулаторному леченію новообразованія (электризація, подкожныя впрыскиванія). Почти всѣ излагаемыя въ слѣдующихъ главахъ терапевтическія мѣры могутъ быть предприняты амбулаторно, исключая (что мы особенно подчеркиваемъ) расширение и выскабливаніе.

Главное основаніе для ограниченія амбулаторнаго леченія заключается въ томъ, что при этомъ почти исключена возможность надлежащаго обеззараженія половыхъ органовъ; мы не должны воображать, что можемъ здѣсь дѣйствовать вполне асептически, и въ виду этого лучше всего избѣгать тѣхъ манипуляцій, которыя легко ведутъ къ зараженію.

Кабинетъ долженъ быть устроенъ со всевозможными удобствами какъ для больной, такъ и для врача, иначе послѣдній, вслѣдствіе ли природной лѣности или переутомленія, легко можетъ пріучиться къ небрежному выполненію пріемовъ, требующихъ времени и труда. Вольшая выгода имѣть два кабинета, одинаково обставленные, съ скорбными листками въ каждой, тогда сберегается время, которое уходитъ на одѣваніе и раздѣваніе больной. Если это не доступно, то удобно имѣть, по крайней мѣрѣ, возлѣ кабинета, кромѣ пріемной, еще помѣщеніе, гдѣ больныя могутъ привести въ порядокъ свой туалетъ и откуда онѣ могутъ удалиться, минуя пріемную.

Необходимой принадлежностью кабинета является кресло или столъ для изслѣдованія. Не подлежитъ сомнѣнію, что почти всѣ допускаемыя въ кабинетѣ изслѣдованія и терапевтическіе пріемы могутъ быть выполнены и на твердомъ, высокомъ диванѣ, тѣмъ не менѣе почти всякій врачъ имѣетъ свой собственный столъ для изслѣдованія, на которомъ удобнѣе производится дезинфекція и леченіе. Если имѣются въ распоряженіи двѣ комнаты, то въ одной можетъ стоять софа, которая все-таки многимъ женщинамъ не такъ непріятна, а въ другой столъ для изслѣдованія.

Ложе для изслѣдованія должно быть поставлено такъ, чтобы ножной конецъ его былъ обращенъ къ окну, и свѣтъ падалъ черезъ плечо врача. Дневной свѣтъ можетъ быть замѣненъ газовой или керосиновой лампой съ рефлекторомъ; лучшимъ освѣщеніемъ остается электрическая лампочка въ матовомъ шарѣ. Всевозможные освѣтительные приборы, прикрѣпляющіеся къ инструментамъ (зеркала), къ лобнымъ повязкамъ, не въ примѣненіи у насъ.

Вблизи стола находится умывальникъ и тутъ-же другой съ нѣсколькими большими стеклянными сосудами, наполненными дезинфекціонными жидкостями, для погруженія рукъ и инструментовъ и складыванія употребленныхъ предметовъ.

Выше стола или на передвигаемомъ штативѣ привѣшены стек-
лянные ирригаторы, одинъ съ сулемой, другой съ лизоломъ, карболовой
кислотой и т. д., стеклянный влагалищный наконечникъ погруженъ
въ привѣшенный къ штативу сосудъ съ сулемой.

Надо имѣть такое число инструментовъ на-готовѣ, чтобы не при-
ходилось ихъ чистить во время приѣма, ихъ обезпложиваютъ до приѣма
въ особомъ аппаратѣ или кипяченіемъ въ содовомъ растворѣ, предъ
употребленіемъ погружаютъ въ сулему или спиртъ и обтираютъ ватой;
металлическіе инструменты (зонды, катетеры, пулевые щипцы, крючки,
корнцанги) помѣщаются въ широко, не слишкомъ высоко, стек-
лянномъ цилиндрическомъ сосудѣ съ карболовой кислотой или спир-
томъ, иногда ихъ прокаляютъ предъ употребленіемъ надъ спиртовой
лампочкой.

На томъ-же столикѣ, на которомъ находятся инструменты, лежатъ
подъ рукой въ стеклянной или фарфоровой чашкѣ вытиралки, лучше
всего вата, обмотанная вокругъ деревянныхъ палочекъ, которыя послѣ
употребленія сжигаются, далѣе необходимый перевязочный матеріалъ,
йодоформная, сулемовая марля и т. п., разрѣзанная на полоски въ
готовомъ для тампонаціи видѣ.

Обеззараживаніе врача производится обычнымъ образомъ: до и
послѣ каждаго изслѣдованія руки моются и споласкиваются въ де-
зинфицирующемъ растворѣ. Какъ часто мы и теперь еще встрѣчаемся
съ происшедшимъ во время приѣма зараженіемъ, которое превратило
легкое заболѣваніе въ неизлечимый недугъ.

Гораздо труднѣе дезинфекція больной. Большею частью приходится
ограничиваться вытираніемъ наружныхъ половыхъ органовъ и окру-
жающихъ частей ватой или марлевыми компрессами, промываютъ
также влагалище обеззараживающимъ растворомъ, обтирая въ это
время стѣнки ватными шариками.

Въ концѣ концовъ женщины поймутъ, что въ ихъ собственныхъ
интересахъ необходимо присутствіе третьяго лица при изслѣдованіи и
въ особенности при леченіи, всѣ процедуры тогда выполнялись бы
легче и надежнѣе.

Несчастныя случайности во время приѣма падаютъ большею частію
на счетъ зараженія; въ настоящее время мы ихъ видимъ уже гораздо
рѣже послѣ зондированій, прижиганій, впрыскиваній, между тѣмъ какъ
прежде это было обыденное явленіе. Но и безъ инфекціи могутъ слу-
чаться поврежденія и всевозможныя погрѣшности. Надо принять за
правило приступать къ изслѣдованію и въ особенности къ леченію со
всевозможною осторожностью. Больныхъ, чувствительность которыхъ
еще не испытана, надо сперва изслѣдовать только рукой и зеркаломъ.
Послѣ зондированія, низведенія матки, расширенія, а въ особенности
послѣ внутриматочныхъ манипуляцій часто появляются боли (маточ-
ныя колики), головокруженіе, обмороки, тошнота, рвота; эти явленія,
иногда весьма тревожныя съ виду, еще неприятны тѣмъ, что застав-
ляютъ удержать больную надолго у себя и наблюдать за нею.

Противъ подобныхъ случайностей надо имѣть подъ рукой нюха-
тельныя средства, возбуждающія, а также наркотическія, хлоралгид-
ратъ и кокаинъ, которые примѣняютъ въ влагалищныхъ тампонахъ
или шарикахъ.

Особенно неприятную случайность представляютъ кровотеченія.
Часто являются на приемъ женщины, которыя едва въ состояніи хо-
дить, ихъ приводятъ съ кровотеченіемъ, иногда же кровотеченіе воз-
никаетъ послѣ самаго осторожнаго изслѣдованія, напр. при ракъ.

Большую частью ничего не остается, какъ наскоро затампонировать влагалище марлей, импрегнированной іодоформомъ и танниномъ, Penghawar Djambi, а вѣрнѣе всего ватой или полосками марли, пропитанными полуторохлористымъ желѣзомъ, затѣмъ высушенными и сохраняемыми между пропускной бумагой. Однако, мы уже не разъ бывали вынуждены послѣ безуспѣшной тампонаціи производить на пріемъ болѣе значительныя операціи, какъ, напр., вылушеніе подслизистой міомы и т. п.

5. Общая замѣчанія о гигиенѣ.

Предупрежденіе болѣзней, какъ признано всѣми и не разъ отмѣчено здѣсь нами, важнѣе, нежели леченіе уже возникшихъ заболѣваній. Это большое упущеніе, что врачъ не получаетъ въ этомъ отношеніи необходимой подготовки, и если въ настоящее время и стали воздавать должное гигиенѣ, то въ изученіи ея ограничиваются лишь общими данными, а въ отдѣльныхъ отрасляхъ медицины еще многое остается наверстать. Въ частности гигиена женщинъ находится въ большомъ пренебреженіи, и многіе врачѣ изучаютъ ее только изъ опыта у собственныхъ женъ и дочерей. Правда, изученіе ея представляетъ большія трудности: здѣсь больше, чѣмъ въ любой другой специальности, приходится имѣть дѣло съ суевѣріями и вкоренившимися издавна предрасудками; не легко врачу, особенно молодому, проникнуть въ тѣ отношенія, которыя господствуютъ въ этомъ направленіи въ домѣ больной; если съ подобными вопросами вообще обращаются то къ акушеркѣ, бабушкѣ или теткѣ. Если желать нѣсколько ближе ознакомиться съ соответственными привычками и воззрѣніями больныхъ, то стоитъ почитать многочисленныя, частью довольно скверныя книги, которыя въ большомъ почитаніи у публики.

Особенно важно это изученіе для домашняго врача, который является и совѣтникомъ семьи, тѣмъ болѣе, что въ настоящее время женскій вопросъ обуславливаетъ радикальныя измѣненія въ распорядкѣ жизни. Всякій врачъ долженъ себѣ выработать самостоятельное воззрѣніе на этотъ вопросъ, а также приобрести такое положеніе въ семьѣ, которое давало бы ему право произнести свое вѣское слово въ вопросѣ о воспитаніи, о вступленіи въ бракъ, о выборѣ профессіи.

Самый жгучій вопросъ настоящаго времени—эмансипація женщинъ не входитъ въ рамки этой книги. На нѣкоторыя размышленія наводитъ тотъ фактъ, что большая часть врачей, жизнь которыхъ протекла въ изученіи женщины и въ трудахъ, касающихся ихъ тѣлеснаго и душевнаго здоровья, какъ разъ высказываются противъ того, чтобы мужскія профессіи сдѣлать доступными женщинѣ; они не считаютъ возможнымъ требовать отъ нея того физическаго и душевнаго напряженія, того систематическаго умственнаго образованія, съ коими сопряжены такія специальности, какъ юриспруденція, а отчасти и медицина. Пусть эти врачѣ, успѣвшіе въ своихъ постоянныхъ сношеніяхъ съ женщинами изучить и оцѣнить ихъ незнакомыя міру достоинства и преимущества, сохраняютъ свой идеальный взглядъ на женщину. Но наше время не время идеаловъ; наши трудныя соціальныя условія привели къ тому, что многія отрасли труда замѣщаются женщинами, и не подлежатъ сомнѣнію, что еще многія профессіи могутъ перейти и перейдутъ къ нимъ. Современное сельское хозяйство, нѣкоторые отдѣлы технической индустріи, уходъ за больными, аптечное дѣло и многое другое могутъ доставить подходящія занятія женщинѣ. Тѣмъ

важнѣе для врача озаботиться, чтобы и здѣсь физическое развитіе отвѣчало повышеннымъ требованіямъ времени, и нельзя уже въ настоящее время руководствоваться при воспитаніи дѣвушекъ той единственной пѣлюю, чтобы сдѣлать ихъ привлекательными для мужчины и подготовить къ замужеству. Дадимъ же дѣвушкамъ всякое подобающее имъ умственное образованіе, но сохранимъ имъ также тѣ приобретаемыя домашнимъ воспитаніемъ душевныя черты, которыя мальчики все болѣе утрачиваютъ по мѣрѣ того, какъ государство и его задачи оказываютъ понудительное вліяніе на воспитаніе и обученіе.

Здѣсь достаточно будетъ указать на самые частые вредные моменты въ жизни женщины. Вредъ отъ продолжительнаго сидѣнія на дурно устроенныхъ *школьныхъ* скамьяхъ, отъ напряженія глазъ и т. п. надо стараться, насколько возможно, парализовать укрѣпляющей, но не раздражающей пищей, движеніемъ на свѣжемъ воздухѣ, гимнастикой и ваннами; врачъ долженъ рѣшительно выступить какъ противъ неумѣренной или исключительной мясной діеты для всякаго возраста, такъ и противъ столь распространеннаго, къ сожалѣнію, употребленія спиртныхъ и другихъ возбуждающихъ напитковъ (чай, кофе), особенно для женщинъ, страдающихъ такъ наз. *plethora abdominalis*. Надо обратить вниманіе на *правильное отправленіе кишечника*; уже дѣвушки должны получать соотвѣтственныя наставленія, ибо подобно тому, какъ запоръ вызывается женскими болѣзнями, онъ, въ свою очередь, вредно дѣйствуетъ на половую систему. *Но отнюдь не приучать къ лекарствамъ!* Недостаточной дѣятельности кишечника надо помогать измѣненіемъ образа жизни, діеты, назначеніемъ простокваши, фруктовъ, меда, черного хлѣба и т. п., пожалуй умѣреннымъ куреніемъ, *движеніемъ, массажемъ, гимнастикой* и т. д. Если никакъ нельзя обойтись безъ вспомогательныхъ средствъ, то на первомъ планѣ показаны вливанія въ кишечникъ («lavements»), далѣе такія лекарства, которыя не дѣйствуютъ вредно на половые органы, напр. всякое проносное (сабуръ, ялапа) должно быть запрещено въ періодъ половой жизни. Порядокъ въ *тѣлесныхъ отправленіяхъ* долженъ войти въ привычку; часто изъ приличія пропускаютъ своевременное опорожненіе кишечника или пузыря и за это расплачиваются образованіемъ или ухудшеніемъ смѣщенія половыхъ органовъ. Если въ болѣе зажиточномъ классѣ дѣвочкамъ вредитъ слишкомъ раннее развитіе вслѣдствіе вращенія въ обществѣ взрослыхъ и чтенія произведеній новѣйшей реалистической литературы, то въ нисшихъ слояхъ ущербъ приноситъ свободное обращеніе съ другимъ поломъ, а главное *тяжелыя физическія напряженія*, которыя могутъ обусловить даже аномаліи таза (псевдоостеомаляція). Позже, во время супружеской жизни большое зло представляетъ *отсутствіе труда и обязанностей*; безцѣльная мечтательность, развлеченія свѣтской жизни, возбуждающее чтеніе — вотъ источникъ не только безнравственности, но и самыхъ различныхъ неврозовъ.

Въ общемъ женщины должны больше спать, нежели мужчины, хотя нарушеніе сна онѣ лучше переносятъ, нежели послѣдніе; въ особенности у слабыхъ, малокровныхъ, нервныхъ особъ недостатокъ сна ночью ведетъ къ дурнымъ послѣдствіямъ, хотя тутъ мы именно и встрѣчаемся часто съ превращеніемъ ночи въ день и наоборотъ. У женщинъ, страдающихъ болѣзнями половыхъ органовъ, отдыхъ среди дня, даже безъ сна, имѣетъ большое значеніе. Сильно злоупотребляютъ въ настоящее время *снотворными* средствами; тяжелая погрѣшность со стороны врачей назначать истеричнымъ *larga manu* бромистый калий,

хлоралгидратъ, сульфоналъ, тріоналъ, а тѣмъ болѣе морфій, между тѣмъ какъ часто помогутъ однѣ вечернія прогулки, комнатная гимнастика, избѣганіе возбуждающихъ блюдъ и напитковъ, чрезмѣрной пици, возбуждающаго чтенія и общества, употребленіе небольшого количества пива, легкіе водолечебные приемы.

Что касается одежды, то мы не будемъ останавливаться на многочисленныхъ, крайне нецѣлесообразныхъ принадлежностяхъ моды, а отмѣтимъ на первомъ планѣ *шнуровку*, которая, какъ показываетъ новѣйшая работа Павла *Hertz'a*, вызываетъ самыя разнообразныя смѣщенія и обезображенія брюшныхъ органовъ. Напротивъ, ничего нельзя возразить противъ употребленія нестягиваемаго туго корсета, такъ какъ онъ даетъ опору туловищу и грудямъ; правда, рѣдко можно видѣть гигиенически устроенный корсетъ, и многія обезображенія грудныхъ сосковъ надо приписать постоянному давленію на нихъ верхняго края корсета. При всѣхъ состояніяхъ расслабленія брюшныхъ стѣнокъ или органовъ пользу приносить ношеніе *повязки на животъ*, которая въ стоячемъ положеніи противодѣйствуетъ направленію внутрибрюшного давленія. Часто можно еще видѣть, что женщины совсѣмъ не носятъ *панталонъ* или носятъ незакрытыя; половыя части тогда, не защищены отъ поднимаемой платьями пыли, и поэтому нельзя удивляться зараженіямъ, особенно если вслѣдствіе зіянія частей обнажена слизистая оболочка.

Правильное кровообращеніе есть одно изъ главныхъ условій здоровья; не только тѣсный корсетъ, но и туго завязанныя юбки и подвязки затрудняютъ кровообращеніе и вызываютъ застойную гиперэмію въ соответственныхъ частяхъ тѣла. вмѣсто завязыванія юбокъ у талии можно употреблять подтяжки, а для удерживанія чулокъ новѣйшія подвязки, прикрѣпляющіяся у пояса. Далѣе, вредны высокіе каблуки, которые нарушаютъ твердость походки и измѣняютъ наклоненіе таза, что можетъ обусловить смѣщеніе половыхъ органовъ. Все, что дѣлательно повышаетъ внутрибрюшное давленіе и увеличиваетъ кровонаполненіе тазовыхъ венъ, а также частое и сильное сотрясеніе тѣла дѣйствуетъ вредно, особенно при расслабленіи тазового дна; если это неизбѣжно при тяжелой работѣ (шитье на машинѣ, полевая, фабричная работа), то, по крайней мѣрѣ, можно избѣгать подобныхъ излишествъ при развлеченіяхъ, каковы танцы, верховая ѣзда, гребля, ѣзда въ дурныхъ повозкахъ и по сквернымъ дорогамъ, а также излюбленная игра въ мячъ (*Lawntennis*).

Справка у больной относительно соблюденія правилъ чистоты вообще, а въ особенности относительно *опрятнаго содержанія половыхъ частей* принимается часто какъ оскорбленіе, а между тѣмъ тутъ врачъ встрѣчается съ невѣроятными вещами, даже среди высшихъ классовъ. Какъ часто не прекращающіяся воспаленія вульвы, влагалища, зудъ и другія пораженія кожи наружныхъ половыхъ частей являющіяся слѣдствіемъ только недостаточной опрятности, обусловливаясь, напр., раздраженіемъ отъ накопленія смегмы въ складкахъ. *Ежедневное обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ и окружающихъ частей* должно быть правиломъ; обыкновенно для этого берется прохладная вода, время отъ времени не раздражающее мыло и лучше всего кусокъ ваты, который выбрасывается, или полотняная тряпочка, которая вымывается; употребленіе губокъ не цѣлесообразно, такъ какъ чистка ихъ требуетъ очень хлопотливой процедуры.

Послѣ обмыванія половыя части тщательно обсушиваются, при-

чемъ надо избѣгать сильнаго тренія. У тучныхъ особъ, склонныхъ къ потѣнию, полезно прибавлять къ водѣ немного водки или одеколона и загѣмъ присыпать крахмаломъ, причѣмъ мы убѣдительно предостерегаемъ отъ злоупотребленія духами. При нормальныхъ половыхъ органахъ, особенно у дѣвицъ, достаточно этого наружнаго обмыванія, спринцованія влагалища не нужны и даже скорѣе вредны; правда, половые органы лишь рѣдко бываютъ нормальны. Употребленіе холодныхъ ваннъ или обтираній отнюдь не дѣлаетъ излишнимъ обмываніе половыхъ частей. Объ уходѣ во время менструаціи мы встрѣчаемъ въ публикѣ возмутительнѣйшія понятія, особенно относительно перемѣны бѣлья; надо продолжать обмыванія во все время мѣсячныхъ, но только тепловатой водой; даже спринцованія допускаются въ этотъ періодъ, а часто и показуются; во всякомъ случаѣ надо бороться съ укоренившимся убѣжденіемъ во вредѣ послѣднихъ: иной катарръ излечивается не раньше, нежели будутъ назначены промыванія влагалища и во время регуль.

Менструація есть фізіологическій процессъ, и поэтому мы не можемъ примкнуть къ тѣмъ, которые и при вполне нормальныхъ условіяхъ рассматриваютъ менструирующую какъ больную и укладываютъ ее въ постель; но, съ другой стороны, благодаря фізіологическимъ измѣненіямъ—гиперемія тазовыхъ органовъ, нервное возбужденіе—создаются благоприятныя условія для возникновенія болѣзни, и поэтому общія гигиеническія мѣры должны быть въ это время усилены. Такимъ образомъ, надо обращать заботливое вниманіе на устраненіе раздраженій, на правильное опорожненіе кишечника, на нормальную дѣятельность кожи, на устраненіе вредныхъ вліяній извнѣ, каковы: узкій корсетъ, долгое стояніе, подниманіе и ношеніе тяжестей, прыганіе, гимнастика, словомъ, всего того, что повышаетъ внутрибрюшное давленіе, а при малѣйшемъ расстройствѣ надо тотчасъ предписать временный или полный покой.

Тѣ женщины, которыя расхаживаютъ въ этотъ періодъ, принуждены какъ-нибудь оградить себя отъ стекающей крови, а это лучше всего достигается помощью такъ наз. *менструальныхъ бинтовъ*. Обыкновенно сложенный въ нѣсколько разъ платокъ укрѣпляется между ногъ Т-образной повязкой, или примѣняется специально устроенный для этого бандажъ. То и другое сильно нагрѣваетъ половыя части, и поэтому всего цѣлесообразнѣе тѣ бинты, которые содержатъ рыхлый матеріалъ, какъ марлю, древесную шерсть. Эти повязки должны быть не очень широки (7—8 стм.); на своихъ узкихъ концахъ онѣ имѣютъ ленты для прикрѣпленія къ поясу. Предложены также различнымъ образомъ устроенныя панталоны. Ваннъ надо избѣгать во время менструаціи, если нѣтъ опредѣленнаго показанія къ ихъ употребленію, и мы не можемъ одобрять принятаго въ нѣкоторыхъ курортахъ отступленія отъ этого правила; то же самое неумѣстно холодное купаніе предъ самыми регулами.

Что касается *половой жизни*, то нѣтъ возможности установить тутъ общія правила; тѣмъ не менѣе врачъ не долженъ оставлять безъ вниманія брачныя отношенія, которыя, надо надѣяться, долго еще будутъ составлять нормальную связь обоихъ половъ; но не слѣдуетъ безъ нужды справляться о такихъ подробностяхъ, изложеніе которыхъ для женщины мучительно, особенно если вопросъ предлагается въ рѣзкой формѣ. Если въ общемъ предполагаютъ, что *неудовлетвореніе половой потребности тяжелье переносится мужчинами, нежели женщи-*

нами, то это врядъ-ли можно выставить правиломъ. Правда, у женщинъ чаще, чѣмъ у мужчинъ, встрѣчается безъ видимой причины половая анестезія, которая можетъ доходить до непреодолимаго отвращенія; вліяніе въ этомъ направленіи расы, происхожденія, климата, образа жизни, воспитанія и жизненныхъ привычекъ тѣмъ труднѣе оцѣнить, что мы большею частью должны опираться только на показанія мужа, который часто самъ не узнаетъ правды отъ своей собственной жены. Если невропатологи, какъ *Krafft-Ebing*, утверждаютъ, что изъ десяти женъ вначалѣ только двѣ обладаютъ нормальнымъ половымъ чувствомъ, позже таковое появляется еще у четырехъ, а остальные четыре навсегда лишены этого чувства, то это наблюденіе несомнѣнно согласно съ опытомъ гинекологовъ, которые имѣютъ въ своемъ распоряженіи и нормальный матеріалъ для наблюденій. Чрезвычайно трудно узнать что-либо вѣрное относительно чувственной стороны жизни у женщинъ; дѣвушки не сознаютъ своихъ ощущеній, молодыя женщины не говорятъ объ этомъ, а у женщинъ въ лѣтахъ, которыя, можетъ быть, были бы сообщительнѣе, удивительно быстро исчезаетъ вся сумма ощущеній.

Во всякомъ случаѣ, мы должны высказаться противъ того взгляда, будто женщины не имѣютъ потребности въ половыхъ наслажденіяхъ; удовлетвореніе полового чувства есть такое же физиологическое отправление, какъ и всякое другое; за ненормальности въ этомъ направленіи мужчина расплачивается нейрастеніей, а у женщинъ это состояніе лишь потому кажется болѣе рѣдкимъ, что оно часто затушовывается истеріей. Какъ *вредные въ этомъ направленіи моменты*, предполагая вполне физиологическій coitus, надо назвать: эксцессы въ способѣ и частотѣ, особенно повторное соитіе вблизи, а еще болѣе въ теченіе регуль; но главная опасность половыхъ сношеній въ гонорройной и сифилитической инфекціи; они приносятъ также вредъ при всѣхъ воспалительныхъ процессахъ въ тазу, иногда и при опухоляхъ. Почти при всѣхъ свѣжихъ заболѣваніяхъ половой системы совокупленіе запрещается или, по крайней мѣрѣ, требуетъ урегулированія со стороны врача, который долженъ при этомъ помнить, что нерѣдко счастье, а у нѣкоторыхъ религій и дальнѣйшее существованіе брака зависитъ отъ возможности половыхъ сношеній.

Несравненно хуже *последствія нефизиологическаго соитія*, которое совершается какъ въ бракѣ, такъ и внѣ брака, во-первыхъ, во избѣжаніе зараженія и еще чаще въ предупрежденіе зачатія. Разъ современные аномаліи социальной жизни привели къ тому, что приходится трактовать этотъ вопросъ съ политико-экономической точки зрѣнія—ибо остается выбирать между предупрежденіемъ зачатія и искусственнымъ выкидышемъ—то врачъ обязанъ, отбросивъ всякую щепетильность, занять опредѣленное положеніе по отношенію къ этому вопросу и изученіемъ часто довольно грязной литературы ознакомиться съ воззрѣніями публики.

Предохранительныя средства имѣютъ главнымъ образомъ въ виду помѣшать проникновенію мужского сѣмени въ матку. Сюда относятся различнаго рода «презервативы», употребляемые мужчиной, дагѣе вкладываніе тампоновъ, губокъ во влагалище, въ послѣднее время въ большомъ ходу pessarium occlusivum—кольцевидный пессарій съ пружиной, просвѣтъ котораго закрытъ слабо натянутой каучуковой перепонкой; предохранительныя средства, употребляемыя мужчиной, если они не рвутся, представляютъ вѣрныя средства для предупрежде-

нія зачатія и зараженія, чего нельзя сказать ни о тампонахъ, ни о губкахъ, ни даже о *pessarium occlusivum*, хотя послѣдній еще даетъ наибольшую гарантію. Употребленіе животныхъ перепонокъ не предохраняетъ отъ беременности, такъ какъ *Lott* доказалъ, что сѣмянные нити могутъ проникать черезъ нихъ.

Очень распространена привычка у женщинъ *спринцовать влагалище тотчасъ послѣ совокупленія*; къ водѣ прибавляютъ еще кислоту, напр. уксусъ, или вязущее, или лизоль, сулему, хининъ. Здѣсь вредъ заключается въ томъ, что вызывается внезапное охлажденіе разгоряченныхъ и гиперэмированныхъ половыхъ органовъ; гарантіи ни противъ зараженія, ни противъ зачатія это не даетъ, ибо непосредственное впрыскиваніе сѣмени въ зѣвъ матки *sub ejaculatione* отнюдь не исключено.

Всякое подобное неестественное удовлетвореніе полового влеченія, которое противно и этической цѣли брака, раньше или позже отзывается на обѣихъ сторонахъ. Но самое вредное предохранительное средство это—прерываніе соитія до изверженія сѣмени, *coitus interruptus* или *reservatus*, онъ наноситъ тяжелый вредъ мужчинѣ, но онъ создаетъ и у женщины состояніе гиперэмии, которое играетъ большую роль въ этиологіи хроническаго метрита, онъ вызываетъ, далѣе, самыя различныя нервныя расстройства, и не преувеличивая можно сказать, что почти половину неврозовъ у женщинъ, живущихъ половую жизнью, можно поставить ему въ счетъ.

Мастурбация встрѣчается у дѣвочекъ довольно часто, хотя и рѣже, чѣмъ у мальчиковъ; часто это привычка, привитая безсознательными нянями; иногда зудъ (*pruritus*, глисты, *folliculitis vulvaris*) или раздраженіе отъ смегмы (недаромъ онанизмъ частое явленіе въ институтахъ, гдѣ грѣшатъ противъ опрятности) побуждаютъ къ тренію половыхъ частей, и часто эта привычка переносится и въ послѣдующую жизнь, хотя лишь въ видѣ исключенія встрѣчается послѣ замужества; но и тогда еще нерѣдко остаются аномаліи ощущенія по отношенію къ нормальному соитію. Половые части подобныхъ дѣвочекъ и женщинъ, отличающихся большою частью застѣнчивостью и нелюдимостью, обнаруживаютъ характерныя измѣненія: большія губы вялы и зіяютъ, малыя губы удлинены въ видѣ крыльевъ и имѣютъ кожистый видъ, тоже и крайняя плоть гипертрофированнаго клитора, края малыхъ губъ не остры, а толсты, розовая окраска всей вульвы уступила мѣсто буровой. дѣвственная плева толще и плотнѣе обыкновеннаго.

Главная задача леченія падаетъ на воспитаніе, если рѣчь идетъ о привычкѣ; однако и врачу приходится вмѣшиваться, если имѣются аномаліи. Надо устранить всякое раздраженіе (тоже и плохо сидящія панталоны), назначить прохладное содержаніе, запретить употребленіе перинъ, заботиться объ утомленіи тѣла предъ сномъ, о правильномъ отправленіи кишечника; предписываютъ водолечебныя приемы, мѣстное леченіе, напр. обмываніе карболовой водой; въ упорныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ прижиганіямъ клитора и малыхъ губъ, а въ едипичныхъ случаяхъ даже къ эксцизии.

Глиена беременности и родильнаго періода относится къ акушерству; напомнимъ только о многочисленныхъ заболѣваніяхъ, берущихъ начало съ этого времени. Далѣе задача врача бороться съ все болѣе вкореняющимся обычаемъ матерей уклоняться отъ кормленія; намъ удастся, наконецъ, вернуть женщинъ къ ихъ обязанности, а также воспитать ихъ грудныя железы къ лучшему отправленію.

Климактерій обозначаетъ угасаніе половой функціи; прекращается

менструація, большею частью также способность къ зачатію; часто остается половое чувство, въ другихъ случаяхъ и оно исчезаетъ, совокупленіе становится даже невозможнымъ вслѣдствіе старческаго сморщиванія. Регулы въ однихъ случаяхъ исчезаютъ сразу, въ другихъ медленно пропадаютъ, являясь черезъ большіе промежутки, причемъ бывають часто чрезвычайной обильными. Различнаго рода разстройствя отмѣчаютъ наступленіе этого періода: ненормальная иннервація сосудовъ, неравномѣрное распредѣленіе крови, приливы, трофическія аномаліи, проливныя поты, даже психическія разстройства.

На первомъ планѣ здѣсь устраненіе вредныхъ вліяній; надо избѣгать всего того, что можетъ возбуждать вазомоторы. Часто мы видимъ, что женщины, которыя раньше хорошо переносили стаканъ вина, теперь послѣ ничтожнаго количества получаютъ *приливы*. Поэтому совѣтуютъ воздерживаться отъ алкоголя, крѣпкаго кофе и чая, возбуждающихъ ваннъ, особенно изъ углекислыхъ минеральныхъ водъ. Умѣстны частыя тепловатыя ванны, возбужденіе дѣятельности кишечника, прохладительныя напитки. Въ этотъ періодъ, какъ извѣстно, часто проходитъ незамѣченнымъ образованіе злокачественныхъ опухолей, потому что всѣ разстройства сваливаются на переходное время; поэтому надо вмѣнить женщинѣ въ обязанность подвергать себя частому гинекологическому изслѣдованію, даже при отсутствіи прямыхъ признаковъ болѣзни. Какъ часто эти женщины идутъ къ зубному врачу, единственно чтобы убѣдиться, нѣтъ-ли дурного зуба, между тѣмъ какъ ихъ не побудишь явиться на гораздо болѣе важное гинекологическое изслѣдованіе. Тяжкое упущеніе, если въ это время женщина замедлитъ обратиться къ врачу при разстройствѣ секреціи хотя бы и незначительномъ.

6. Мѣстное леченіе влагалища и шейки матки.

А. Спринцованія.

Дѣйствіе впрыскиваній во влагалище простирается только на поверхность послѣдняго и *portio vaginalis*, лишь при зіяющемъ зѣвѣ или при введеніи наконечника непосредственно въ послѣдній впрыскиваемая жидкость можетъ оросить слизистую оболочку шейки и тѣла матки. Изъ многочисленныхъ аппаратовъ, которые были устроены для этой цѣли, большинство устарѣли и не пригодны; примѣнимы только тѣ, которые имѣютъ въ основѣ кружку *Esmarch'a*—въ нѣсколько иной формѣ ее употребляли уже *Kiwisch* и *Graily Hewitt*—или воронку *Hegar'a*.

Какъ *Leiter'*овскіе аппараты, такъ и стеклянный ирригаторъ, помѣщающійся въ жестяной оправѣ, могутъ примѣняться безъ помощи третьяго лица. На конецъ прибора надѣвается каучуковая трубка въ въ $1\frac{1}{2}$ —2 метра длиною, на периферическомъ концѣ которой находится наконечникъ; послѣдній сдѣланъ изъ твердаго каучука или стекла, слегка искривленъ и либо оканчивается однимъ отверстіемъ съ хорошо округленными, тупыми краями, либо имѣетъ на концѣ оливовидное утолщеніе со многими отверстіями. Ирригаторъ наполняется впрыскиваемой жидкостью и для простого очищающаго спринцованія привѣшивается лишь настолько высоко, чтобы жидкость медленно вытекала. Если большая лежитъ горизонтально, напр. на подкладномъ суднѣ, то внутрибрюшное давленіе невелико и достаточно высоты паденія жидкости въ $\frac{1}{2}$ метра. При всякомъ же положеніи тѣла съ повышеннымъ внутрибрюшнымъ давленіемъ влагалищныя стѣнки прилегають плотнѣе другъ къ другу, и необходима болѣе сильная струя, чтобы ихъ раздвинуть. Поэтому спринцованіе въ стоя-

чсѣмъ или сидячсѣмъ положеніи неправильно, и при употребленіи обычнаго биде больныя должны, по крайней мѣрѣ, откинуться верхней частью тѣла назадъ, чтобы уменьшить внутрибрюшное давленіе.

Наконечникъ лишь тогда вводится во влагалище, когда изгнанъ воздухъ изъ трубки и жидкость вытекаетъ непрерывной струей; его осторожно, ощупью вдвигаютъ лишь настолько, чтобы открытый его конецъ лежалъ посрединѣ влагалища.

Если влагалище наполнилось жидкостью при отрицательномъ давленіи, то часто известная часть ея задерживается и, при хорошемъ замыканіи половой щели, выливается лишь спустя нѣкоторое время при вставаніи или ходьбѣ; во избѣжаніе неприятнаго промоканія бѣлья, больную заставляютъ по окончаніи спринцованія натуживаться или отдавливаютъ пальцемъ либо наконечникомъ заднюю спайку внизъ.

Влагалищныя спринцованія имѣютъ главнымъ образомъ цѣлью освободить поверхность органа отъ приставшаго къ ней секрета.

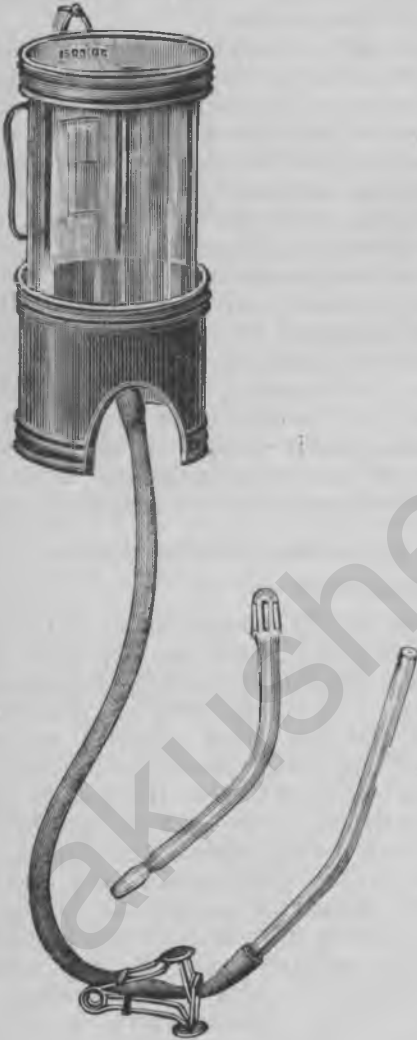


Рис. 34.

Ирригаторъ съ наконечникомъ.



Рис. 35.

Если-же имѣется въ виду дезинфекція, resp. стерилизація влагалища, то безусловно необходимо въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени обтирать влагалище и шейку пальцемъ или, еще лучше, ватными шариками подъ непрерывной струей обеззараживающей жидкости; при этомъ, если влагалище не зияетъ, примѣняютъ ложкообразныя зеркала, постоянно перемѣняя ихъ. Если рѣчь идетъ

только объ очищеніи рукава, то берутъ одну тепловатую воду или прибавляютъ 1—2 столовыя ложки спирта или одеколона, полъ-чайной ложки жидкаго глицериноваго мыла, чайную ложку соды, особенно тогда, когда надо нейтрализовать кислый влагалищный секретъ.

Какъ *дезинфицирующія* средства примѣняютъ карболовую кислоту (1/2—3%), креолинъ, крезоль, лизоль, сольвеоль (5—30 грм. на 1 литръ воды), салициловую кислоту, ментоль, тимоль (въ спиртномъ растворѣ 1:1000), марганцовокислый калий (2:100, 1—2 чайныя ложки на 1 литръ воды), хлорную воду (0,5—1%) и т. д. Наиболѣе надежно дѣйствующую сулему никогда не слѣдуетъ давать больнымъ въ руки изъ-за опасности отравленія; *Fritsch* наблюдалъ такое послѣ кратковременнаго орошенія выпавшей прямой кишки, *Ludwig* и др. тоже сообщаютъ о цѣломъ рядѣ подобныхъ отравленій. Къ тому же не исключена возможность замѣны сулемоваго раствора; намъ пришлось видѣть, что таковой былъ употребленъ для клизмы—къ счастью, безъ дурныхъ послѣдствій. Во всякомъ случаѣ при сулемовыхъ спринцованіяхъ слѣдуетъ заботиться о полномъ удаленіи жидкости и промыть послѣдовательно обезпложенной водой.

При различныхъ хроническихъ воспаленіяхъ влагалища и влагалищной части мы имѣемъ главнымъ образомъ въ виду вяжущее дѣйствіе спринцованія, но оно незначительно вслѣдствіе своей кратковременности, и въ нашемъ распоряженіи находятся лучшіе способы примѣненія; скорѣе еще можно достигнуть дѣйствія, если задерживать нѣкоторое время жидкость во влагалищѣ, придерживая, напримѣръ, половину щель закрытой.

Какъ *вяжущія* средства мы примѣняемъ такъ же, какъ и *Fritsch*, предпочтительно квасцы (2—20 грм. на литръ) иногда съ примѣсью спирта или беремъ *sulfas zinci, cuprum sulfuricum, plumbum aceticum* (0,2—1.0%), особенно растворъ *Burow'a* (*Plumbi acetic. bas. soluti, Aq. fontis aa 100, Aluminis crudi 10—20, 1—2 столовыя ложки на 1 литръ*); далѣе *kalium hypermangan., ferrum sesquichlor., argentum nitric.*, танинъ и различныя содержащія танинъ отвары (дубовая или ивовая кора, русскій чай), красное вино, древесный уксусъ и т. д. При свѣжихъ воспаленіяхъ употребляютъ еще слизистыя отвары (напр. *fol. malvae*) или молоко съ прибавленіемъ опія, белладонны, хлоралгидрата и т. п.

Для всѣхъ подобныхъ цѣлей *температура впрыскиваемой жидкости* должна соответствовать температурѣ тѣла, ибо мы тутъ не имѣемъ въ виду термическаго раздраженія. Часто вредятъ слишкомъ холодными спринцованіями, которыя вызываютъ активныя приливы къ внутреннимъ половымъ органамъ, и уже *Sims* обратилъ вниманіе на то, что при употребленіи такихъ легко развивается уплотненіе влагалищной части. Прохладныя и холодныя спринцованія примѣняются главнымъ образомъ у торпидныхъ особъ, при склонности къ кровотеченіямъ, при гиперестезіи влагалища, далѣе для поднятія тонуса ткани, болѣе же теплыя (40—45° Ц.) часто даютъ превосходные результаты при хроническихъ воспаленіяхъ матки и ея придатковъ. Эти продолжительныя теплыя спринцованія мы ставимъ на первомъ планѣ въ терапіи этихъ болѣзненныхъ состояній; но для успѣха безусловно необходимо, чтобы спринцованіе дѣлалось въ лежачемъ положеніи, нѣсколькими литрами жидкости и подъ невысокимъ давленіемъ. Можно, впрочемъ, прибавить къ водѣ такъ наз. всасывающія средства, напр. іодистый калий, дѣйствія котораго, судя по изслѣдованіямъ

Hamburger'а и др., нельзя совсѣмъ отрицать. Самыя высокія температуры (50° Ц.) примѣняются для остановки кровотока; эти предложенныя впервые *Emmet*'омъ горячія ирригаціи почти вытѣснили холодныя спринцованія, но и тутъ больныя должны лежать и нѣсколько разъ въ день впрыскивать 3—5 литровъ; прибавленіе квасцовъ, полуторохлористаго желѣза усиливаетъ дѣйствіе.

Чтобы вызвать термическое раздраженіе слизистой оболочки, немачивая ея, предложены *Kisch*'емъ, *Leiter*'омъ и др., устроенныя по принципу *Arzberger*'овскаго охладителя для прямой кишки, такъ называемыя тепловые регуляторы; они оказываютъ хорошія услуги, когда требуется продолжительное воздѣйствіе, специально холода, какъ при гиперестезіи, зудѣ.

Хотя влагалитныя спринцованія представляютъ собою важную гигиеническую мѣру, однако постоянное примѣненіе ихъ при нормальныхъ половыхъ органахъ излишне, такъ какъ при всякомъ спринцованіи не исключена возможность зараженія, вхожденія воздуха, слишкомъ сильнаго раздраженія. къ тому же употребленіе безразличныхъ впрыскиваній уменьшаетъ способность къ зачатію.

Непрерывное орошеніе влагалитца, предложенное *Schücking*'омъ и др., почти не примѣняется болѣе нами; мы предпочитаемъ спринцованія черезъ извѣстныя промежутки, при которыхъ примѣнима болѣе сильная струя; этимъ путемъ лучше устраниваются остатки ткани и отдѣляемое, нежели при непрерывномъ орошеніи, которое производится подъ низкимъ давленіемъ и потому захватываетъ лишь ограниченное мѣсто.

В. Мѣстная ванна.

Удобный способъ примѣненія жидкости, въ особенности для амбулаторнаго приѣма, это—вливаніе ея въ цилиндрическое зеркало, какъ оно было предложено первоначально *C. Mayer*'омъ. Вставляютъ влагалитную часть въ зеркаль, придавливаютъ послѣднее довольно плотно къ своду, вливаютъ—большую часть это практикуется при легко кровоточащихъ, «сосочковыхъ» эрозіяхъ—жидкость, какъ, напр., *acetum rugolignosum scudum*, іодную настойку, растворъ ляписа или мѣднаго купороса, и оставляютъ ее на нѣкоторое время; достаточно 1—2 столовыхъ ложекъ. Затѣмъ вводятъ въ зеркало обмотанную ватой палочку и, помѣшивая ею, приводятъ шейку въ прикосновеніе съ все новыми слоями жидкости.

Если хотятъ воздѣйствовать лекарствомъ и на влагалитце, то медленно выдвигаютъ зеркало, влагалитныя стѣнки смыкаются позади него и такимъ образомъ можно каждый участокъ привести въ прикосновеніе съ жидкостью, особенно если ватнымъ шарикомъ слегка обтирать стѣнки.

Раньше, чѣмъ удалить зеркало, опускаютъ его наружный конецъ, даютъ жидкости вытечь и обсушиваютъ влагалитце ватой либо вводятъ тампонъ; такимъ образомъ предупреждаютъ смачиваніе промежности и заднепроходнаго отверстія, что легко вызываетъ жженіе.

Въ курортахъ мѣстная ванна влагалитца устраивается еще инымъ образомъ: больная, сидя въ ваннѣ, вводитъ себѣ въ рукавъ такъ называемое зеркало; оно раздвигаетъ влагалитныя стѣнки и, будучи снабжено многими отверстіями, даетъ *отчасти* возможность ванной жидкости приходиться въ прикосновеніе со слизистой оболочкой влагалитца. Мы не примѣняемъ такихъ зеркалъ, имѣя въ своемъ распоряженіи лучшіе приѣмы, и предостерегаемъ не давать безъ разбора женщинамъ въ руки подобный инструментъ, который легко можетъ натолкнуть на мастурбацію.

С. Примѣненіе ватной кисточки (прижигающія средства).

Уже для очистки поля зрѣнія въ зеркалѣ мы пользовались намотанной на палочки ватой; вмѣстѣ съ тѣмъ это и наилучшій способъ для терапевтическаго примѣненія жидкостей. Ватная кисточка, предложенная впервые Playfair'омъ, затѣмъ Fritsch'емъ, Fehling'омъ и др. для маточной полости, вытѣснила у насъ почти всѣ другіе способы примѣненія.

Мы употребляемъ простыя палочки изъ дерева или металла. Первые вырѣзываются изъ лучинокъ, длиною около 20 см., послѣднія, изъ серебра, алюминія или мѣди съ припаяннымъ платиновымъ или серебрянымъ кончикомъ, имѣютъ 4—5 крупныхъ винтовыхъ нарѣзокъ на одномъ концѣ, между тѣмъ какъ другой конецъ представляетъ небольшую пластинку или загнутъ въ видѣ кольца и образуетъ рукоятку.

Эти зонды съ винтовыми нарѣзками мы предпочитаемъ всѣмъ другимъ инструментамъ, такъ какъ они всего проще и для обеззараживанія могутъ быть прямо прокалены въ пламени.

При нѣкоторомъ навыкѣ нетрудно намотать вытиралку, кисточку или турунду (рис. 41, 42). Для этого берутъ большіе или меньшіе трехугольные кусочки ваты, которые, благодаря винтовымъ нарѣзамъ, держатся достаточно крѣпко. Если вата намотана недостаточно крѣпко, то она можетъ легко—особенно если манипулируютъ въ маткѣ—соскользнуть у внутренняго зѣва и остаться въ полости. Снятие ваты съ палочки, которую для этой цѣли вертятъ въ обратномъ направленіи, тоже легче совершается при зондѣ съ винтовыми нарѣзками, нежели при примѣненіи палочекъ съ шероховатой, какъ у терки, поверхностью.

Если хотятъ воздѣйствовать лекарствомъ на слизистую оболочку, то надо сперва освободить послѣднюю отъ секрета; влагалище вытирается сухой ватой, его отдѣленіе легко снимается; но шеечная слизь вытягивается въ нити, вязка и часто настолько густа, что ее приходится удалять корнцангомъ. Тутъ отнюдь недостаточно простое вытиранія, а надо вводить въ шейку веретенообразныя турунды и, поворачивая ихъ, намотать эту слизь, наконецъ, для полноты очистки погрузить кисточку въ слабый растворъ ѣдкаго кали или углекислаго натра, который разжижаетъ слизь; умѣстна также тампонація шеечнаго канала полосками марли. Лишь послѣ полной очистки слѣдуетъ примѣненіе лекарства.

Въ настоящее время *cauteria potentialia* гораздо чаще употребляются, нежели *cauterium actuale*; послѣднимъ пользуются для прижиганія послѣ выскабливанія новообразованій, для разрушенія небольшихъ сосудистыхъ опухолей, иногда выжигаютъ имъ также слизистую оболочку шейки и матки, недавно стали скарифицировать имъ не заживающія эрозіи, гипертрофическія, вывороченныя маточныя губы (*интруктура*), особенно при такъ наз. кистовидномъ перерожденіи. Примѣняютъ для этого Raquelin или гальванокаутеръ (гальванокаустическая петля почти заброшена), послѣдній имѣетъ то преимущество, что его можно ввести холоднымъ до мѣста, подлежащаго прижиганію.

Для примѣненія калильнаго жара вводятъ трубчатое зеркало изъ дерева или твердаго каучука (*не изъ целлюлоида*), вытираютъ до-суха подлежащее прижиганію мѣсто; послѣ этого можно, не опасаясь побочныхъ поврежденій, нѣсколько разъ приложить раскаленное желѣзо; въ промежуткахъ орошаютъ холодной водой, которую каждый разъ тщательно вбираютъ ватой. При употребленіи ложкообразныхъ зер-

каль и боковыхъ подъемниковъ окружающія части должны быть хорошо ограждены и часто охлаждаемы, если нѣтъ подъ рукой плохо проводящихъ тепло деревянныхъ или костяныхъ шпателей. Дѣйствіе раскаленнаго желѣза простирается далеко не такъ глубоко, какъ это большею частью думаютъ начинающіе; требуется повторное примѣненіе, чтобы вызвать разрушеніе въ глубинѣ; тѣмъ не менѣе надо остерегаться, особенно при прижиганіи распадающихся новообразованій, чтобы не вскрыть пузырь, прямую кишку или брюшную полость.

При всякомъ мѣстномъ леченіи слизистой оболочки шейки первое условіе, чтобы наружный зѣвъ былъ достаточно широкъ и чтобы былъ обезпеченъ оттокъ секрета; поэтому какъ подготовительная операція часто предпринимается тупое или кровавое расширение зѣва.

Средства, примѣняемыя нами на влагалищной части и въ шейкѣ, суть вяжущія, всасывающія и прижигающія: 10—20% растворъ ляписа, неочищенный древесный уксусъ, мѣдный купоросъ, іодная настойка, одна или въ равныхъ частяхъ съ карболовой кислотой (іодфеноль); изъ крѣпкихъ прижигающихъ упомянемъ на первомъ планѣ *дымящуюся азотную кислоту*, которая все болѣе и болѣе входитъ въ употребленіе, хлористый цинкъ, хромовая, уксусная, хлоруксусная и сѣрная кислоты, далѣе *liquor ferri sesquichlor.*, *liquor Bellosti* и изъ щелочей ѣдкое кали или *cauterium Filhos'a*. Особенно глубоко дѣйствуетъ предложенный впервые *Routh'омъ* бромъ, который былъ бы наилучшимъ средствомъ для леченія рака, если бы не его чрезвычайная летучесть, которая дѣлаетъ его примѣненіе тягостнымъ и для врача, и для больной. Какъ всасывающія средства примѣняютъ іодную настойку (*Breisky*), ихтиоль, іодистый калий или растворъ іода въ іодистомъ калии и т. д. Чѣмъ энергичнѣе средства, тѣмъ осмотрительнѣе надо съ ними обращаться; это тяжелая погрѣшность, которая легко дискредитируетъ врача, если примѣненный *causticum* вызвалъ обжоги и другихъ частей.

Большая осторожность нужна при примѣненіи летучихъ прижигающихъ, брома и дымящейся азотной кислоты, одни пары которой уже въ состояніи произвести обжоги. Если хотятъ прижигать на ограниченномъ мѣстѣ, напр. при выпаденіи уретры, то ограждаютъ окружающія части, смазывая ихъ вазелиномъ или ланолиномъ.

Послѣ прижиганія старательно обсушиваютъ и продолжительное время орошаютъ, причемъ слѣдуетъ, чтобы промывная жидкость стекла не по промежности больной, а по рукѣ помощника, держащаго зеркало.

Всякое прижиганіе вызываетъ образованіе *струпа*, который отпадаетъ по истеченіи различнаго времени, и лишь послѣ отпаденія его можно снова прижигать, если только не имѣется въ виду именно глубокое разрушеніе ткани, какъ при ракѣ и нѣкоторыхъ эрозіяхъ. Но, за немногими исключеніями, рѣчь идетъ о леченіи хроническаго катарра, и тутъ, разумѣется, было бы большой ошибкой разрушать всю слизистую оболочку, это повело бы къ образованію соединительнотканнаго рубца и къ уничтоженію функціи органа.

Къ счастью, разрушеніе не простирается настолько вглубь, большею частью уцѣлѣвшіе остатки, хотя бы основанія железъ, даютъ начало возрожденію слизистой оболочки.

Поразительно сильное дѣйствіе достигается дымящейся азотной кислотой, если ее примѣнять помощью асбестовыхъ палочекъ; при этомъ кислота не измѣняется, но маленькіе осколки асбеста, какъ стрѣлы, проникаютъ въ ткань.

Часто требуется извѣстная подготовка прижигаемыхъ частей, какъ, напр., выскабливаніе, скарификація, вскрытіе маленькихъ кистъ влагалищной части.

Пока дѣло ограничивается не слишкомъ энергическими манипуляціями на влагалищѣ и шейкѣ, ихъ можно предпринимать амбулаторно; надо, однако, давать больнымъ извѣстныя наставленія: вести себя спокойно, удалить къ вечеру или на слѣдующее утро вложенный послѣ прижиганія тампонъ, спринцоваться для удаленія секрета и частичекъ струпа. Часто отпаденіе струпа совершается при легкомъ кровотеченіи, на что надо обратить вниманіе больныхъ.

Чѣмъ энергичнѣе примѣняемые средства, тѣмъ осторожнѣе надо прижигать, считаясь съ противопоказаніями, состоящими главнымъ образомъ въ наличности свѣжихъ воспалительныхъ процессовъ матки и ея придатковъ; предстоящая менструація также является противопоказаніемъ крѣпкого прижиганія.

Безчисленное множество разъ мы видимъ, что прижиганіемъ достигается противоположное тому, къ чему стремились; прижиганіе слѣдуетъ за прижиганіемъ, изъ незнанія или, можетъ быть, изъ нечистыхъ побужденій, а такъ наз. язва не хочетъ заживать; но достаточно часто прекратить всякое дальнѣйшее леченіе, чтобы въ поразительно короткое время достигнуть заживленія.

Дальнѣйшимъ слѣдствіемъ подобныхъ частыхъ прижиганій являются суженія; въ этомъ направленіи дурной славой пользуются главнымъ образомъ *kali causticum*, *cauterium Filhos'a* (ѣдкое кали съ ѣдкой известью); наблюдались также стенозы послѣ употребленія столь прославленнаго въ послѣднее время хлористаго цинка. Это надо всегда имѣть въ виду и при случаѣ опредѣлять ширину канала дилататорами, и, несмотря на всѣ предосторожности, мы довольно часто оказываемся вынуждены спустя годы послѣ леченія раздѣкать твердую влагалищную часть съ рубцовымъ зѣвомъ.

Д. Тампонація влагалища.

Въ прежнія времена тампонація влагалища примѣнялась для самыхъ разнообразныхъ цѣлей, уже у римлянъ она служила средствомъ для предупрежденія зачатія. Въ настоящее время она употребляется въ качествѣ *влагалищной повязки* съ цѣлью механически удерживать введенныя лекарственныя палочки, ламинарію, внутриматочную повязку или фиксировать вправленную матку; далѣе, какъ *давящая повязка* при кровотеченіяхъ, для всасыванія секретовъ (*Schultze'вскій пробный тампонъ*), для расширенія влагалища, каковое дѣйствіе можно еще комбинировать съ лекарственнымъ.

Примѣняютъ либо ватные тампоны—куски ваты приблизительно толщиной и длиной въ большой палецъ, перехваченные посрединѣ ниткой—либо полоски марли, лучше всего тканной, а не рѣзанной, такъ какъ отъ послѣдней всегда отдѣляются нити. Очищаютъ наружныя половыя части, промываютъ влагалище и вводятъ тампонъ на мѣсто назначенія въ цилиндрическомъ или, еще лучше, ложкообразномъ зеркалѣ помощью тампонныхъ или дренажныхъ щипцовъ, которые отличаются отсутствіемъ зубьевъ, за которые волокнистый матеріалъ легко можетъ зацѣпиться.

Правильная тампонація влагалища, которая должна служить фиксирующей повязкой, производится такимъ образомъ, что сперва выполняютъ ватными шариками или марлевыми полосками: своды, пока

зѣвъ не окажется на уровнѣ тампона, затѣмъ кладутъ плоскій тампонъ на os externum и фиксируютъ его дальнѣйшимъ введеніемъ ватныхъ шариковъ.

Если примѣняютъ для этого марлю, что всего лучше для такихъ случаевъ, то ее не засовываютъ во влагалище, какъ попало, а вводятъ щипцами въ извѣстномъ порядкѣ справа налѣво, спереди назадъ (вѣерообразный тампонъ *Fritsch'a*). Такимъ путемъ влагалище лучше выполняется, и при выниманіи тампона марля не комкается и поэтому можетъ быть удалена безъ дерганія, даже черезъ маленькое отверстие.

Простые ватные тампоны черезъ короткое время получаютъ дурной запахъ, такъ какъ они не задерживаютъ разложенія секретовъ; поэтому ихъ слѣдуетъ удалять приблизительно черезъ 12 часовъ. Если же тампоны должны дольше оставаться, то ихъ погружаютъ въ обеззараживающую жидкость, да и вообще ватные тампоны большею частью примѣняются въ влажномъ видѣ. Обыкновенно пользуются для тампонаціи іодсформной, салициловой или сулемовой марлей.

Для примѣненія лекарствъ тампоны—въ этомъ случаѣ ватные тампоны предпочтительнѣе, такъ какъ они вбираютъ довольно много жидкости—пропитываютъ растворомъ ихъ, но можно также посыпать его лекарственнымъ порошкомъ (*Scanzoni*'евскій тампонъ съ квасцами). Употребляются также марлевые мѣшечки съ порошкомъ, напр. при распадающейся карциномѣ матки смѣсь изъ угольнаго порошка и іодоформа.

Наилучшій растворитель для употребляемыхъ здѣсь лекарствъ это—глицеринъ, который, впрочемъ, и въ чистомъ видѣ горячо рекомендуется *Sims'*омъ, *Fürst'*омъ и др. за то выдающееся дѣйствіе, которое онъ оказываетъ на слизистую оболочку половыхъ органовъ. При употребленіи тампоновъ изъ одного глицерина появляется болѣе или менѣе сильное, а часто необыкновенно обильное водянистое отдѣленіе, причѣмъ соответственныя части дѣлаются суше и припухлости ихъ спадаютъ. (По *Hermann'u*, при незначительной секреціи изъ половыхъ органовъ наступаетъ обильное отдѣленіе, и наоборотъ). Во всякомъ случаѣ въ глицериновыхъ тампонахъ мы имѣемъ прекрасное средство, которымъ можемъ воздѣйствовать не только на слизистую оболочку, но и на болѣе глубокіе слои, и оказывать вліяніе на кровообращеніе.

Если хотятъ дѣйствовать всасывающимъ образомъ, то пропитываютъ тампонъ растворомъ бромистаго или іодистаго калия, ихтіола или тіола (3—10%) въ глицеринѣ или смазываютъ тампонъ какою-либо мазью, напр. unguent. cinereum. Нѣтъ сомнѣнія, что влагалище всасываетъ, хотя далеко не такъ хорошо, какъ прямая кишка; всасываніе доказываютъ уже часто наступающія послѣ примѣненія вкусовые ощущенія.

Изъ вяжущихъ средствъ примѣняются растворы квасцовъ, сѣрно-кислыхъ солей цинка или мѣди, уксуснокислаго свинца (2—20%). Весьма излюбленный таннинъ-глицеринъ (5—20%) едва-ли имѣетъ какое преимущество, но обладаетъ тѣмъ недостаткомъ, что грязнитъ бѣлье большою. Если имѣютъ дѣло съ очень чувствительными половыми органами, то пропитываютъ тампоны борнымъ глицериномъ (2—10%) или прибавляютъ къ нему хлоралгидратъ (2%), морфій (0,2—0,5%) кодеинъ (0,5—1,0%).

Всякій разъ, примѣняя глицеринъ, надо обращать вниманіе болѣе на то, что можетъ появиться обильное водянистое отдѣленіе.

Можно, впрочемъ, вводить тампонъ и безъ зеркала помощью корнцанга, расправляя двумя пальцами стѣнки влагалища. Въ хроническихъ случаяхъ, особенно въ амбулаторной практикѣ, больныя часто должны сами себѣ вводить тампоны; предложенные для этой цѣли различные тампонодержатели годятся лишь отчасти, и немногія женщины умѣютъ обращаться съ ними. Мы совѣтуемъ нашимъ пациенткамъ задвигать тампонъ оливой маточнаго наконечника, съ которымъ женщины привыкли обращаться, а затѣмъ заправить его пальцемъ на надлежащее мѣсто; съ этимъ большинство хорошо справляется. Для удаленія тампона больная должна потягивать за нитку кзади. Если примѣнено средство, вызывающее сокращеніе влагалища, то удаленіе тампона предпринимается послѣ или во время спринцованія тепловатой водой, такъ какъ часто влагалище плотно обхватываетъ тампонъ, и его эпителиальный покровъ отторгается клочьями или въ видѣ цѣльной кожной трубки.

Въ прежнія времена почти никакихъ другихъ кровоостанавливающихъ средствъ, кромѣ тампонаціи, не употребляли, но и теперь еще она часто примѣняется для этой цѣли; тампонъ пропитываютъ тогда какимъ-нибудь *stypticum* или берутъ *Penghawar Djambi*, танниновую, іодоформную или полуторохлористо-железную марлю.

Иногда мы паходимъ органы настолько чувствительными, что даже простые тампоны не переносятся. Кромѣ того, свѣжія воспаленія, особенно брюшины, могутъ даже усиливаться отъ тампонаціи; при неправильномъ выполненіи могутъ быть занесены вверхъ заразные вещества, а при беременности могутъ быть легко вызваны схватки. Часто наблюдаются затрудненія мочеиспусканія, если влагалище слишкомъ вытянуто тампономъ въ длину или слишкомъ плотно выполнено. Забытые во влагалищѣ тампоны ведутъ къ зловоннымъ выдѣленіямъ, къ образованію язвъ въ рукавѣ, даже къ тяжелымъ инфекціямъ, далѣе къ діагностическимъ ошибкамъ; такъ, мы не разъ видали, что оставленный тампонъ или губка принимались за карциному.

Е. Примѣненіе лекарственныхъ средствъ въ твердомъ видѣ.

Порошкообразныя лекарства вводятся во влагалище въ марлевыхъ мѣшечкахъ или вдуваются черезъ цилиндрическое зеркало и фиксируются тампономъ, или примѣняются въ видѣ свѣчекъ и шариковъ; для приготовленія *мѣшечка* порошокъ насыпаютъ на четырехугольный кусокъ марли, концы котораго сложены и перевязаны ниткой. Примѣняются: іодоформъ, борная кислота, іодоль, аристокль, дерматоль, азотнокислый висмутъ, таннинъ, квасцы съ танниномъ, іодоформъ или борная кислота съ танниномъ, древесный уголь и т. д. Чтобы смягчить дѣйствіе этихъ средствъ, прибавляютъ индифферентный растительный порошокъ, напр. крахмалъ. Если хотятъ воздѣйствовать на всю поверхность влагалища, то мѣшечекъ дѣлаютъ продолговатымъ.

За сухое леченіе въ послѣднее время высказываются многіе авторы, такъ, *Fritsch, Engelmann, Asch, Swieczicki, Kleinwächter* и др., и нельзя отрицать, что этимъ можетъ быть достигнуто болѣе продолжительное дѣйствіе, такъ какъ лекарство лишь медленно растворяется.

Для примѣненія самими больными годятся при узкихъ половыхъ частяхъ *свѣчки (suppositoria)*, а вообще лучше *влагалищныя шарики (globuli vaginales)*. Ихъ готовятъ изъ *butyrum saesae* и *unguentum emolliens* или изъ желатины, вѣсомъ отъ 2 до 5 грм., и прибавляютъ лекарство (*adstringentia, resorbentia, narcotica*). Эти шарики вводятся

больной, когда она уже въ постели; они медленно таютъ; кусокъ ваты, положенный впереди половыхъ частей, защищаетъ бедра и бѣлье отъ загрязненія вытекающимъ медикаментомъ. Однако, дѣйствіе этихъ свѣчекъ ненадежно, такъ какъ содержащіяся въ нихъ соли легко выкристаллизовываются и маленькіе кристаллы выпадаютъ, въ противномъ случаѣ они часто производятъ довольно сильное жженіе. Если, какъ *constituens*, употреблено какаоовое масло, то надо предупредить больныхъ, что оно остается во влагалищѣ и затѣмъ выходитъ кусками, смѣшавшись съ мацерированнымъ эпителиемъ. На утро послѣ примѣненія суппозиторія влагалище промывается слабымъ мыльнымъ или содовымъ растворомъ.

Ф. Мѣстное кровоизвлеченіе.

При нѣкоторыхъ формахъ хронической гипереміи половыхъ органовъ, въ частности при воспаленіи матки, далѣе при образованіи кистъ въ маточныхъ губахъ, одни прижиганія обыкновенно не ведутъ къ цѣли, и приходится прибѣгнуть къ мѣстному кровопусканію. Приставленіе пиявокъ къ влагалищной части ужъ рѣдко практикуется въ настоящее время, ибо оно не имѣетъ никакихъ преимуществъ предъ *настѣчками* (*скарификаціи*), наоборотъ, раздраженіе отъ сосанія часто дѣйствуетъ вредно; но если трудно добраться до влагалищной части (у дѣвицъ), то ставятъ пиявки въ окружности заднепроходнаго отверстія или къ промежности. Вопросъ, однако, достигается-ли этимъ путемъ достаточное отвлеченіе, хотя и существуютъ анастомозы между венами вульвы, геморроидальными венами и *plexus rampiniformis*; извлеченіе же большихъ количествъ крови противопоказуется большею частью самой природой этихъ болѣзней.

За рѣдкими исключеніями дѣлается кровопусканіе изъ влагалищной части. Для этого устанавливаютъ ее въ зеркалѣ, дезинфицируютъ и вкалываютъ узкій, ланцетовидный ножъ (рис. 36) въ нижнюю, затѣмъ въ верхнюю губу или проводятъ поверхностные разрѣзы по слизистой оболочкѣ влагалищной части. Глубокіе (3—4 см.) уколы въ шейку (*Spiegelberg*) не имѣютъ смысла. Если имѣются ретенціонныя кисты во влагалищной части, то ихъ вскрываютъ.

При хроническомъ метритѣ примѣняются обыкновенно повторныя кровоизвлеченія черезъ каждыя 4—5 дней; достаточно большею частью выпустить небольшое количество крови (10—20 грм.), что иногда получается уже отъ одного укола.

Послѣ кровопусканія промываютъ влагалище обеззараживающимъ растворомъ и вкладываютъ тампонъ изъ іодоформной марли или вливаютъ въ зеркало растворъ квасцовъ и таннина и затѣмъ тампонируютъ. Если сильно кровоточитъ, что бываетъ и при вскрытіи Наботова яичка, то прижигаютъ заостренной палочкой ляписа; въ крайнемъ случаѣ накладываютъ шовъ. Послѣ этой маленькой операціи больная должна спокойно полежать, по крайней мѣрѣ, часа два; при амбулаторномъ пользованіи легко возвращается гиперемія и кровотеченіе.

7. Введеніе лекарственныхъ веществъ въ матку.

А. Введеніе жидкостей.

Дабы очистить полость матки отъ отдѣляемаго, крови, остатковъ ткани послѣ выскабливанія, а главное чтобы дезинфицировать ее, необходимо пропустить черезъ нее большія количества жидкости; можно при этомъ имѣть въ виду и дѣйствіе соотвѣтственнаго лекарства. Если

примѣняютъ сильно дѣйствующія средства при нормально широкой полости, то вводятъ заразъ только нѣсколько капель.

Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ простымъ промываніемъ, во второмъ—съ собственно лекарственнымъ впрыскиваніемъ.

Промываніе матки производится помощью ирригатора, но вмѣсто обыкновеннаго наконечника берется *маточный катетеръ*; подобнаго рода инструменты предложены *Schultze*, *Bozeman*'омъ, *Fritsch*'емъ, *Schroeder*'омъ, *Freund*'омъ, *Piskatschek*'омъ, *Breus*'омъ и многими другими. Мы почти исключительно пользуемся женной желобкомъ, слегка S-образно изогнутой трубкой (рис. 37 и 38), на концѣ которой находятся отверстия съ хорошо закругленными краями, далѣе также канюлей *Breisky* или катетеромъ *Bozeman-Fritsch'a* (рис. 39), видоизмѣненнымъ въ томъ отношеніи, что его маточный конецъ конической формы, дабы можно было тѣмъ же инструментомъ тутъ же расширить шейку. Только при очень широкой маткѣ мы употребляемъ простой стеклянный катетеръ съ отверстіемъ на концѣ. И здѣсь самое простое есть самое лучшее; правда, трудность обеззараживанія сложныхъ инструментовъ устраняется тѣмъ, что они изготовлены изъ металла и, слѣдовательно, ихъ можно прокалить надъ пламенемъ предъ употребленіемъ, если только они не мягко спаяны.

Самое существенное условіе заключается въ томъ, что шеечный каналъ долженъ быть настолько широкъ, чтобы рядомъ съ катетеромъ оставалось мѣсто для вытеканія впрыснутой жидкости.

Для промываній матки употребляютъ обезпложенную воду, 0,6% растворъ поваренной соли

Рис. 36.
Скарификаторъ.

или 1—2% растворъ соды, для обеззараживанія—карболовую кислоту, сулему, тимоль, салициловую кислоту, лизоль и т. д., или также одно изъ вышеупомянутыхъ вяжущихъ въ половинной противъ указанной для влагалища крѣпости.

Для выполненія ирригации, которую мы не совѣтуемъ дѣлать амбулаторно, по крайней мѣрѣ въ началѣ леченія, больную укладываютъ на спинѣ съ приподнятой верхней частью тѣла (положеніе, сопряженное съ отрицательнымъ внутрибрюшнымъ давленіемъ, можетъ благоприятствовать вступленію жидкости въ маточныя вены и въ трубы), съ помощью ложкообразнаго зеркала обеззараживаются влагалище и влагалищную часть, въ случаѣ надобности фиксируютъ послѣднюю



Рис. 37.
Цилиндриче-
скій маточный
катетеръ.

Рис. 38.
Катетеръ съ же-
лобкомъ для
стока жидкости.

пулевыми щипцами и затѣмъ вводятъ катетеръ въ матку, пока жидкость вытекаетъ,

Вольшую частью примѣняютъ лишь высоту давленія въ 0,5—1 метръ; катетеръ слегка передвигаютъ туда и сюда, чтобы удалить сгустки, приставшіе къ оконкамъ его и къ стѣнкѣ матки, и чтобы дать жидкости всюду проникнуть. Во время ирригаціи наблюдаютъ за пульсомъ и дыханіемъ больной; рѣже, чѣмъ при промываніи пуэрперальной матки, но все-таки иногда появляются боли, обморокъ, коллапсъ, различные нервныя припадки, требующіе немедленнаго перерыва. Далѣе, слѣдятъ за безпрепятственнымъ оттокомъ жидкости.

Количество промывной жидкости зависитъ отъ цѣли, которую мы преслѣдуемъ, и отъ характера случая. Между тѣмъ какъ при простомъ хроническомъ эндометритѣ, наприѣръ, достаточно 1—2 литровъ, необходимо при ихорозныхъ процессахъ и наличности некротической ткани въ маткѣ пропустить нѣсколько литровъ жидкости. Когда хотя бы окончить промываніе, то удаляютъ катетеръ, пока жидкость еще вытекаетъ, и оставляютъ больную лежать еще нѣкоторое время.

При правильномъ выполненіи теперь рѣдко наблюдаются такія тяжелыя явленія, какія встрѣчались въ прежнія времена; наличное воспаленіе можетъ усилиться въ слѣдствіе того, что отъ промываній теряются сращения и вызываются маточныя сокращенія; воздухъ или жидкость, а также заразительный секретъ могутъ попасть въ трубы и оттуда въ брюшную полость; при несоблюденіи указанныхъ правилъ не исключено даже

вхожденіе жидкости или воздуха въ маточныя вены.— Не надо, далѣе, забывать, что при широкой и вялой маткѣ жидкость не омываетъ равномерно всѣ части полости.

Острыя и подострыя воспаленія, особенно параметрія и придатковъ,



Рис. 39.
Коническій маточный
катетеръ.
(Fritsch-Bozeman).



Рис. 40.
Шприцъ для внутриматоч-
ныхъ впрыскиваній.
(Hoffmann).

служать противопоказаніемъ для ирригаци; при перитонитическихъ срощеніяхъ, при опухоляхъ, сильно измѣняющихъ направленіе маточной полости, у очень чувствительныхъ больныхъ, обнаруживающихъ повышенную рефлекторную возбудимость, необходимо дѣйствовать съ удвоенной осмотрительностью.

Непрерывнаго орошенія, предложеннаго *Schücking*’омъ, *Fritsch*’емъ и др., мы не примѣняемъ болѣе.

Чтобы вводить въ матку сильно дѣйствующія средства въ малыхъ количествахъ, пользуются *Braun*’овскимъ шприцемъ; по примѣру *Hoffmann*’а, мы снабжаемъ этотъ шприцъ гибкой серебряной канюлей, которая на маточномъ концѣ имѣетъ нарѣзки и нѣсколько маленькихъ отверстій (рис. 40); конецъ канюли обертывается ватой, и такимъ образомъ обезпечивается медленное вытеканіе и болѣе равномерное распределеніе впрыскиваемой жидкости.

Эти внутриматочныя впрыскиванія, практиковавшіяся уже *Jobert*’омъ и *Lisfranc*’омъ, долгое время составляли единственный способъ введенія жидкостей въ матку. Въ прежнія времена они имѣли послѣдствіемъ рядъ несчастныхъ случаевъ (*Haselberg*, *Gubian*, *Hegar* и *Kaltenbach* и др.), вслѣдствіе чего существенно ограничили ихъ примѣненіе. Однако, мы не можемъ вполне обходиться безъ нихъ, и въ послѣднее время они снова получаютъ распространеніе (*Olshausen*).

Для впрыскиваній берутъ полуторохлористое желѣзо (особенно при кровотеченіяхъ), іодную настойку, хлористый цинкъ съ примѣсью глицерина; послѣдній мѣшаетъ образованію крупныхъ свертковъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ ослабляетъ нѣсколько дѣйствіе медикамента. Понятно, что чѣмъ больше и плотнѣе образуемые свертки, тѣмъ энергичнѣе сокращается матка, чтобы вытолкнуть ихъ, и тѣмъ легче задерживается оттокъ жидкости. Опыты на трупахъ *Hennig*’а, *Klein*’а, *Rokitansky* и др. показали, что только при сильномъ давленіи жидкость изъ матки можетъ проникнуть въ трубы; однако, это нельзя безъ дальнѣйшихъ ограниченій переносить на патологическое состояніе матки у живой женщины, и возможность перехода жидкости въ трубы твердо установлена; далѣе, надо имѣть въ виду указанную *Schwarz*’емъ возможность заноса заразнаго матеріала въ трубы.

Впрыскиваніе сильнодѣйствующихъ средствъ вызываетъ сильное раздраженіе, на которое матка отвѣчаетъ внезапнымъ сокращеніемъ; послѣднее сказывается иногда жестокими болями, наступающими уже во время самаго впрыскиванія, особенно если содержимое матки не находитъ выхода наружу; при этихъ условіяхъ мыслима и задержка лекарства. Тѣмъ не менѣе надо полагать, что большинство наблюдавшихся въ прежнія времена заболѣваній сводятся къ поврежденіямъ слизистой оболочки шприцемъ и къ зараженію. Безусловно противопокажется подобное впрыскиваніе при свѣжемъ воспаленіи, при наличности открытыхъ сосудовъ, язвъ, поврежденій, въ особенности послѣ прободенія матки и, разумѣется, при недостаточномъ раскрытіи шеечнаго канала.

Для производства внутриматочныхъ впрыскиваній, больную укладываютъ на спинѣ, сочетаннымъ изслѣдованіемъ еще разъ контролируютъ, нѣтъ-ли чувствительности, воспаленія, дезинфицируютъ черезъ зеркало, вводятъ зондъ и затѣмъ наконецникъ шприца, который не долженъ содержать воздуха; достигнувъ дна матки, вытягиваютъ шприцъ нѣсколько назадъ и медленно выпускаютъ жидкость. Послѣ впрыскиванія можно избытокъ жидкости снова вобрать шприцемъ, но это часто

слишкомъ сильно раздражаетъ. Затѣмъ промываютъ влагалище, вкладываютъ рыхлый тампонъ и укладываютъ больную въ кровать; никогда не слѣдуетъ производить внутриматочное впрыскиваніе амбулаторно. При нейральныхъ боляхъ даютъ narcotica, а также зондируютъ, чтобы сдѣлать проходимымъ каналъ матки. При повышеніи температуры, учащеніи пульса и появленіи воспалительныхъ симптомовъ обращаются къ соответственному противовоспалительнымъ мѣрамъ.

В. Примѣненіе прижигающихъ средствъ.

Какъ во влагалище, такъ и въ матку можно удобнымъ образомъ вводить жидкость посредствомъ ватной кисточки. Для этого примѣняютъ зондъ съ винтовыми нарезками, наматывая на него болѣе или менѣе толстый слой ваты. Эта манипуляція производится подъ руководствомъ зеркала; часто приходится фиксировать влагалищную часть, если у внутренняго зѣва встрѣчается сопротивленіе, ибо при недостаточно быстромъ прохожденіи лекарство стирается о внутренній зѣвъ, вызывая его сокращеніе, и тогда введеніе кисточки становится невозможнымъ. Поэтому необходимо также обезпечить себѣ известную ширину шейчнаго канала. Мы расширяемъ предварительно введеніемъ набухающей палочки на нѣсколько часовъ или прибѣгаемъ къ быстрому расширенію посредствомъ дилатора *Ellinger'a*. Можно также ввести въ шейку короткую трубочку и черезъ нее войти кисточкой. Кисточку оставляютъ въ маткѣ на $\frac{1}{2}$ минуты до минуты; сокращеніемъ стѣнокъ жидкость выжимается, и весь эндометрій приходитъ съ нею въ прикосновеніе. При выниманіи кисточки снова встрѣчаютъ препятствіе въ области внутренняго зѣва, которое преодолѣваютъ легкимъ потягиваніемъ, поворачивая въ то же время инструментъ въ направленіи винтового нарезки, дабы вата не размоталась.

Этотъ способъ примѣненія жидкости наиболѣе простъ, безопасенъ и легко выполнимъ; но и здѣсь надо считаться со свѣжими воспаленіями.

Если имѣется въ виду обеззараживаніе полости, то необходимо повторное вытираніе кисточкой; кромѣ названныхъ уже средствъ, мы примѣняемъ охотно для этой цѣли еулемовый алкоголь (1 : 100), и притомъ значительномъ количествѣ его, которое требуется, мы никакихъ дурныхъ послѣдствій не видали. Если дѣло идетъ, какъ это чаще всего и бываетъ, о хроническомъ эндометритѣ, то вытираютъ при кровоточеніяхъ полуторохлористымъ желѣзомъ (мы примѣняемъ его только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ), хлористымъ цинкомъ и іодной настойкой, при сильномъ отдѣленіи—ихтіоломъ, квасцами, сѣрнокислыми цинкомъ или мѣдью, свинцовымъ или древеснымъ уксусомъ, танниномъ. Для крѣпкихъ прижиганій примѣняютъ дымящуюся азотную или хромовую кислоту, бромъ, хлористый цинкъ.



Рис. 41. Рис. 42.
Маточная палочка.

С. Лекарственная палочка.

Для введения твердыхъ веществъ въ полость матки предложены были первоначально *Becquerel'*емъ и *Rodier* палочки. Мы пользуемся главнымъ образомъ іодоформными палочками въ 0,5—5,0 вѣсомъ, но въ этомъ же видѣ могутъ быть примѣняемы и другія лекарства: танинъ, полуторохлористое желѣзо, азотнокислое серебро, аристокль (*Swieczicki*), алумноль (*Fritsch*), *bismuthum subnitricum* и т. д.; въ послѣднее время *Schäffer*, *Mackenroth*, *Bröse* и мн. др. горячо рекомендуютъ хлористый цинкъ, но надо быть осторожнымъ съ его употребленіемъ изъ-за возможности образования стеноза (*Kochenburg*, *tehlig*, *Sänger*). Прибавка кокаина или морфія можетъ уменьшить вызываемыя палочкой боли. Какъ *constituens* этихъ палочекъ примѣняютъ *tragacantha*, какаоовое масло или растительный порошокъ съ глицериномъ. Эти палочки должны долгое время оставаться гибкими, такъ какъ въ твердомъ состояніи онѣ легко ломаются и даже могутъ поранить матку; ихъ вводятъ либо прямо корнцангомъ, либо *Dittel'*евскимъ *porte-remède*, который представляетъ скошенную спереди трубку съ obturatorомъ.

Въ прежнее время для внутриматочныхъ прижиганій примѣнялся почти исключительно ляписъ, теперь же его весьма неосновательно почти совсѣмъ забросили, оставивъ только для прижиганій влагалищной части: онъ не разъ оказывалъ намъ хорошія услуги, когда другія средства измѣняли, въ особенности при кровотеченияхъ послѣ выкидыша, при *endometritis decidua*. Вводится ляписная палочка либо просто, либо съ помощью портъ-каустика *Chiari*; затѣмъ вкладывается тампонъ, во-первыхъ, чтобы не дать палочкѣ выскользнуть, во-вторыхъ, чтобы вбирать расплывающееся лекарство.

D. Тампонація матки.

Тампонація матки является превосходнымъ средствомъ какъ для введенія лекарствъ въ матку, такъ и для воздѣйствія путемъ давленія на слизистую оболочку и высушиванія ея. Предложенная впервые *Kristeller'*омъ, *Hegar'*омъ и *Kaltenbach'*омъ, она приобрѣла обширное распространеніе, преимущественно благодаря *Fritsch'*у, который удачно назвалъ этотъ способъ «пломбированіемъ» матки. Мы употребляемъ для этого исключительно полоски обезпложенной марли, большею частью іодоформной, которая иногда еще смачивается лекарствомъ, или съ самаго начала берется сулемовая, хлористоцинковая марля и проч. Въ спинномъ или боковомъ положеніи больной, послѣ предварительной дезинфекціи, фиксируютъ въ зеркалѣ влагалищную часть, спринцуютъ, затѣмъ захватываютъ полоску марли дренажными щипцами (*Gattorno*) и вводятъ ее до дна; удаливъ щипцы, набиваютъ марлей каждый уголокъ матки замкнутымъ инструментомъ; если больше не входитъ, то отрѣзываютъ полоску въ 5—6 см. отъ зѣва и вкладываютъ влагалищный тампонъ. Подобнаго рода повторная тампонація представляетъ также отличное средство для очистки матки, особенно послѣ выскабливанія. Въмѣсто дренажныхъ щипцовъ, пользуются также палочкой *Fritsch'*а (*Uterusstopfer*), имѣющей шероховатость или нарѣзки на концѣ. Многочисленные инструменты, предложенные для тампонаціи, доказываютъ, что это излюбленный методъ, но можно обойтись всякой хорошо обеззараженной, гибкой, цилиндрической или слегка конической палочкой (*Sänger*). Дабы не затащить въ полость

матки зародыши из шейки, *Kehrer* предложил вводить марлю через маленькую стеклянную воронку.

Условіемъ выполнимости тампонаціи является извѣстная ширина шеечнаго канала; поэтому часто приходится предпосылать расширеніе;

но разъ тампонаціа произведена, то она поддерживаетъ полость расширенной, что весьма выгодно, такъ какъ облегчаетъ всякую внутриматочную манипуляцію. Иодоформную марлю можно оставлять въ маткѣ на 2—3 дня, затѣмъ ее удаляютъ медленнымъ потягиваніемъ и при надобности снова тампонируютъ. Этотъ родъ леченія мы охотно примѣняемъ при различныхъ формахъ хроническаго эндометрита, сопровождающихся обильными выдѣленіями; далѣе онъ прямо неопѣнимъ при кровоточеніяхъ изъ матки, въ частности послѣ вылученія міомъ, причемъ хорошо могутъ быть придавлены остатки капсулы и выполнены всѣ бухты.

Тампонаціа дѣйствуетъ также какъ дренажъ, отводя наружу маточные секреты, мѣшая ихъ накопленію, и мы не ощущаемъ надобности въ другихъ способахъ дренированія маточной полости, предложенныхъ *Schücking*'омъ, *Fehling*'омъ, *Schwarz*'омъ и др. Опасность тампонаціи заключается въ поврежденіяхъ инструментомъ и въ погрѣшностяхъ противъ асептики, сюда же можно причислить задержку секрета вслѣдствіе неправильнаго выполненія тампонаціи. Всѣ упомянутыя выше противопоказанія имѣютъ силу и здѣсь; впрочемъ,



Рис. 43.

Рис. 44.

Гладкіе дренажные щипцы.

часто приходится отказываться отъ этого приема вслѣдствіе чрезмѣрной чувствительности пациентки.

8. Выскабливаніе.

Если какой-нибудь методъ можетъ иллюстрировать измѣпчивость нашихъ возрѣній, то это именно выскабливаніе матки. Предложенное въ первой половинѣ этого столѣтія *Jobert*'омъ, *Récamier*, а позже горячо расхваленное *Sims*'омъ, оно скоро встрѣтило столько ожесточенныхъ противниковъ, что, несмотря на авторитетъ *Simon*'а и *Hegar*'а, оно мало прививалось, и только *Olshausen*'у удалось доставить этому методу столь широкое распространеніе, что мы теперь ударились въ противоположную крайность. Долгое время соперничало

съ выскабливаніемъ примѣненіе прижигающихъ средствъ; теперь комбинируютъ оба метода и прижигаютъ послѣ выскабливанія, отчего эффектъ получается болѣе быстрый и полный.

Выскабливаніе матки предпринимается либо съ *диагностическою*, либо съ *лечебною* цѣлью; въ первомъ случаѣ добывается матеріалъ болѣею частью для рѣшенія вопроса, имѣется-ли эндометритъ и какого рода, или ракъ, саркома, аденома. Выскобленные частицы обрабатываютъ лучше всего сулемой, затѣмъ алкоголемъ, окрашиваютъ, затѣмъ кладутъ въ толуоль, наконецъ заключаютъ въ параффинъ (*Döderlein*).

Съ лечебною цѣлью мы выскабливаемъ чаще всего при тѣхъ формахъ эндометрита, которыя сопровождаются кровотеченіемъ, слѣдовательно, главнымъ образомъ при гиперплазіи железистыхъ элементовъ, далѣе при *endometritis decidua*, между тѣмъ какъ при бациллярныхъ формахъ съ гнойнымъ отдѣленіемъ и въ особенности при гонорройномъ эндометритѣ выскабливаніе такъ же мало умѣстно, какъ и при *endometritis interstitialis*. Слизистая оболочка шейки, благодаря необыкновенно плотному остову, въ которомъ заложены железы, представляетъ менѣе подходящую почву для кюретки, и поэтому употребленіе послѣдней надо ограничивать полостью тѣла матки.

Если въ настоящее время часто безъ разбора и въ общемъ слишкомъ много выскабливаютъ, то еще болѣе грѣшатъ предположеніемъ, что одного выскабливанія достаточно для излеченія эндометрита. Это невѣрно. Удаливъ больные элементы слизистой оболочки, мы отнюдь не можемъ питать увѣренность, что образующаяся вновь слизистая будетъ нормальной; наоборотъ, именно послѣ выскабливанія мы должны прибѣгнуть къ лекарственному воздѣйствію, въ частности къ прижиганію, чтобы преобразовать характеръ ткани (*Werth*).

Düvelius опровергъ упрекъ, сдѣланный выскабливанію, будто оно ведетъ къ полному уничтоженію слизистой оболочки; онъ доказалъ, что изъ остатковъ ея такъ же, какъ въ пуэрперальномъ періодѣ, образуется новая слизистая оболочка, а не рубцовая ткань, впрочемъ, клинически это давно было доказано многочисленными случаями беременности послѣ выскабливанія. Тѣмъ не менѣе подобныя явленія возможны. Мы неоднократно наблюдали послѣ выскабливанія атрофію матки, аменоррею, а другіе (*Fritsch, Küstner*) даже полное зарощеніе маточной полости.

Послѣ эндометрита наиболѣе частое показаніе для выскабливанія даютъ новообразованія. *Simon* первый подробно описалъ и рекомендовалъ этотъ методъ леченія, и въ частности при неоперируемыхъ карциномахъ мы ничего не имѣемъ противъ острой ложки съ послѣдующимъ прижиганіемъ.

Изъ инструментовъ нужны ложки *Simon*'а различной величины; онѣ сдѣланы изъ стали, бываютъ острыя и полуострыя; на рукояткѣ долженъ быть значекъ, показывающій, куда обращена ложка. Для выскабливанія матки при эндометритѣ мы охотно примѣняемъ гибкую кюретку, сдѣланную въ видѣ узкой петли. Нужна также тупая, кривообразно изогнутая кюретка, для удаленія изъ полости соскобленныхъ частей. Если разрошенія крѣпко сидятъ, то ихъ отщепляютъ *Schultze* вескими ложкообразными щипцами (*Löffelzange*) или отрываютъ ихъ, если они сидятъ на ножкѣ, корнцангомъ.

Предъ самымъ выскабливаніемъ снова изслѣдуютъ, чтобы съ увѣренностью исключить всякое состояніе, которое могло бы послужить проти-

вопоказаніемъ (см. выше). *Zweifel* и *Döderlein* совѣтуютъ въ этомъ направленіи пробное примѣненіе разбухающихъ средствъ, которыя, впрочемъ, довольно часто употребляются для того, чтобы можно было кюреткой проникнуть въ матку и свободно передвигать ея. Хотя въ большинствѣ случаевъ достаточно, если кюретка безъ труда проходитъ черезъ внутренній зѣвъ, тѣмъ не менѣе предварительное расширеніе представляетъ большія выгоды, только нѣтъ надобности всегда расширять до прохожденія пальца.

Мы примѣняемъ большою частью наркозъ при выскабливаніи, ибо, хотя операція часто мало болѣзненна, но операторъ гораздо аккуратнѣе работаетъ, когда не приходится торопиться изъ вниманія къ больной; рѣже мы пользуемся кокаиномъ въ вышеописанной формѣ.

Послѣ тщательной дезинфекціи, въ спинномъ или боковомъ положеніи больной, устанавливаютъ влагалищную часть въ ложкообразномъ зеркалѣ, захватываютъ ее, если нужно, пулевыми щипцами, обеззараживаютъ полость матки и зондомъ еще разъ опредѣляютъ ея направленіе; затѣмъ расширяютъ при надобности расширителями *Hegar'a* или коническимъ катетеромъ настолько, чтобы средней величины кюретка легко проходила. вводятъ послѣднюю опущью въ матку и соскабливаютъ, начиная съ одного края, одну полосу слизистой оболочки за другою, дѣлая длинные взмахи сверху внизъ, отъ дна до внутренняго зѣва, пока передняя стѣнка не будетъ обнажена отъ слизистой оболочки, что обнаруживается своеобразнымъ хрустомъ вслѣдствіе тренія кюретки о *muscularis*. Затѣмъ поворачиваютъ инструментъ на 180° и такимъ-же образомъ выскабливаютъ заднюю стѣнку. Особенной тщательности требуютъ боковыя стѣнки и трубные углы—излюбленное мѣсто заболѣваній. Послѣ этого выскабливаютъ дно отъ одного конца до другого, для чего небольшая, прямая ложечка лучше подходитъ, чѣмъ кюретка. При слѣдовавшихъ послѣ выскабливанія полныхъ экстирпаціяхъ матки мы могли неоднократно убѣдиться, что возможно вполне удалить слизистую оболочку матки (*Werth, Küstner*).

Часто уже во время выскабливанія разросшаяся слизистая оболочка крупными хлопьями выходитъ изъ матки; въ другихъ случаяхъ приходится вводить тупую, крючкообразную кюретку и повторнымъ вытягиваніемъ инструмента удалять наскобленное, можно также примѣнить для

этого корнцангъ, ватную кисточку, а также кратковременную тампонацію полоской марли. По окончаніи выскабливанія промываютъ матку; мы вводимъ также въ матку смоченную іодной настойкой іодоформную палочку и вкладываемъ во влагалище іодоформную марлю. Если хотятъ примѣнить лекарства, то пользуются ватной кисточкой; мы вытираемъ матку іодной настойкой, хлористымъ цинкомъ и т. д.; можно также затампонировать и полость матки марлей.



Рис. 45.
Острая ложечка.



Рис. 46.
Кюретка.

При выскабливаніи новообразованій удаляютъ сперва быстрыми движеніями помощью крупной, острой ложки возможно большія массы, затѣмъ тщательно выскабливаютъ маленькой ложечкой, чтобы проникнуть въ самыя гнѣзда новообразованія между мышечными пучками. Послѣ этого прижигаютъ дымящейся азотной кислотой, хлористымъ цинкомъ (50%), бромомъ, или примѣняютъ раскаленное желѣзо, затѣмъ промываютъ и тампонируютъ. Мы того мнѣнія, что это тщательное и аккуратное выскабливаніе маленькой ложечкой есть причина поразительныхъ успѣховъ нашего палліативнаго леченія рака.

Часто при выскабливаніи довольно сильно кровоточить, такъ, напр., при ракъ и заболѣваніяхъ отпадающей оболочки, тогда слѣдуетъ только быстро оперировать; когда больная ткань удалена до здороваго основанія, то кровотеченіе большею частью утихаетъ и вполне останавливается прижиганіемъ. Впрочемъ, съ кровотеченіемъ можно совладать посредствомъ тщательной тампонаціи полости матки. Послѣ выскабливанія большую на нѣсколько дней (5—6) оставляютъ въ постели, наблюдаютъ за температурой и пульсомъ, при малѣйшемъ воснаделительномъ пораженіи не позволяютъ и послѣ этого срока встать съ постели. Мы самымъ настойчивымъ образомъ предостерегаемъ предпринимать подобныя операціи на амбулаторномъ приѣмѣ. Влагалищный тампонъ удаляютъ спустя сутки, а на второй день и внутриматочную марлю, дѣлаютъ влагалищныя спринцованія и только при повышеніи температуры промываютъ и матку.

Выскабливаніе включаетъ въ себѣ, конечно, извѣстныя заклости, изъ коихъ на первомъ планѣ надо поставить зараженіе, затѣмъ прободеніе. Въ 1886 г. *Heinricius* собралъ 15 смертныхъ случаевъ послѣ *abrasio mucosae*, съ тѣхъ поръ обнародованы еще по 2 случая *Döderlein*'омъ и *Jackson Reeves*'омъ, одинъ *Rapain*'омъ и др. Мы сами знаемъ 4 подобныхъ случая изъ Вѣнской больницы за послѣднія 5 лѣтъ.

Прободеніе матки при выскабливаніи вслѣдствіе эндометрита есть всегда погрѣшность оператора; при новообразованіяхъ же, пронизывающихъ стѣнку органа, оно часто неизбѣжно. При подобныхъ условіяхъ мы много разъ перфорировали матку и безъ всякихъ тяжелыхъ послѣдствій, нужно только тотчасъ распознать прободеніе, не дѣлать промыванія и не примѣнять жидкихъ прижигающихъ. Если же образовалось крупное отверстіе въ маткѣ (мы видѣли случай, гдѣ петля тонкихъ кишекъ выпала въ матку), то остается выборъ между тампонаціей полости марлей, экстирпаціей матки и наложеніемъ швовъ.

Дальнѣйшая опасность операціи обуславливается заболѣваніемъ придатковъ; не разъ въ такихъ случаяхъ разрывъ гнойныхъ мѣшковъ велъ къ смерти, поэтому мы, согласно съ большинствомъ авторовъ (*Ségonat Trelat* и др.), при наличности трубнаго мѣшка либо совсѣмъ не выскабливаемъ, либо только при самомъ настоятельномъ показаніи, и то съ величайшей осторожностью, *не низводя матки*.

Въ діагностическомъ отношеніи примѣненіе кюретки ненадежно; маленькіе полипы могутъ ускользнуть какъ отъ зонда, такъ и отъ кюретки, и мы неоднократно лишь при ощупываніи открывали маленькія міомы, слизистые полипы, не распознанные кюреткой. Поэтому кюретку примѣняютъ главнымъ образомъ для добыванія матеріала для микроскопическаго изслѣдованія, ибо ощупываніе пальцемъ или корнгомъ даетъ болѣе вѣскіе результаты.

Мягкость матки хотя не служитъ *противопоказаніемъ*, но требуетъ удвоенной осмотрительности въ виду опасности прободенія; напротивъ,

лучше не браться за кюретку при новообразованияхъ, перешедшихъ на сосѣдніе органы (пузырь, прямая кишка), при свѣжихъ воспаленияхъ, особенно придатковъ, при гонорреѣ и при образовании опухоли. При наличности міомъ въ тѣлѣ матки выскабливаніе не только большею частью не имѣетъ успѣха, такъ какъ не всегда можно проникнуть во всѣ мѣста эндометрія, но иногда даже бываетъ сопряжено съ опасностью.

9. Примѣненіе пессаріевъ.

Пессаріи (pessi), кольца вводились въ половой каналъ съ самыхъ давнихъ временъ, между прочимъ для предупрежденія зачатія. Различаютъ влагалищные пессаріи, лежащіе во влагалищѣ и находящіе опору внутри или внѣ его, и внутриматочные пессаріи.

А. Влагалищные пессаріи.

Они бываютъ стебельчатые и нестебельчатые. Первые снабжены штифтомъ, выступающимъ изъ половой расщелины и фиксируемымъ Т-образной повязкой, пластинкой или бандажемъ (*Roser, Scanzoni, E. Martin, Lavedan* и т. д.). Этотъ выдающийся штифтъ причиняетъ неудобства, а при извѣстныхъ движеніяхъ (напр., когда садятся) и вредъ, поэтому мы примѣняемъ стебельчатые пессаріи лишь въ исключительныхъ случаяхъ, когда выпаденіе никакимъ инымъ путемъ устранить нельзя. Нестебельчатые пессаріи находятъ себѣ опору въ самомъ

влагалищѣ, напрягая его стѣнки, и косвеннымъ образомъ въ тазовомъ днѣ.

Въ прежнее время примѣнялось безчисленное множество пессаріевъ; теперь же мы ограничиваемся сравнительно небольшимъ числомъ ихъ и пользуемся почти исключительно кольцеобразными, *Hodge*'вскими,



Рис. 47. Полное кольцо



Рис. 48. Пессарій *Hodge*.

Schultze'вскими, и *Thomas*'овскими. Кольцевидные пессаріи бываютъ сплошные, тонкіе или полые, толстые — послѣдніе представляютъ то преимущество, что имѣютъ большую поверхность прикосновенія съ влагалищемъ; кольца изготавливаются изъ твердаго каучука, целлюлоида, серебра, лучше всего изъ алюминія. При узкомъ влагалищномъ входѣ примѣняютъ также пружинящіе кольца; они состоятъ изъ стальной пружины, обтянутой мягкой резиной; будучи введены въ сжатомъ видѣ, они снова принимаютъ кольцеобразную форму. Для введенія ихъ предложены особенные инструменты (напр. *Fritsch*'а), но при нѣкоторомъ навыкѣ можно обходиться безъ инструмента; кольцо зажимаютъ между указательнымъ и большимъ пальцемъ и вводятъ его въ косомъ размѣрѣ вульвы, чтобы избѣжать давленія на мочеиспускательный валикъ. Бывшія прежде въ ходу *Mayer*'овскія кольца изъ сплошного или пористаго вулканизированнаго каучука, а также воздушные пессаріи, которые надуваются, когда уже лежатъ во влагалищѣ, вышли теперь изъ употребленія. *Кольцевидные пессаріи* мы примѣняемъ глав-

нымъ образомъ при смѣщеніяхъ матки и влагалища книзу, а также для ограниченія подвижности матки.

Наряду съ кольцевидными наиболѣе въ ходу *Hodge*'вскіе пессаріи: они изготовляются изъ того же матеріала и представляютъ S-образно изогнутый по поверхности продолговатый овалъ, котораго верхняя дужка шире нижней. Эти пессаріи имѣются въ продажѣ въ разныхъ величинахъ, но можно ихъ самому выгнуть изъ целлюлоидныхъ или твердыхъ каучуковыхъ колецъ, размягчивъ послѣдніе предварительно въ кипящей водѣ, целлюлоидъ же формуется и въ менѣе горячей водѣ. Эти пессаріи *Hodge* по своей формѣ болше всего соотвѣтствуютъ направленію влагалища, и такъ какъ они узки, то могутъ быть вводимы и при сравнительно узкомъ влагалищномъ входѣ. При смѣщеніяхъ впередъ ихъ вкладываютъ такимъ образомъ, чтобы широкая дуга смотрѣла вверхъ и назадъ, а узкій конецъ внизъ и впередъ; при смѣщеніяхъ же назадъ широкой конецъ пессарія долженъ быть обращенъ впередъ и вверхъ, а узкій загнуть назадъ и внизъ.



Рис. 49. Пессарій *Thomas's*а.

При смѣщеніяхъ матки назадъ примѣняется также сильно S-образно изогнутые пессаріи или такіе, верхняя дуга которыхъ обладаетъ полымъ утолщеніемъ, ко-



Рис. 50. 8-образный пессарій.

торое вкладывается въ задній влагалищный сводъ и такимъ образомъ обезпечиваетъ ретропозицію шейки (пессарій *Thomas's*а).

Также хорошо удерживаютъ матку въ нормальномъ положеніи санный и 8-образный пессарій *Schultze*, которые могутъ быть изогнуты изъ целлюлоиднаго кольца или изъ гибкой мѣдной проволоки, обтянутой мягкимъ каучукомъ. Санный пессарій представляетъ сильно согнутое кольцо, которое вкладывается такимъ образомъ, что матка покоится на передней дужкѣ инструмента; при широкомъ и вяломъ влагалищѣ дѣлаютъ переднюю дужку очень широкой, иначе пессарій легко выскользаетъ. *Schultze*'вская восьмерка представляетъ собою двойную петлю; въ одну входитъ влагалищная часть, а другая покоится на влагалищной стѣнкѣ. Оба эти пессарія также производятъ ретропозицію влагалищной части, такъ что тѣло матки должно оставаться спереди; однако 8-образные пессаріи, которые вообще годятся болѣе для дѣвственницъ и для женщинъ съ крѣпкимъ тазовымъ дномъ, имѣютъ тотъ недостатокъ, что они дѣлаютъ половыя сношенія почти невозможными.

Къ этой же категоріи относятся предложенные различными авторами колебелеобразные пессаріи (*Olshausen*, *Vulliet*, *Walcher* и т. д.). Предложенный *Breisky* яйцевидный пессарій для пролапсовъ у старыхъ женщинъ не примѣняется нами болѣе, такъ какъ онъ часто причиняетъ затрудненія при мочеиспусканіи, задерживаетъ оттокъ секрета изъ влагалища и болшею частью лишь съ трудомъ удаляется помощью особыхъ щипцовъ. Подобно *Schultze*'вской восьмеркѣ дѣйствуетъ предложенный *Fritsch*'емъ пессарій для ретроверсії. Различныя видоизмѣненія *Hodge*'вскаго кольца (открытый спереди пессарій, загибъ передней дужки во избѣжаніе давленія на уретру, смѣна твердыхъ частей кольца мягкими) не въ употребленіи болѣе у насъ.

Хотя въ настоящее время мы должны смотрѣть на пессаріи только какъ на костыли, тѣмъ не менѣе примѣненіе ихъ еще очень обширное;

если прежде они были единственнымъ средствомъ при смѣщеніяхъ, то теперь они соперничаютъ съ различными другими методами леченія, какъ массажъ, перинеопластика, кольпоррафія, вентро- и вагинофиксация, операція *Alexander-Adams's'a*. Хотя надо всегда, въ особенности при выпаденіи матки, стремиться къ радикальному леченію, но и здѣсь, вѣдь, бываютъ извѣстныя противопоказанія къ операціи, напр. опасность отъ долгаго лежанія для старыхъ больныхъ, опасность паркоза и проч., такъ что и въ настоящее время мы еще отнюдь не можемъ обходиться безъ пессаріевъ, несмотря на ихъ недостатки; но мы тогда не должны разсчитывать достигнуть пессаріемъ полного излеченія, въ большинствѣ случаевъ приходится довольствоваться чисто симптоматическимъ успѣхомъ.

Пессаріи употребляются для исправленія неправильныхъ положеній половыхъ органовъ, главнымъ образомъ матки, но также для ограниченія подвижности этихъ органовъ, дабы не теребились сращения или воспаленныя части, рѣже для растяженія старыхъ сращеній.

Такъ какъ все влагалищныя пессаріи держатся главнымъ образомъ напряженіемъ влагалищныхъ стѣнокъ, то равномерная растяжимость послѣднихъ является первымъ условіемъ, которое констатируется изслѣдованіемъ двумя пальцами; предложенныя для этого измѣрительныя приборы не пригодны. Рубцы, тяжи, опухоли, частичныя либо полныя сращения или сморщиванія влагалища, паравагинальные инфиль-



Рис. 51.

Самый пессарій
Schultze.

Рис. 52

Онъ-же съ широкой дужкой.

траты дѣлаютъ употребленіе пессаріевъ большею частью невозможнымъ. Круглыя инструменты въ особенности требуютъ равномерной растяжимости влагалищныхъ стѣнокъ, между тѣмъ какъ продолговатые пессаріи напрягаютъ влагалище только въ одномъ направленіи. Смѣщенія самого влагалища лишь рѣдко поддаются успѣшному леченію пессаріями; выпавшая стѣнка легко выступаетъ подъ пессаріемъ или сквозь него, и въ особенности при первичномъ выпаденіи передней влагалищной стѣнки пессарій почти всегда теряетъ свою опору, скользитъ книзу и затѣмъ наружу, и часто мы вынуждены производить пластическую операцію, чтобы создать опору для кольца.

Если хотять дѣйствовать пессаріемъ на матку, то необходимо, чтобы послѣдняя была подвижна; поэтому часто приходится предпринять подготовительное леченіе всасывающими средствами, массажемъ; нерѣдко прилегающіе къ влагалищному своду болѣзненные яичники или опухоли придатковъ совершенно запрещаютъ примѣненіе кольца. Отдѣленіе фиксированной матки производится либо посредствомъ массажа, либо насильственно по способу *Schultze*, причемъ подъ глубокимъ наркозомъ сращения разрываются или протираются пальцами, работающими навстрѣчу другъ другу со стороны влагалища (ев. прямой кишки) и брюшныхъ покрововъ. Необходимо, далѣе, чтобы существовала извѣстная соразмѣрность между силой пессарія и вѣсомъ матки; если

послѣдняя слишкомъ тяжела, какъ при міомахъ, гипертрофій, то кольцо не можетъ дѣйствовать, такъ какъ пришлось бы производить такое растяженіе влагалища, какого больныя не могли бы переносить.

При леченіи всѣхъ смѣщенныхъ должны быть соблюдаемы слѣдующія правила: 1) надо устранить воспалительныя осложненія, 2) вправить (героситіо), 3) удержать въ нормальномъ положеніи (retentio); для послѣдней цѣли служатъ пессаріи. Такимъ образомъ органъ надо привести раньше въ то положеніе, въ которомъ мы хотимъ его удержать пессаріемъ, выпаденіе должно быть вправлено, наклоненная назадъ матка приведена въ антеверсію. Инструменты, употреблявшіеся для вправленія матки, заброшены, хотя нельзя отрицать, что иногда зондомъ легче и нѣжже удается поднять матку, нежели обычнымъ бимануальнымъ способомъ.

Предъ введеніемъ кольца промываютъ влагалище дезинфицирующимъ растворомъ,—но надо избѣгать вяжущихъ средствъ,—прямая кишка и пузырь должны быть опорожнены, пессарій обтираютъ сушеной или вывариваютъ, смазываютъ вазелиномъ и, отдавливая сильно книзу заднюю спайку, во избѣжаніе болѣзненнаго давленія на валикъ уретры, вводятъ его въ косомъ размѣрѣ вульвы; для кольцевидныхъ пессаріевъ примѣняютъ вращательное движеніе. Правильный выборъ формы и величины инструмента требуетъ опытности и технической ловкости, однако самому опытному случается, что первый инструментъ не подходитъ, и приходится испробовать нѣсколько одинъ за другимъ. Всякій правильно введенный пессарій долженъ лежать такъ, чтобы влагалищная часть матки стояла въ его просвѣтѣ и смотрѣла взадъ, только тогда тѣло матки сохраняетъ свое физиологическое положеніе, благодаря дѣйствующему на его заднюю поверхность внутрибрюшному давленію.

Тотчасъ послѣ введенія провѣряютъ положеніе влагалищной части, напряженіе влагалища, заставляютъ больную натуживаться, кашлять, а также встать, поднять что нибудь тяжелое, затѣмъ снова изслѣдуютъ. Обычная ошибка начинающихъ заключается въ томъ, что они съ самаго начала берутъ слишкомъ большіе инструменты, мы, напротивъ, стараемся обходиться возможно меньшими; разъ инструментъ слишкомъ великъ, то влагалище чрезмѣрно растягивается, наступаютъ затрудненія при дефекаціи и мочеиспусканіи, появляются обильныя бѣли, кольцо вдавливаются въ стѣнки влагалища, вызываетъ воспаленіе, эрозіи, даже пролежни, которые могутъ повести къ прободенію въ пузырь и въ прямую кишку. Слишкомъ малый пессарій не можетъ служить достаточной опорой, легко измѣняетъ свое положеніе и при сильномъ напряженіи, напр. при натуживаніи во время дефекаціи, выпадаетъ,—другого ущерба онъ не приноситъ. Отпуская больную, строго наказываютъ удалить кольцо, лишь только появятся какія-либо незнакомыя ей до тѣхъ поръ ненормальныя ощущенія или сильныя бѣли; больныя обыкновенно легко справляются съ этимъ, еще лучше прибѣгнуть къ врачу.

Всякій пессарій, какъ постороннее тѣло, дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на влагалище; сила этого раздраженія зависитъ отъ растяженія влагалища, слѣдовательно также отъ величины инструмента, далѣе отъ свойства послѣдняго, въ особенности его поверхности. Между тѣмъ какъ твердыя, но гладкія кольца причиняютъ незначительное раздраженіе, шероховатые пессаріи, каковы всѣ мягкіе каучуковые, очень скоро вызываютъ усиленное отдѣленіе; поэтому во время носенія ихъ надо дѣлать промыванія влагалища *kalium hypermang.* лизо-

ломъ и т. п. Хорошо прилаженный пессарій, помимо ощущенія при введеніи инструмента, не долженъ причинять ни боли, ни затрудненій при испражненіи и мочеиспусканіи, большинство колець не мѣшаютъ также совокупленію.

Въ началѣ леченія совѣтуютъ женщинамъ снова показаться черезъ нѣсколько дней; если пессарій хорошо переносится, то онъ можетъ долгое время лежать во влагалищѣ. Вреднымъ преувеличеніемъ является ежедневное удаленіе и вкладываніе кольца—мы вообще противъ введенія самую больную,—но ошибочно также слишкомъ долго оставлять инструментъ во влагалищѣ; больной наказываютъ являться каждый мѣсяць, однако не раздражающій пессарій можетъ лежать и нѣсколько мѣсяцевъ, но потомъ его удаляютъ и изслѣдуютъ зеркаломъ влагалище и *portio vaginalis*, нѣтъ-ли ссадинъ, изъязвленій и т. п.

Критическое время это—климактерій, когда сморщиваніе половыхъ органовъ нерѣдко идетъ быстрыми шагами; мы часто видѣли, что пессаріи, введенные въ предклимактерическомъ возрастѣ и вполнѣ подходившіе тогда, становились слишкомъ велики для сѣзвившагося влагалища и могли быть удалены только по кускамъ.

Помимо воспаления, которое можетъ быть вызвано пессаріемъ, наибольшая опасность заключается въ пролежняхъ влагалища; по этому предмету *Neugebauer* собралъ богатую казуистику. Вполнѣ заслуженную дурную славу имѣютъ въ этомъ отношеніи такъ наз. *Zwack-Schilling*'овскіе пессаріи, и, къ нашему удивленію, они еще примѣняются многими врачами, которымъ не хватаетъ умѣнія обращаться съ кольцами; однажды, напр., мы нашли этотъ инструментъ однимъ крыломъ въ пузырьѣ, а другимъ въ прямой кишкѣ, дефекація совершалась черезъ круглое отверстіе крыла.

Если кольцо слишкомъ долго и слишкомъ сильно давить на влагалище, то образуется сперва пролежневой желобокъ, съ краевъ котораго грануляціи обхватываютъ пессарій на-подобіе широкаго мостика, такъ что кажется, будто кольцо вросло въ стѣнку. Такъ какъ при подобныхъ условіяхъ предварительная дезинфекція невозможна, то мы охотно избѣгаемъ употребленія рѣзущихъ инструментовъ и предпочитаемъ извлекать пессарій по кускамъ. При сплошныхъ пессаріяхъ перерѣзываютъ переднюю дужку пугочатыми клещами или цѣпной пилой, поворачиваютъ кольцо на 90 или 100°, снова перерѣзываютъ и такимъ образомъ раздѣляютъ на нѣсколько кусковъ, которые легко протащить подъ мостикомъ, не производя дальнѣйшихъ пораненій; твердый каучукъ можно также разъединить горячимъ ножомъ или *Raquelin*'омъ, котораго, однако, нельзя примѣнять при целлюлоидныхъ пессаріяхъ. Волѣе трудно удаленіе полыхъ инструментовъ, толстаго кольца или яйцевиднаго пессарія, но и ихъ удается извлечь по кускамъ; только тогда, когда этотъ способъ удаленія совершенно невозможенъ, напр. если пессарій стеклянный, приходится перерѣзать мостики и тяжи, иногда также разсѣчь промежность и, по удаленіи кольца, наложить швы.

Между прочимъ, въ этихъ пролежневыхъ желобкахъ влагалища неоднократно наблюдалось развитіе рака; часто оттуда исходятъ воспалительные процессы влагалища и околослагалищной ткани, которые, распространяясь далѣе, могутъ повести къ разлитому параметриту.

Услѣхи пользованія пессаріями бываютъ часто прямо поразительны. Хотя мы большею частью настоящаго излеченія не достигаемъ, но часто сразу устраняемъ всѣ жалобы, а иногда получаемъ и стойкій

результатъ. Въ этихъ видахъ мы вкладываемъ, напримѣръ, пессарій послѣ вправленія перегнутой назадъ беременной матки, мы пользуемся имъ при временной недостаточности опорныхъ средствъ матки, мы создаемъ болѣе нормальныя условія кровообращенія, въ чемъ легко убѣдиться, такъ какъ на нашихъ глазахъ подъ влияніемъ употребленія кольца исчезаетъ гиперемія маточной губы и т. д.

Заразные процессы половыхъ органовъ совершенно запрещаютъ употребленіе пессаріевъ, тоже и воспаленіе, даже только въ окружности матки; далѣе временнымъ противопоказаніемъ служатъ изъясвленія влагалища и port. vaginalis.

В. Внутриматочные пессаріи.

Послѣ многолѣтняго спора интересъ къ этому вопросу изсякъ, и всѣ нѣмецкіе авторы почти отказались отъ примѣненія внутриматочныхъ пессаріевъ; тѣмъ не менѣе бываютъ единичные случаи, когда они еще примѣняются, какъ, напр., при ничѣмъ не устранимыхъ перегибахъ, аменорреѣ, особенно если эти состоянія причиняютъ тяжелыя рефлекторныя явленія. Существенной составной частью внутриматочнаго пессарія является штифтъ, который на 1—1½ стм. короче полости матки, на одномъ концѣ округленъ, а на другомъ снабженъ кружкомъ или пластинкой, которая мѣшаетъ выскальзыванію инструмента. Эта пластинка удерживается задней влагалищной стѣнкой, коль скоро portio vaginalis обращена назадъ, при смѣщеніяхъ же матки къзади подобный штифтъ легко выпадаетъ; поэтому устроены многочисленные инструменты для фиксаціи его (регуляторы съ пружинами, *Martin, Beigel, Detschy, Graily Hewitt* и т. д.), но они оставлены, такъ какъ они опасны и излишни. Прежде существовало много показаній для внутриматочнаго пессарія: перегибы матки, наклоненія, аменоррея (*Simpson* примѣнялъ тутъ электрической пессарій), дисменоррея, половая анестезія, разнаго рода рефлекторные неврозы, бесплодіе.

Хотя мы должны признаться, что въ немногихъ отчаянныхъ случаяхъ, гдѣ оставалось только прибѣгнуть къ кастраціи (при неустранимой антефлексіи матки съ дисменорреей и различными неврозами), внутриматочный пессарій намъ оказалъ услугу, тѣмъ не менѣе примѣненіе его у насъ въ настоящее время встрѣчается не болѣе одного раза на 10.000 случаевъ, но мы пользуемся только простымъ штифтомъ съ пластинкой или предложеннымъ *Fehling*'омъ пробуравленнымъ, окончатнымъ штифтомъ, который предъ примѣненіемъ наполняется іодоформомъ. Напротивъ, встрѣчаются (правда, очень рѣдко) настоящіе стенозы внутренняго зѣва, который противостоятъ всякому леченію, и для такихъ случаевъ мы примѣняемъ короткія алюминіевыя палочки, которыя пробуравлены и лишь настолько длинны, что ихъ верхній, оливовидно утолщенный конецъ лежитъ поверхъ стеноза; но примѣненіе этихъ палочекъ существенно разнится отъ вышеозначеннаго метода, который служилъ чисто ортопедическимъ цѣлямъ. *Ahlfeld, Fehling* и др. тоже примѣняли подобныя просверленныя палочки, чтобы обезпечить свободный оттокъ секретовъ изъ матки.

Эта палочка надѣвается на проводникъ и вводится на подобіе зонда, разумѣется, въ обеззараженномъ видѣ, послѣ дезинфекціи полового канала, иногда при помощи пулевыхъ щипцовъ и ложкообразнаго зеркала; влагалищная часть покоится на пластинкѣ пессарія. Послѣ введенія больная нѣкоторое время остается спокойно лежать, если уже раньше не была констатирована ея нечувствительность.

При малѣйшемъ воспалительномъ раздраженіи штифтъ удаляютъ; вообще же онъ можетъ лежать нѣсколько мѣсяцевъ, причемъ, однако, необходимы промыванія влагалища. Во время менструаціи больныя должны соблюдать покой; часто при этомъ палочка сама выпадаетъ.

Употребленіе внутриматочнаго пессарія противопоказуется всѣми воспалительными, заразными и язвенными процессами всего полового тракта, чрезмѣрной мягкостью и вялостью маточной ткани, наличностью какихъ-либо опухолей, болѣзней придатковъ, далѣе, разумѣется, беременностью.

10. Гинекологическій массажъ.

Хотя массажъ при женскихъ болѣзняхъ примѣнялся уже въ прежнія времена (напр. *Priessnitz*'емъ), однако основателемъ гинекологическаго массажа долженъ считаться *Thure Brandt*, не бывшій даже врачомъ. Онъ первый въ 1859 году сдѣлалъ попытку приложить основы и технику массажа и шведской лечебной гимнастики въ видоизмѣненной формѣ къ пользованію женскихъ болѣзней. Онъ началъ съ леченія выпаденій матки и, ободренный достигнутыми результатами, сталъ массировать съ большимъ или меньшимъ успѣхомъ почти при всѣхъ гинекологическихъ страданіяхъ. Съ 1866 г. онъ сталъ примѣнять также тогда еще далеко не всѣмъ врачамъ извѣстное «бимануальное изслѣдованіе».

Profanter'у принадлежитъ та заслуга, что онъ ознакомилъ германскихъ врачей съ методомъ *Brandt*'а; не менѣе способствовалъ этому ознакомленію и *Schultze*, который первый въ своей клиникѣ подвергъ этотъ методъ объективной провѣркѣ. Хотя сдѣланныя съ тѣхъ поръ въ различныхъ клиникахъ изслѣдованія показали, что успѣхи далеко не соотвѣтствуютъ восхваленіямъ, и что показанія должны быть во многомъ ограничены, тѣмъ не менѣе гинекологическій массажъ безспорно является значительнымъ прогрессомъ въ терапіи.

Задачи, входящія въ сферу массажа, слѣдующія:

Механическое растяженіе рубцовой ткани, разединеніе патологическихъ сращеній, размячненіе, раздавливаніе, раздробленіе и передвиженіе болѣзненныхъ продуктовъ (экссудаты, крововизліянія), чтобы способствовать ихъ всасыванію, далѣе *чисто механическое* ускореніе венознаго кровообращенія и лимфообращенія. Дѣйствіе этихъ приѣмовъ, а также мышечныхъ движеній, центростремительныхъ разгибаній, давленій и разминаній установлено опытами *Ludwig*'а и его учениковъ, *Weiss*'омъ, *Krause*, *Lassar*'омъ, *Emminghaus*'омъ и др.; въ то же время опытами *Mosengeil*'я, *Reibmayer*'а, *Höffinger*'а и др. доказано могучее вліяніе, которое мапиуляціи массажа въ состояніи оказывать на всасываніе и удаленіе воспалительныхъ продуктовъ, каковыя факты приобрѣтаютъ особенное значеніе въ связи съ изслѣдованіями *Landerer*'а, *Glaux*'а и *Klemensiewicz*'а.

Посредствомъ механическихъ раздраженій и движеній мы въ состояніи дѣйствовать на сосудистые нервы, поднять притокъ крови къ соотвѣтственнымъ частямъ тѣла или органамъ и такимъ образомъ регулировать распредѣленіе крови въ общемъ; мы можемъ посредствомъ упражненій укрѣпить и вызвать сокращенія въ разслабленныхъ и атрофическихъ мышцахъ; можно также благоприятно вліять какъ на пониженную, такъ и на повышенную возбудимость органовъ.

Если вышеприведенныя замѣчанія имѣютъ силу для массажа вообще, то именно при гинекологическомъ массажѣ получаемое дѣйствіе

будетъ весьма различно въ зависимости отъ характера, силы и продолжительности примѣняемыхъ манипуляцій и движеній, и нецѣлесообразное, неловкое примѣненіе можетъ не только не дать желаемаго эффекта, но даже причинить прямой или косвенный вредъ.

Первымъ условіемъ является обладаніе въ совершенствѣ довольно сложной техникой, которая должна быть изучена подъ руководствомъ опытнаго наставника, но и затѣмъ требуется долгая практика для усвоенія должной степени ловкости. Физическая и психическая выдержка, искусная и то, что называется, легкая и нѣжная рука—вотъ свойства, которыя необходимы массирующему врачу; начинающіе не могутъ рассчитывать на быстрые и блестящіе результаты и должны быть готовы встрѣтить разныя неудачи.

Леченіе это можно подраздѣлить на *мѣстное* и *врачебно-гимнастическое*. Для первой цѣли женщина укладывается на спинѣ съ нѣсколько приподнятой верхней частью тѣла, съ притянутыми къ животу и раздвинутыми ногами, на доступной съ обѣихъ сторонъ низкой кушеткѣ. По предписанію *Brandt'a*, изслѣдующій или массирующий, который долженъ одинаково владѣть обѣими руками, садится сбоку больной, возможно ближе къ кушеткѣ; рука вводится во влагалище не между ногъ больной, а подъ согнутымъ колѣномъ, этимъ избѣгаютъ обнаженія половыхъ частей; чтобы сдѣлать процедуру менѣе утомительной, опираются локтемъ массирующей руки о свое колѣно. Проникаютъ однимъ (указательнымъ) или двумя пальцами во влагалище или въ прямую кишку, или одновременно указательнымъ пальцемъ во влагалище, а среднимъ въ прямую кишку, другой же рукой, положенной на животъ, пальпируютъ настрѣчу рукъ, находящейся во влагалищѣ, отодвинувъ сперва кишки отъ тазового входа; усиливая постепенно давленіе и дѣлая круговыя движенія пальцами, стараются проникнуть въ глубину, причемъ концы пальцевъ наружной руки должны быть поставлены не отвѣсно, а въ слегка согнутомъ положеніи.

Начинаютъ, какъ и при хирургическомъ массажѣ, съ растиранія и поглаживанія (*friction, effleurage*) по обѣимъ сторонамъ мыса, вдоль позвоночника, по направленію кверху; рѣже примѣняются разминанія (*pétrissage*). Круговыя движенія производятся главнымъ образомъ указательнымъ и среднимъ пальцами наружной руки, но также однимъ первымъ, центростремительно по направленію отводящихъ сосудовъ, только при массажѣ трубъ въ обратномъ направленіи; движенія эти при свободной кисти производятся мышцами плеча. Пальцы другой руки, находящейся во влагалищѣ или прямой кишкѣ, имѣютъ назначеніе приподнимать, подпирать, фиксировать соотвѣтственные органы или ткани и придать имъ возможно благоприятное положеніе для работы другой рукой. Въ иныхъ случаяхъ массажъ производится только со стороны влагалища или прямой кишки, а именно тогда, когда наружной рукой нельзя проникнуть до подлежащей массажу области.

Какую силу примѣнять при массажѣ, это зависитъ отъ большаго или меньшаго сопротивленія брюшныхъ покрововъ, отъ характера болѣзненныхъ измѣненій, отъ структуры массируемыхъ органовъ и отъ большей или меньшей мѣстной чувствительности больной. Въ началѣ пользования надо дѣйствовать крайне осторожно и нѣжно, пока не выяснится степень выносливости больной; въ общемъ, примѣняя большую силу, отнюдь не достигаютъ большаго эффекта, а скорѣе вредятъ; яичники и трубы, напримѣръ, массируютъ очень нѣжно, а застарѣлые, плотные экссудаты, рубцовыя тяжи и матку довольно энергично.

Далѣе, важными приѣмами являются *растягиваніе*, сочетаніе *растягиванія съ поглаживаніемъ, натяженіе и давленіе*, извѣстныя скользящія и рычагообразныя движенія; они также выполняются по возможности обѣими руками; если рѣчь идетъ о растяженіи укороченныхъ связокъ, то матка служитъ рукояткой, которую оттягиваютъ въ противоположную сторону.

Дрожательный массажъ (Vibrationsmassage) примѣнялся *Brandt'*омъ для витализированія мышщъ и нервовъ съ пониженной возбудимостью, такъ, напр., вибрирующее давленіе на sphincter vesicae при недержаніи мочи, дрожательное давленіе на подпочечную область («Unternierenzitterdrückung») при блуждающей почкѣ и т. д. Эти вибрирующія движенія имѣютъ то же значеніе, что фізіологическія тетанизирующія раздраженія, и вызываютъ сильныя и длительныя сокращенія матки (*Kimpf*), напротивъ, если положить руку плашмя на животъ и производить легкое вибрирующее давленіе, то это часто дѣйствуетъ успокаивающимъ образомъ.

При подвижныхъ смѣщеніяхъ назадъ примѣняются *методы вправленія*; они почти сходятся съ обычными въ гинекологіи процедурами. Противъ пролапса матки и влагалища примѣняется приподыманіе матки; для этого требуется участіе двоихъ: одинъ сперва приводитъ матку бимануально въ правильное положеніе и слѣдитъ со стороны влагалища за приподнятіемъ матки, которое производитъ другое лицо снаружи черезъ брюшныя покровы; матка приподымается до тѣхъ поръ, пока не произойдетъ извѣстное напряженіе влагалища и связокъ. Приподыманіе матки, предпринимаемое для устраненія подвижныхъ смѣщеній назадъ, отличается отъ только что описаннаго лишь тѣмъ, что здѣсь приподнятую матку медленно опускаютъ, между тѣмъ какъ при пролапсѣ ее быстро выпускаютъ изъ рукъ, продержавъ нѣсколько секундъ въ приподнятомъ положеніи.

Къ мѣстному леченію слѣдуетъ еще причислить тѣ движенія, которыя имѣютъ цѣлью укрѣпленіе мускулатуры тазового дна, главнымъ образомъ *движенія съ сопротивленіемъ*, смыканіе колѣнъ съ приподнятіемъ крестца, смыканіе ногъ въ стоячемъ положеніи съ опирающейся спиной или въ лежачемъ положеніи, какъ-бы при желаніи задержать испраженіе; дѣйствіе на levator ani при этомъ ясно замѣтно.

Изъ *гимнастическихъ* движеній двѣ группы главнымъ образомъ имѣютъ въ виду оказывать вліяніе на артеріальное кровообращеніе въ тазовыхъ органахъ:

1. Движенія, вызывающія *приливъ* крови къ половымъ органамъ; въ этомъ смыслѣ особенно дѣйствительны всѣ движенія, въ которыхъ участвуетъ leopsoas; они примѣняются главнымъ образомъ при аменорреѣ и при извѣстныхъ формахъ дисменорреи.

2. *Отвлекающія* движенія, уменьшающія притокъ крови къ половымъ органамъ, таковы: движенія съ сопротивленіемъ верхнихъ конечностей и спинныхъ мышщъ, а также мышщъ тыльной и наружной стороны нижнихъ конечностей. Дѣйствіе этихъ движеній основывается на экспериментально подтвержденномъ фактѣ, что къ сильно сокращающимся мускуламъ, особенно при одновременномъ сопротивленіи, притекаетъ вслѣдствіе расширенія сосудовъ большее количество артеріальной крови (двойное, тройное); благодаря этому притокъ крови къ сосѣднимъ областямъ уменьшается; подобныя процедуры примѣняются при всѣхъ тѣхъ состояніяхъ половыхъ органовъ, которыя обуславливаютъ активную гиперемію. Далѣе, успешными приѣмами являются

поколачиваніе (tapotement), сгибаніе и разгибаніе ногъ, общій массажъ живота, движенія съ сопротивленіемъ, имѣющія цѣлью укрѣпить разслабленныя брюшныя мышцы, и т. д.

Механическій способъ леченія показуется:

1. При опущеніи внутренностей (enteroptosis), въ особенности почки (nephroptosis).

2. Главное поприще массажа это—параметритъ и его послѣдствія, включая сюда и эксудаты (не-гнойные), остающіеся по истеченіи остраго стадія.

3. При внѣ- и внутрибрюшинныхъ кровоизліяніяхъ, при пельвеоперитонитѣ и его послѣдствіяхъ, въ особенности при смѣщеніяхъ и срощеніяхъ матки и яичниковъ; здѣсь медленно дѣйствующій массажъ соперничаетъ съ насильственнымъ способомъ отдѣленія срощеній по *Schultze*.

Болѣе сомнительно дѣйствіе массажа при хроническомъ воспаленіи яичниковъ и трубъ, гдѣ необходима крайняя осторожность; въ особенности при наличности трубныхъ мѣшковъ можетъ осмѣлиться на *осторожную попытку* только врачъ съ большимъ опытомъ и навыкомъ въ массажѣ, но мы самымъ рѣшительнымъ образомъ высказываемся противъ намѣренія выдавливать гной изъ трубныхъ мѣшковъ посредствомъ массажа; результаты, достигнутые *Kumpf*омъ въ отдѣльныхъ случаяхъ при hydrosalpinx, еще не позволяютъ исключить возможность разрыва мѣшка или выдавливанія жидкости въ брюшную полость (*Schauta*).

При subinvolutio uteri post partum, хроническомъ метритѣ, подвижныхъ смѣщеніяхъ матки назадъ, опущеніи и выпаденіи матки и влажлища массажъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ удовлетворялъ насъ; сравнительно благопріятнѣе были результаты при выпаденіи прямой кишки, аменорреѣ, недержаніи мочи и enuresis nocturna.

Противопоказаніями служатъ всѣ злокачественныя новообразованія половыхъ органовъ и ихъ окружности, а также свѣжія воспаленія, включая острую и восходящую гоноррею, далѣе гнойные эксудаты, беременность, тяжелая истерія и нейрастенія, половое возбужденіе. Несоблюденіе этихъ противопоказаній не разъ было виною несчастныхъ случаевъ, даже при самомъ строгомъ образѣ дѣйствія наблюдалось ухудшеніе болѣзни, обостреніе воспаленія, особенно въ случаяхъ гонорройнаго происхожденія, разрывъ трубныхъ мѣшковъ; часто массажъ невыполнимъ изъ-за чрезмѣрной чувствительности или вслѣдствіе появляющагося во время леченія подавленнаго настроенія.

Но особенную опасность представляетъ половое возбужденіе, котораго опытный массажистъ гораздо легче можетъ избѣгнуть, нежели малоопытный.

Уже характеръ болѣзней, при которыхъ мы прибѣгаемъ къ массажу, требуетъ того, чтобы массирующій врачъ—а *гинекологическій массажъ долженъ быть дозволенъ только врачамъ*—не былъ только рутинеромъ-механотерапевтомъ; онъ долженъ также считаться съ общими условіями жизни больной, стараясь измѣнять ихъ въ благопріятномъ смыслѣ, и долженъ умѣть вести *traitement moral*. Между тѣмъ черезчуръ часто врачи, съ покладистой совѣстью и малыми знаніями, обращаются къ этому леченію, легко приобрѣтаютъ власть надъ больными, массируютъ безъ разбора и такимъ образомъ дискредитируютъ въ глазахъ многихъ этотъ превосходный методъ леченія.

Надо помнить, что чрезмѣрное примѣненіе механо-терапевтическихъ

процедуры вмѣстѣ съ другими раздражающими или ослабляющими приемами часто приносятъ вредъ, и особенно это относится къ курортамъ; хотя ванны являются выгоднымъ подспорьемъ для мѣстнаго леченія, но несомнѣнно, что онѣ гораздо чаще вредятъ, нежели приносятъ пользу, въ виду неправильной постановки показаній и неправильнаго выполненія.

Само собою разумѣется, что во время пользованія массажемъ нужны дезинфицирующія спринцованія влагалища, какъ и вообще всѣ процедуры должны выполняться асептически; намъ извѣстны случаи, гдѣ трипперное зараженіе несомнѣнно вело начало отъ массажа. Часто нельзя обойтись безъ мѣстнаго примѣненія *narcotica*.

11. Пользованіе электричествомъ.

Примѣненіе электричества при гинекологическихкихъ страданіяхъ рекомендовали многіе авторы, такъ, *Tripier, Kutter, Kymbal, Semeleder, Zweifel* и др., но *Apostoli* первый сталъ пользоваться размѣренными, сильными токами и поставилъ это леченіе на твердое основаніе. Хотя можно утверждать, что самое существенное дѣйствіе электрическаго тока прижигающее, однако нельзя съ увѣренностью исключить извѣстные интерполярные эффекты; замѣтимъ еще, что электрическій токъ даетъ возможность точнѣе дозировать прижигающее дѣйствіе, нежели другія средства.

Методъ *Apostoli* основывается на томъ, что тазовые органы мало чувствительны къ *постепенно* возрастающимъ въ силѣ *гальваническимъ* токамъ, причемъ для болѣе чувствительныхъ кожныхъ покрововъ берется индифферентный электродъ съ большою поверхностью. Какъ источникъ электричества годится всякая батарея, которая въ состояніи развить до 300 миллиамперовъ. Аппаратовъ предложено очень много, мы примѣняемъ приборъ *Gaiffe*, весьма пригоденъ также *Leiter*'овскій аппаратъ. Въ городахъ, гдѣ есть центральныя электрическія станціи, *Bröse* совѣтуетъ пользоваться энергіей оттуда.

Необходимъ *реостатъ*, который служить для включенія и выключенія любыхъ сопротивленій и который допускаетъ прокрадываніе тока; дальѣ, нужны *гальванометръ* для опредѣленія силы тока и приспособленіе для перемѣны тока, которое даетъ возможность вводить то постоянный, то индуктивный, то гальванически-фарадизаціонный токъ. Въ качествѣ индифферентнаго электрода *Apostoli* примѣняетъ плоскую лепешку изъ скульптурной глины, обернутую влажною широкопетлистой марлей, длиною въ 30 см., шириною въ 20 см. и толщиною въ 1—1½ см.; посрединѣ этой глиняной лепешки помѣщается соединенный съ проводнымъ шнуромъ металлическій пластинчатый электродъ. Другіе примѣняютъ продырявленныя пластинки изъ цинковой жести, обтянутыя кожей и наполненныя трупомъ, или прессованныя, влажныя подушечки изъ мха (*Bröse, Schäffer*), дальѣ широкія плоскія губки, металлическія пластинки, обтянутыя животными перепонками, сложенныя въ нѣсколько разъ мокрѣя полотенца или куски фланели.

Активные электроды бываютъ униполярные и биполярные. При примѣненіи постоянного тока берутся всегда униполярные электроды, имѣющіе форму зонда, или пользуются угольными электродами, а также стилетообразными для гальванопунктуры. Рукоятка этихъ электродовъ допускаетъ прикрѣпленіе проводнаго шнура съ изолирующими трубками, которыя надвигаются на часть зонда, лежащую

внѣ матки, чтобы предохранить влагалищныя стѣнки отъ дѣйствія электричества. Угольные электроды употребляются главнымъ образомъ при сильныхъ кровотеченияхъ и широкой полости матки; они состоятъ изъ небольшого цилиндра различной толщины (3—11 мм.) и 2,5 см. длины, насаженного на пруть изъ твердаго каучука, внутри котораго проходитъ проводная проволока.

Биполярные электроды примѣняются исключительно при пользованіи индуктивнымъ токомъ (биполярные маточные и влагалищные электроды).

Предъ употребленіемъ инструменты, разумѣется, обезпложиваются прокаливаніемъ или химическими *desinficientia*, половые органы, въ особенности влагалище, обеззараживаются сулемой или лизоломъ.

Зондъ вводится въ зеркалъ или подъ руководствомъ пальца, брюшной электродъ удерживается больною. Слѣдя за выраженіемъ лица больной, усиливаютъ постепенно токъ, доходя до желаемой интенсивности въ 1—1½ минуты. Реакція больной должна скорѣе служить мѣриломъ, нежели показаніе гальванометра. Угольный электродъ стараются ввести возможно выше, приводя послѣдовательно въ прикосновеніе съ болѣе глубокими участками эндометрія. При всякой перемѣнѣ мѣста токъ ослабляютъ, затѣмъ доводятъ до прежней высоты и даютъ ему дѣйствовать всякій разъ 3—5 минутъ. Такимъ образомъ удается примѣнить болѣе сильные и сравнительно болѣе продолжительные токи. Послѣ такого примѣненія электричества, которое дѣйствуетъ безусловно прижигающимъ образомъ, больная должна спокойно лежать по крайней мѣрѣ ½ часа. Обыкновенно устраиваются два такихъ сеанса въ недѣлю, въ исключительныхъ случаяхъ три. Гальванопунктуры мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ рекомендовать.

Противопоказаніями для примѣненія гальваническаго тока считаются въ общемъ беременность, острый нефритъ, выраженная идиосинкразія противъ гальваническихъ токовъ острый кишечный катарръ, воспалительные процессы матки и ея придатковъ; далѣе, судя по опытамъ *Shaw*, требуется крайняя осторожность также при порокахъ сердца. Тѣ же мѣры предосторожности нужны при употребленіи индуктивнаго тока. Примѣняютъ либо первичный (съ катушки снабженной короткой и толстой проволокой), либо вторичный (съ катушки, снабженной длинной и тонкой проволокой) токъ первый приводитъ къ сокращенію гладкія и поперечно-полосатыя мышечныя волокна, второй понижаетъ чувствительность и дѣйствуетъ болеутоляющимъ образомъ. Такъ какъ для этого употребляются обыкновенно биполярные зонды, то отпадаетъ примѣненіе индифферентнаго брюшнаго электрода.

Различаютъ *полярныя*, *интерполярныя* и *экстраполярныя дѣйствія тока*. На обоихъ полюсахъ происходитъ разложеніе тканевой жидкости и органическаго вещества тканей, характеръ котораго зависитъ отъ рода полюса, а степень отъ интенсивности тока и продолжительности его воздѣйствія. На положительной полюсѣ выдѣляются кислородъ



Рис. 53. Рис. 54.
Биполярные электроды.

хлоръ, углекислотѣ и другія кислоты и развиваютъ *in statu nascendi* сильное дѣйствіе, свойственное кислотѣ; на отрицательномъ полюсѣ накапливаются водородъ и щелочи, мѣстное дѣйствіе ихъ такое же, какъ отъ крѣпкой щелочи. Анодъ дѣйствуетъ свертывающимъ, кровоостанавливающимъ образомъ, катодъ же производитъ набуханіе, гиперэмію и кровотеченіе. Струпы, получаемые отъ анода, плотны, сухи, рѣзко ограничены, цвѣта краснаго до темнокоричневаго, часто могутъ быть прослѣжены до мышечной оболочки и вглубь нея, между тѣмъ какъ катодные струпы сѣровато-бураго цвѣта, мягки, студенисты, легко снимаются и не ограничены рѣзко отъ сосѣдней ткани, границы *muscularis* они не достигаютъ (*Prochownik* и *Späth*). Иные указываютъ и на противомикробное дѣйствіе анода. Термическое дѣйствіе на полюсахъ было измѣрено *Klein*'омъ, который нашелъ на свѣже вырѣзанныхъ міомахъ послѣ 15-минутнаго примѣненія тока въ 30—35 миллиамперовъ повышение температуры, доходившее до 13°.

Дѣйствіе тока въ интерполярной области не можетъ быть съ увѣренностью отвергнуто, но оно еще недостаточно изучено, несмотря на работы *Schaw*, *Stevenson*'а, *Massey* и др., которыя не дали нова удовлетворительнаго объясненія сущности этихъ процессовъ.

Электротерапія въ гинекологіи главнымъ образомъ приобрѣла почву, благодаря энергическому участию великихъ англійскихъ операторовъ *Spencer Wells*'а, *Keith*'а, и нашла себѣ примѣненіе преимущественно при *миомахъ*. Безспорно, этому методу нельзя отказать въ известномъ симптоматическомъ значеніи; установлено, напримеръ, дѣйствіе внутриматочнаго анода на кровотеченія. Въ *остановкѣ нерѣдко сильныхъ кровопотерь*, которая, правда, удается часто лишь послѣ многихъ (40—50) сеансовъ, заключается *главное значеніе метода Apostoli*, а тяжелыя кровотеченія и есть большею частью то, что гонитъ больныхъ міомами къ врачу. Мы должны подчеркнуть, что необходимо приводить въ прикосновеніе положительный полюсъ со всѣми пунктами кровоточащей слизистой оболочки; въ невозможности удовлетворить всегда этому требованію лежитъ причина, почему этотъ методъ легко измѣняется. Если маточная полость широка, то примѣняютъ угольные электроды соответственнаго калибра, чтобы привести въ прикосновеніе съ электродомъ всѣ участки слизистой оболочки. Далѣе замѣтимъ, что въ значительномъ числѣ случаевъ удается ослабить боли и явленія давленія, обусловливаемые міомами; въ особенности, по словамъ *Nagel*'я, благоприятно дѣйствуетъ электризація на периметритическіе воспалительные продукты. Что касается уменьшенія міомъ подъ вліяніемъ пользованія электричествомъ, то мы не можемъ съ увѣренностью признать таковое и главную цѣль этого леченія усматриваемъ въ *остановкѣ кровотеченій и развѣ еще въ уменьшеніи болей*.

Какъ *противопоказанія* для электризаціи міомъ назовемъ: кистовидное перерожденіе, перекручиваніе ножки или некрозъ опухоли, наличность воспалительныхъ опухолей придатковъ, аспитъ, полипозный характеръ міомъ и подсывороточное развитіе; отмѣтимъ еще, что мы неоднократно послѣ леченія электричествомъ наблюдали омертвѣніе опухоли.

Согласно нашему возрѣнію, что *главное дѣйствіе* электрическаго тока *прижимающее*, мы понимаемъ также благоприятное вліяніе электричества на *эндометритъ*, но тутъ должны примѣняться только токи средней силы, въ 50—100 миллиамперовъ. Надо остерегаться слишкомъ энергичной внутриматочной гальванизации, которая можетъ имѣть по-

слѣдствіемъ полное разрушеніе эндометрія. Мы настойчиво предостерегаемъ отъ предложеннаго *Arno*, *Prochownick*'омъ и др. пользованія электричествомъ гонорройнаго эндометрита. Поклонники электротераціи лечатъ также симпатоматически токомъ *дисменоррею* (отрицательная внутриматочная гальванизация металлическимъ электродомъ), *dysmenorrhoea membranacea* (положительная внутриматочная гальванизация токами высокаго напряженія), *амеоррею* (биполярная внутриматочная фарадизация первичнымъ токомъ и отрицательная внутриматочная гальванизация токами умѣренной силы), *стенозы* шеечнаго канала (отрицательная внутриматочная гальванизация зондами постепенно возрастающаго калибра, токи умѣреннаго напряженія), *subinvolutio uteri* (биполярная внутриматочная фарадизация, первичный токъ, при сильныхъ кровотеченіяхъ внутриматочная положительная гальванизация), *superinvolutio* (биполярная внутриматочная фарадизация предъ ожидаемою менструаціей, въ промежуткахъ отрицательная внутриматочная гальванизация слабымъ токомъ), *ovarіо* (биполярная влагалищная и внутриматочная фарадизация), *pruritus vulvae* (слабые, продолжительные токи влажнымъ подушечнымъ электродомъ на наружныя половыя части) и *вагинизмъ* (биполярная фарадизация вторичнымъ токомъ).

12. Брюшныя повязки.

Брюшныя повязки примѣняются чаще всего въ формѣ такъ наз. *Priessnitz*'евскихъ компрессовъ; послѣдніе представляютъ незамѣнимое лечебное средство, дѣйствіе котораго мы можемъ хорошо дозировать, видоизмѣняя способъ примѣненія, температуру воды, протяженіе и продолжительность обертыванія. Для больныхъ, нуждающихся въ покойномъ положеніи, собственно бинтованіе не годится; вмѣсто этого кладутъ хорошо выжатый компрессъ и кусокъ фланели на животъ и захлопываютъ надъ ними концы заранѣе просунутаго подъ большою болѣе широкаго, сложеннаго въ нѣсколько разъ платка, въ $1\frac{1}{2}$ обхвата длиной. Самое существенное, чтобы сухая повязка вездѣ заходила за мокрую и прилегалла къ кожѣ; это вѣрнѣе всего удастся, если вложить между сухимъ и мокрымъ компрессомъ слой гуттаперчевой бумаги или другой тонкой, непромокаемой ткани.

Повязка, накладываемая на *брюшныя раны* и раны полового канала, весьма проста. Въ первомъ случаѣ животъ обертывается бинтомъ или широкими полосками марли, причѣмъ предварительно на рану кладется обезпложенная марля, древесная шерсть и проч. Мы предпочтительно примѣняемъ многоглавыя (*Scultet*'овскіе) бинты изъ фланели, а также простую повязку изъ *мягкаго пластмъра*.

Повязка влагалища состоитъ въ тампонаціи (см. выше); при операціяхъ на наружныхъ половыхъ частяхъ необходимо укрѣпить положенный на рану перевязочный матеріалъ Т-образной повязкой (*spica tаза*); подобная повязка должна легко раскрываться, чтобы допускать мочеиспусканіе.

Далѣе примѣняются брюшныя бандажи съ тѣмъ, чтобы дать опору жирной или вялой передней стѣнкѣ живота, уменьшить подвижность брюшныхъ органовъ, напр. при *hysteroenteroptosis*; они служатъ также опорой аппаратамъ, примѣняемымъ противъ выпаденія матки.

По тѣмъ самымъ основаніямъ, которыя были изложены при стельчатыхъ пессаріяхъ, мы въ общемъ не можемъ рекомендовать этихъ аппаратовъ, состоящихъ изъ кольца, чашечки, шара, вводимыхъ во влагалище и фиксируемыхъ посредствомъ U-образно изогнутаго прута

къ брюшному бандажу (поддерживатель матки *Scanzoni*, *Roser'a*, *Martin'a*). Допускаются, однако, нѣкоторыя исключенія; мы употребляемъ, напримѣръ, нерѣдко при пролапсахъ у старыхъ женщинъ, которые не удерживаются другими инструментами и не могутъ быть излечены операцией, повязку, подобную *Nöggerath-Tiemann'*овской: клиновидная подушечка, длиною около 10 стм. и шириною около 5 стм., кладется на промежность такимъ образомъ, чтобы высокая часть клина заходила впередъ за заднюю часть вульвы, и въ этомъ положеніи удерживается бинтомъ, концы котораго прикрѣпляются къ поясу. Еще лучше только промежностную часть бинта оставлять одиночной, а затѣмъ спереди и сзади расщеплять его и прикрѣплять концы не по серединѣ, а по бокамъ пояса; этимъ избѣгаютъ давленія на уретру и проскальзыванія бинта въ заднепроходную складку.

Гораздо чаще употребляются упругіе или полуупругіе брюшныя бандажи, которые надѣваются такимъ образомъ, чтобы передняя широкая часть, простираясь отъ лоннаго соединенія до наибольшей выпуклости живота, дѣйствовала приподымающимъ образомъ, что возможно только тогда, если бандажъ замыкается на поясицѣ, и только при этихъ условіяхъ не нарушается движеніе въ тазобедренномъ суставѣ.

Эти бандажи либо состоятъ изъ эластическаго пояса, либо изготовляются изъ плотной матеріи съ промежуточными упругими вставками, либо снабжены болѣе или менѣе изогнутыми, различнаго вида пелотами, какъ это предложено въ послѣднее время *Schatz'*емъ.

Большое число этихъ бандажей доказываетъ, что еще не найдена модель, которая бы удовлетворяла всѣмъ условіямъ.

Брюшной бандажъ дѣйствуетъ какъ разъ противоположно корсету, и въ немъ часто оказывается надобность женщинамъ, которыя сильно шнуруются. Къ нижнему концу нѣкоторыхъ корсетовъ прирѣзанъ эластическій бандажъ, но такъ какъ трудно получить хорошо сидящій корсетъ съ бандажемъ, то мы предпочитаемъ примѣнять ихъ отдѣльно. Только у толстыхъ женщинъ повязка сама держится, у другихъ же она соскальзываетъ вверхъ; этому противодѣйствуютъ бедренными ремешками или же прикрѣпляютъ нижній конецъ бандажа посредствомъ упругой тесемки къ чулкамъ.

Эти бандажи иногда сочетаются съ почечными или грыжевыми пелотами (для пулочной, брюшной грыжи).

Дѣйствіе бандажей состоитъ въ приподнятій отвислаго живота и въ давленіи; они уменьшаютъ подвижность брюшныхъ внутренностей, увеличиваютъ внутрибрюшное давленіе, вслѣдствіе чего уменьшается и кровонаполненіе сосудовъ; однако, какъ доказалъ *Hegar-Kaltenbach*, это повышеніе давленія никогда не бываетъ настолько сильно, чтобы приподнять грудобрюшную преграду, такъ что повязка противодѣйствуетъ также вздутію кишекъ.

Удерживать матку въ физиологическомъ положеніи однимъ бандажемъ никогда не удастся, наоборотъ, если не брать особаго рода пелотовъ, то матка еще глубже устанавливается, и поэтому приходится еще прибѣгать къ пессарію.

Вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли носить брюшной бандажъ, болѣею частью можетъ быть рѣшенъ только опытомъ, причемъ надо полагаться на субъективныя ощущенія больной. Часто примѣненіе подобной повязки сопровождается блестящимъ успѣхомъ, и всевозможныя жалобы исчезаютъ, какъ по мановенію волшебнаго жезла.

Бинтованіе приноситъ также пользу послѣ того, какъ животъ сильно

растянуть, въ особенности послѣ родовъ, на что въ свое время указывалъ *Szerny*, хотя уже и въ старину практиковалось накладываніе различной формы платковъ («Bauchtücher»). Для этого лучше всего примѣняются не прямые повязки, а сходящаяся подъ тупымъ угломъ; можно также рекомендовать предложенные *Barsomy*, *Lantos* (*Kezmarszky*) и др. короткіе панталоны со шнурками.

Далѣе мы примѣняемъ брюшные бандажи послѣ чревосѣченій; даже послѣ соединенія передней брюшной стѣнки этажнымъ швомъ, что мы почти всегда дѣлаемъ, мы заставляемъ съ годъ носить бандажъ, чтобы противодействовать растяженію рубца. Разумѣется, что при расхожденіи *mm. recti hernia ventralis* послѣ операции ношеніе подобной повязки необходимо.

Литература.

Полные литературные указатели имѣются въ «Handbuch der Frauenkrankheiten» (Deutsche Chirurgie von *Billroth* и *Lücker*. Штутгартъ 1885) и въ учебникѣ по женскимъ болѣзнямъ *v. Winckel*'я, Лейпцигъ 1890. Подобные указатели не входятъ въ планъ этой книги, и мы ограничиваемся только приведеніемъ нѣкоторыхъ позднѣйшихъ работъ. Нѣсколько подробнѣе разработана литература главы III, отд. 10, далѣе литература отд. 11, въ основу котораго легли добытыя въ клиникѣ данныя *Kumpf*'а и *Mandl*'я.

I. Учебники и общія монографіи.

Auvard, Traité prat. de Gyn. Paris 1894, 2. ed.—*Berlin*, Guide de diagnost. gyn. Paris 1893.—*Bonnet* et *Petit*, Traité prat. de gyn. Paris 1894.—*Fehling*, Lehrbuch d. Frauenkrankheiten. Stuttgart 1894.—*H. Fritsch*, Die Krankheiten der Frauen. Berlin 1894, 6. Aufl.—*Fritsch*, Aus der Breslauer Frauenklinik. Berlin 1893.—*Galabin*, Diseases of women. London 1894, 5. ed.—*Hofmeier* (*Schröder*), Handbuch der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Leipzig 1894.—*Hofmeier*, Grundriss der gynäkologischen Operationen. Wien 1892, 2. Aufl.—*D. B. Hart* and *A. H. Barbour*, A manual of gynecol. New-York 1890.—*Küstner*, Grundzüge der Gynäkologie. Jena 1894.—*Leopold*, Arbeiten aus der königl. Frauenklinik. Leipzig 1893 u. 1894.—*A. Martin*, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Wien und Leipzig 1893.—*Madden*, Clinic. gynecol. London 1894.—*P. Müller*, Die Krankheiten des weiblichen Körpers. Stuttgart. 1888.—*Pozzi*, Lehrbuch der klinischen und operativen Gynäkologie. Deutsch von *Ringier*. Basel 1892.—*T. G. Thomas* (*Mundé*), A pract. treatise on the diseases of women. Philadelphia 1891.—*J. Veit*, Gynäkologische Diagnostik. Stuttgart 1891.—*v. Winckel*, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1890.—*P. Zweifel*, Vorlesungen über klinische Gynäkologie. Berlin 1892.—Die Gynäkologie des Soranus von Ephesus. Uebersetzt von *Lüneburg*. München 1894.

Литература къ гл. II. (Методы изслѣдованія).

Bardenheuer, Der extraperitoneale Explorativschnitt. Stuttgart 1887.—*Freund* jun. IV. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn.—*Hirschler*, Wiener med. Wochenschrift. 1894.—*Landau*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XIV.—*Landau*, Archiv f. Gyn. Bd. XI.—*Ruge* und *Veit*, Der Krebs der Gebärmutter. Stuttgart 1891.—*Schatz*, IV. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn.—*Vulliet*, Journal de méd. de Paris. 1887.

Литератури къ гл. III, 1—9. (Общая терапия).

Asch, Centrabl. f. Gyn. 1893, 42.—*Baldy*, The New-York med. Journal. 1891.—*Bumm*, Bauchbinde nach *Hoffa*. V. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn.—*Boisieux*, Centrabl. f. Gyn. 1894, № 50.—*Bumm*, V. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn.—*L. Championnière*, Soc. d'Obstétr. et de Gyn. Paris 1888.—*Delbet*, Annal. de Gyn. et d'Obstétr. Paris 1889.—*Duvelius*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. X.—*Engelmann*, Amer. Journ. of Obstetr. 1887.—*Fritsch*, Centrabl. f. Gyn. 1894, № 52.—*Gattorno*, Wiener klin. Wochenschrift. 1890, № 46.—*Gehlig*, Inaug.-Dissert. Leipzig 1894.—*P. Hertz*, Abnormitäten in Lage und Form der Bauchorgane. Berlin 1894.—*Hermann*, Transact. of the Obstetr. Soc. London 1889.—*A. B. Jackson*, Ann. Gyn. Boston. Ref. *Frommel*.

1888, S. 417. — *Jacobs*, Ref. in Centralbl. f. Gyn. 1894, № 16. — *Kammeyer*, Dissert. inaug. Berlin 1890. — *Kehrer*, Centralbl. f. Gyn. 1882, № 3. — *Kleinwächter*, Wiener med. Presse. 1889. — *Kochenburger*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Berlin. Bd. XXVI. Тамъ же пренія *Bröse*. *Mackenrodt*, *Schäffer*. — *v. Kraft-Ebing*, Wiener med. Presse. 1888, № 14. — *Küstner*, Centralbl. f. Gyn. 1895, № 30. — *Lauros*, II Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *Landau*, VI. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *Neugebauer*, Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien. Leipzig 1893. — *Polavillon*, Bull. et Mém. Soc. obstétr. de Paris. 1888. Ref. *Frommel*. 1890, S. 420. — *Richelot*, Gaz. des hôpít. 1895. Gaz. méd. de Paris. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, № 37, 41, 49. — *Rapain*, Rev. méd. de la Suisse. Ref. *Frommel's* Jahrb. 1888, S. 420. Dyprie смертные случаи послѣ выскабливанія въ Verh. d. Berliner Ges. f. Geb. u. Gyn. 9. März 1894. — *Sänger*, IV. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *Sänger*, Deutsche med. Wochenschrift. 1891, S. 145. — *Sänger*, Ueber Pessarien. Leipzig 1890. — *Sänger* u. *Odenthal*, Asepsis in d. Geb. u. Gyn. Leipzig 1894. — *Schauta*, V. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *v. Swieczicki*, Frauenarzt. 1889, S. 5. — *Schatz*, IV. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *Steffeck*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV, S. 395. — *Werth*, II. Congress d. deutschen Ges. f. Geb. u. Gyn. — *Werth*, Centralbl. f. Gyn. 1895, № 7. — *Winter*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XIV, S. 443. — *Wertheim*, Sammlung klin. Vorträge. Neue Folge, № 39. — *Wertheim*, Centralbl. f. Gyn. 1895, № 40.

10. (*Массажа*) *Arendt*, Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure *Brandt*, Berliner klin. Wochenschrift. 1890. — *Arendt*, Verhandlungen des X. intern. med. Congresses. 1890. — *Bandl*, Deutsche Chirurgie. Stuttgart 1886. — *Boldt*, Die Massage in der Gynäkologie. Med. Monatschrift. New-York 1891. — *Brandt* Thure, Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin 1891. — *Brandt* Thure, Nouvelle meth. gymnast. etc. Stockholm 1868. — *Bunge*, Berliner klin. Wochenschrift. 1882. — *Chrobak*, Deutsche Chirurgie. 1886. — *Döderlein*, X. intern. Congress zu Berlin. 1890. — *Dührssen*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XXI, 2. Heft. — *Dührssen*, Berliner klin. Wochenschrift. 1891. — *Eisenberg J.*, Wiener med. Presse. 1891. — *Fellner*, Klinische Beiträge zur Th. *Brandt'schen* Behandlung der weiblichen Sexualorgane. Wien 1889. — *Gattorno*, Wiener klin. Wochenschrift. 1891. — *v. Hertzsch*, Centralblatt f. Gyn. 1890. — *Hartelius*, Hygiea. 1875. — *Jentzer* u. *Boureaud*, Gymnastique gyn. Genève. 1891. — *Kugelmann*, X. intern. Congress zu Berlin. 1890. — *Kumpf*, Wiener klin. Wochenschrift. 1889. — *Kumpf*, IV. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *Landau*, X. intern. Congress zu Berlin. 1890. — *Lindblom*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXII. — *Lindblom*, Münchener med. Wochenschrift. 1888. — *Norström*, Massage dans les affections de roisinaige de l'uterus. Paris 1892. — *Pawlik*, Centralbl. f. Gyn. 1887. — *v. Preuschen*, Centralbl. f. Gyn. 1888. — *Prochownick*, Deutsche med. Wochenschrift. 1882. — *Prochownick*, Die Massage in der Frauenheilkunde. Leipzig 1890. — *Profanter*, Die Massage in der Gynäkologie. Wien 1886. — *Reidmayr*, Die Unterleibsmassage etc. Wien 1889. — *Resch*, Thure *Brandt's* heilgymnast. Behandlung etc. Wien 1888. — *Resch*, Centralbl. f. Gyn. 1886. — *Ries*, Deutsche med. Wochenschrift. 1892. — *Rosenstein*, Centralbl. f. Gyn. 1880. — *Schauta*, Prager med. Wochenschrift. 1887. — *Salvat*, Combination der elektrischen mit der Massagebehandlung. X. intern. Congress zu Berlin. 1890. — *Schultze*, Zur Therapie hartnäckiger Retroflexionen. Volkmann's Vorträge. 1891. — *Seiffart*, Die Massage in der Gynäkologie. Stuttgart 1888. — *Sielski*, Centralbl. f. Gyn. 1889. — *Skutsch*, X. intern. Congress zu Berlin. 1890. — *Skutsch*, III. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *Theilhaber*, Münchener med. Wochenschrift. 1888. — *Vulliet*, La massage en gynécologie. Paris 1890. — *v. Winiwarter*, Wiener med. Blätter. 1878. — *Ziegenspeck*, III. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. — *Ziegenspeck*, Volkmann's klin. Vorträge. 1890. — *Ziegenspeck* u. *O. Schmidt*, Aerztl. Rundschau. München 1892.

11. (*Электротерапія*) *Apostoli*, Travaux d'Electrothér. gyn. Paris 1894. (Полный указатель литературы). — *Arendt*, Deutsche med. Wochenschrift. 1891. — *Bröse*, Die galvanische Behandlung der Fibromyome. Berlin 1892. — *Bröse*, Berliner klin. Wochenschrift. 1890. — *Bigelow*, Elektrotherapie bei Frauenkrankheiten. Breslau 1890. — *Campe*, Centralbl. f. Gyn. 1891. — *Cutter*, Amer. Journ. of obstetr. 1887 u. 1890. — *Холмооровъ*, Centralbl. f. Gyn. 1891. — *Kampe*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. X. — *Kimball*, Boston med. and surg. Journ. 1874. — *Klein*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XIX. — *Kleinwächter*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XX. — *Lomer*, Centralbl. f. Gyn. 1889. — *Mandl* u. *Winter*, Wiener klin. Wochenschrift. 1891. — *Massey*, Electric in the diseases of women. London 1890. — *Nagel*, Archiv f. Gyn. Bd. XXX. — *Prochownick* u. *Späth*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXII. — *Prochownick*, Münchener med. Wochenschrift. 1890. — *Richelot*, Centralbl. f. Gyn. 1891. — *Runge*, Archiv f. Gyn. Bd. XXXIV. — *Schäffer*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIII. — *Shaw*, Transact. of the obstetr. soc. of London. Bd. XXX. — *Semeleder*, Wiener med. Presse. 1876. — *Stevenson*, Transact. of the obstetr. soc. 1889. — *Wyder*, Archiv f. Gyn. Bd. XIII u. XXIX. — *Zweifel*, l. c. Vorlesung IX.

ГЛАВА IV.

Анатомія и фізіологія.

Предварительныя замѣчанія.

Только полное знакомство съ анатомическими и фізіологическими условіями половой сферы можетъ служить твердой основой для изученія женскихъ болѣзней,—это положеніе часто высказывается, тѣмъ же менѣе не мѣшаетъ его повторять. Подробное изложеніе соответственныхъ главъ изъ анатоміи и фізіологіи было бы желательнымъ во многихъ отношеніяхъ, но этого не позволяютъ первоначально поставленные нами цѣли и недостатокъ мѣста. Поэтому, предполагая у нашихъ читателей общее знакомство съ этимъ предметомъ, мы ограничимся специальной обработкой нѣкоторыхъ важныхъ для практика отдѣловъ.

Потребности теоретика и практика не совпадаютъ. Поэтому съ теченіемъ времени выработалась особая «гинекологическая анатомія», при развитіи которой руководящей нитью являлись клиническія данныя. Цѣлый рядъ важныхъ для насъ вопросовъ подвинулись такимъ путемъ впередъ или даже нашли успѣшное разрѣшеніе. Стоитъ только указать на ученіе о нормальномъ положеніи матки и ея придатковъ; тутъ наблюденія анатомическихъ отношеній на живой существовавшей способствовали выработкѣ правильныхъ взглядовъ, и только съ тѣхъ поръ мы научились считаться съ фізіологическими измѣненіями въ положеніи этихъ частей.

Долгое время анатомическія изысканія сосредоточивались на ученіи о тазовыхъ фасціяхъ, которое все болѣе усложнялось, съ другой стороны, изученіе тазовой клѣтчатки было совершенно въ запусеніи. Понадобился толчокъ со стороны гинекологовъ, которымъ важность этихъ какъ связующихъ, такъ и раздѣляющихъ частей стала ясна на основаніи ихъ наблюденій надъ распространеніемъ столь частыхъ въ женскомъ тазу воспаленій, чтобы дать этому предмету должную оцѣнку. Благодаря предпринятымъ затѣмъ работамъ, мы получили, наконецъ, правильныя представленія объ этой области.

Стремленіе изучить пути распространенія и локализацию рецидивовъ рака матки заставило обстоятельнѣе изслѣдовать ходъ отводящихъ лимфатическихъ сосудовъ матки и придатковъ; столь гениально придуманный для устранения этого страданія способъ удаленія большихъ частей *per vaginam* потребовалъ тщательныхъ изысканій относительно топографіи близко проходящихъ у маточной шейки мочеточниковъ, чтобы съ увѣренностью избѣгнуть опаснаго поврежденія послѣднихъ.

Для производства цѣлесообразныхъ пластическихъ операцій понадобилось изученіе разрывовъ промежности и ихъ послѣдствій, а также хода и отправленій мышцъ, составляющихъ тазовое дно.

Различные оперативныя пути, коими проникають въ тазовое пространство, могли быть отысканы лишь посредствомъ тщательныхъ анатомическихъ изслѣдованій, которыя повели къ обогащенію нашихъ топографическихъ свѣдѣній.—Такимъ же образомъ мы могли бы еще упомянуть о многихъ приобрѣтеніяхъ, коими мы обязаны оперативной гинекологіи.

Ниже мы даемъ многое въ болѣе обстоятельномъ изложеніи, нежели это принято въ руководствахъ этого рода. При этомъ мы стремились, насколько возможно, добыть самостоятельныя сужденія; пришлось про-

явить поэтому извѣстное критическое отношеніе и брать часто только тѣ данныя, которыя согласуются съ найденными нами фактами. Съ другой стороны, всякому, кто знакомъ съ анатомической препарировкой, будетъ понятно, что не всегда возможна собственная провѣрка; поэтому въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ неизбѣжно пришлось ограничиться приведеніемъ только чужихъ данныхъ—какъ, на примѣръ, подвергнуть контрольному изслѣдованію фундаментальную работу *Frankenhäuser'a*, если даже обладать необходимой технической подготовкой?

Въ эмбриологіи мы нуждаемся въ гинекологическомъ отношеніи главнымъ образомъ для толкованія пороковъ развитія, уродствъ, а также извѣстныхъ патологическихъ образований; несмотря на большое общее значеніе, которое она въ настоящее время приобрѣла, мы могли отвести ей только ограниченное мѣсто.

Многія замѣчанія фізіологическаго характера разбросаны въ анатомическихъ главахъ, ибо трудно рѣзко разграничить описаніе функціи органа отъ изображенія его анатомическихъ отношеній—какъ, на примѣръ, разъяснить положеніе матки, не разбирая въ то же время фізіологическія смѣщенія ея? и т. п.

Мы сочли, далѣе, умѣстнымъ дать въ сжатой формѣ кое-что изъ гистологіи, поскольку она касается сферы нашихъ наблюденій; обладаніе этими свѣдѣніями есть необходимое условіе для пониманія патологической гистологіи, которая является въ настоящее время необходимой для гинекологіи вспомогательной наукой.

1. Топографія тазовыхъ внутренностей.

Гинекологу приходится при каждомъ изслѣдованіи отдавать себѣ отчетъ о положеніи тазовыхъ органовъ, слѣдовательно знакомство съ топографіей для него весьма важно; поэтому мы намѣрены вѣдаться здѣсь въ нѣкоторыя подробности.

Уже изстари на первомъ планѣ привлекалъ къ себѣ интересъ вопросъ о *нормальномъ положеніи матки*. Много объ этомъ спорили и писали. Благодаря стремленію нѣмецкихъ авторовъ добиться окончательнаго рѣшенія этого вопроса. выразившемуся въ единодушномъ отношеніи къ докладу *Burdeleben'a* (1888), теперь всѣ разпорѣчія, долгое время смущавшія гинеколога, навсегда устранены.

Результаты изслѣдованій на замороженныхъ трупахъ въ настоящее время приведены въ согласіе съ данными, получаемыми на живой, въ защиту которыхъ *B. S. Schultze* энергически выступилъ уже въ 1872 г. Такимъ образомъ старый взглядъ нѣкоторыхъ анатомовъ, который особенно упорно отстаивалъ *Henke*, будто матка лежитъ нормальнымъ образомъ въ ретроверсіи, отвергнутъ навсегда. Намъ должно казаться теперь непонятнымъ, какимъ образомъ не могли уразумѣть раньше то чрезвычайное различіе въ моментахъ, обуславливающихъ положеніе матки на трупѣ и на живой: недостаточный *turgor*, обезкровленность, расслабленіе мышечнаго и связочнаго аппарата, расслабленіе тазового дна при спинномъ положеніи—вотъ важные факторы, вліяющіе на топографическія отношенія органовъ въ трупѣ; что матка дѣйствительно мѣняетъ иногда свое положеніе въ трупѣ, удалось доказать уже раньше *Hack'u*, а потомъ *Ziegenspeck'u*, который отмѣчалъ точный гинекологическій *status* у больныхъ предъ самой смертью и потомъ сравнивалъ его съ данными вскрытія.

Гинекологамъ принадлежитъ та заслуга, что они дали руководящіе пункты для разъясненія этого важнаго вопроса и, главное, указали на

физиологическія смѣщенія. Хотя при изученіи литературы мы встречаемся съ правильными въ общемъ представленіями объ этомъ предметѣ уже въ работахъ, относящихся къ срединѣ этого столѣтія (*Boulard* 1852, *Kohlrausch* 1854 и т. д.), тѣмъ не менѣе понадобилось еще болѣе трехъ десятилѣтій, пока эти взгляды получили общее признаніе.

Въ настоящее время общепризнано и установлено, что *матка при нормальныхъ условіяхъ* подвержена извѣстнымъ смѣщеніямъ, причемъ, однако, ей присуща склонность снова возвращаться всегда въ первоначальное положеніе; *поэтому извѣстная степень подвижности является нормой для нея, а неподвижность представляетъ патологическое состояніе.*



Рис. 55. *Самитальный разръзъ* черезъ замороженный тазъ взрослой, нерожавшей женщины. Разръзъ пришелся неполно по срединной линіи. Пузырь и прямая кишка совершенно пусты, первый имѣетъ форму тарелки. Матка лежитъ въ антеверсіи — флексіи. Влагалище и прямая кишка обнаруживаютъ свое типическое направленіе. Изъ складокъ брюшины хорошо выражены: *tv* plica transversalis vesicae; *lr* ligam. teres (rotundum); *ip* ligam. infundibulo-pelvicum; *pD* plica Douglasii (rectouterina).

Надо различать между измѣненіями въ *позиціи* матки вслѣдствіе смѣщенія ея впередъ, взадъ и въ стороны (*ante-retro-latero-positio uteri*), поднятія вверхъ или опущенія внизъ (*elevatio, depressio, descensus uteri*) и между измѣненіями въ *положеніи* матки, которыя выражаются въ измѣненіи угла, образуемаго тѣломъ матки и тазовой осью кпереди или

кзади (*ante-retrodeviatio uteri*), приче́мъ гибкость или *форма* матки (выпрямлена или изогнута, *versio или flexio uteri*) стоятъ на второмъ планѣ; различаютъ также перегибъ въ сторону—*lateroflexio*. Матка большею частью неполнѣ симметрично расположена въ тазу, и легкая степень закручиванія (*torsio*) вправо есть фізіологическое явленіе. Всѣ эти измѣненія въ позиціи и положеніи, за исключеніемъ ретрофлексіи матки, находятся въ фізіологическихъ предѣлахъ, впрочемъ, при сочѣтанномъ изслѣдованіи возможно и послѣднее положеніе.

Position indifferente (Aran) не соотвѣтствуетъ нашимъ современнымъ представленіямъ о нормальномъ положеніи, которое, однако, должно быть тоже разсматриваемо лишь какъ относительное.



Рис. 56. Сагиттальный разрѣзъ черезъ замороженный тавъ *многорожавшей* женщины. *Ретроверсія* матки на *трупъ*. *Amprulla gestis* сильно выпячена. Начинаяющаяся *гестоселе* при неполномъ разрывѣ промежности. Пузырь пустъ, стѣнка его сильно сокращена. Отвѣсное направленіе влагалища вслѣдствіе выпячиванія кишки.

При нерастянутыхъ сосѣднихъ органахъ мы находимъ, что у здоровой женщины продольная ось матки не совпадаетъ съ тазовою осью, а перерѣзываетъ послѣднюю такимъ образомъ, что тѣло матки наклонено впередъ, а шейка смотритъ взадъ къ крестцовой кости (*anteversio uteri*); въ то же время имѣется болѣе или менѣе выраженная степень перегиба въ области внутренняго зѣва (*anteflexio uteri*). При этомъ матка виситъ въ маломъ тазу на поперечной, горизонтальной, неподвижной оси (*Aran*), протянутой отъ одной стѣнки таза къ другой; эту ось можно мысленно проводить черезъ *pars supravaginalis uteri*, которую и можно поэтому скорѣе всего разсматривать какъ *punctum fixum*; выпячелаящая отрѣзокъ матки (*corpus uteri*) является самой подвиж-

ной частью ея, наибольшія экскурсіи описываетъ дно матки, влагалищная часть менѣе подвижна, хотя тоже въ значительной степени смѣщается.

Положеніе матки зависитъ отъ цѣлага ряда моментовъ: отъ степени наполненія сосѣднихъ органовъ, въ особенности мочевого пузыря, отъ свойствъ матки (величина, форма, консистенція) и ея фиксирующаго аппарата (связки, соединеніе съ тазовой кльтчаткой, упругое или ослабленное состояніе ея брюшиннаго покрова), отъ внутрибрюшного давленія съ его многообразной зависимостью отъ брюшного пресса, дыханія, положенія тѣла и т. д., до извѣстной степени также отъ состоянія тазового дна, формы тазовой полости и наклоненія таза. Тутъ сплошь играютъ роль механическія вліянія. Но важны также тѣ перемѣны въ половыхъ органахъ, которыя наступаютъ соотвѣтственно измѣненію ихъ функцій въ отдѣльные возрасты жизни женщины.

Если при нормальныхъ условіяхъ въ дѣвственной маткѣ мы находимъ характерно выраженный перегибъ на уровнѣ внутренняго зѣва, который можетъ стать и остроугольнымъ (*остроугольная антефлексія нерожавшихъ*)¹⁾, то съ возрастаніемъ числа родовъ и въ связи съ этимъ массивности матки этотъ перегибъ можетъ болѣе или менѣе выпрямиться; острый уголъ превращается въ тупой, и такимъ образомъ выраженная антефлексія все болѣе переходитъ въ *антеверсію многорожавшихъ*, каковую не надо смѣшивать съ *небжкой anteversio uteri*, являющейся продуктомъ хроническаго воспаленія. Если у утробнаго младенца упомянутый перегибъ болѣею частью едва намѣченъ, то въ климактеріи съ наступленіемъ атрофіи органа развивается среднее положеніе между анте- и ретроверсіей съ преобладаніемъ послѣдней.

Большое значеніе имѣетъ *наполненіе пузыря*, которое можетъ достигать весьма значительныхъ степеней, причемъ смѣщается сперва тѣло матки, а потомъ и *вся* матка кзади и кверху (*retropositio et elevatio uteri retroversi*); матка отгѣсняется къ передней крестцовой стѣнкѣ



Рис. 57. Положеніе тазовыхъ внутренностей у утробнаго младенца. Сагиттальный разрѣвъ. Мочевой пузырь лежитъ еще болѣею своею частью внѣ тазового пространства. Отвѣсно положеніе всѣхъ трехъ выводныхъ протоковъ, обусловленное малымъ наклоненіемъ таза. Намекъ на перегибъ въ области внутренняго зѣва; наклонность къ антефлексіи. Преобладаніе первикальвой части матки. Влагалищная часть заострена.

Большое значеніе имѣетъ *наполненіе пузыря*, которое можетъ достигать весьма значительныхъ степеней, причемъ смѣщается сперва тѣло матки, а потомъ и *вся* матка кзади и кверху (*retropositio et elevatio uteri retroversi*); матка отгѣсняется къ передней крестцовой стѣнкѣ

¹⁾ *Неразгибающаяся* остроугольная антефлексія матки есть явленіе патологическое.

и сдавливаетъ прямую кишку, какъ это превосходно видно изъ часто приводимаго рисунка *Пирогова* и рис. 58, приготовленнаго по замороженному разрѣзу, находящемуся въ Вѣнскомъ анатомическомъ институтѣ. При маломъ наполненіи пузыря подвижное тѣло матки опускается сильно впередъ, какъ-бы въ углубленіе задней стѣнки пузыря, причемъ моча оттекаетъ въ боковыя части пузыря и выпячиваетъ ихъ. Часто приводимое сравненіе съ водяной подушкой весьма удачно. Въ совершенно пустомъ несокращенномъ состояніи пузырь принимаетъ

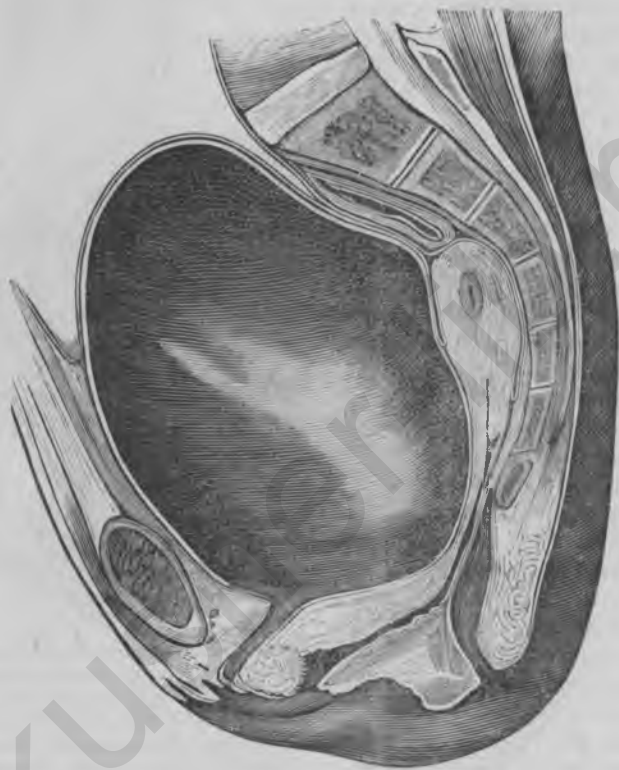


Рис. 58. *Сакиттальный разрѣзъ черезъ замороженный тавъ взрослой женщины при сильно растянутомъ пузырь. Elevatio, retropositio и retroversio uteri. Значительное удлиненіе влагалища. Сжатіе прямой кишки.* (Препаратъ Вѣнскаго анатомическаго музея).

форму тарелки, и тогда очень ясно выступаетъ поперечная складка брюшины—*plica vesicae*, которою пользуются для подраздѣленія тазового пространства, и на постоянство которой въ послѣднее время обратилъ вниманіе *Waldeyer*. Тѣло матки лежитъ въ углубленіи этой тарелки, которое остается замѣтнымъ иногда и на выпрепарированномъ пузырьѣ (*impressio uterina*). Между этими двумя крайностями находятся, конечно, всевозможныя переходныя формы и положенія.

Несравненно меньше вліянія имѣетъ на положеніе матки *прямая кишка*. Только наполненіе и растяженіе *ampulla* чести плотными каловыми массами можетъ оттекнуть впередъ внутренніе половые органы (*antepositio uteri*). Если *skybala* скопились въ верхнемъ отдѣлѣ прямой кишки, то этимъ вызывается извѣстная степень опущенія матки; такой-же кратковременный *descensus uteri* происходитъ во время де-

фекаціи, но при этомъ играетъ существенную роль повышение внутрибрюшного давленія вслѣдствіе жилаго. Передача этого давленія происходитъ при нормальныхъ условіяхъ на задней стѣнкѣ матки (*facies intestinalis* или *abdominalis uteri*). Если давленіе повышается при пустомъ пузырьѣ, то открытый впереди уголъ между тѣломъ и шейкой становится еще острѣе, слѣдовательно антефлексія усиливается. При наполненномъ пузырьѣ, при которомъ матка выпрямляется или даже наклоняется назадъ, внутрибрюшное давленіе имѣетъ точку приложенія у дна или на передней (пузырной) стѣнкѣ матки и такимъ образомъ усиливаетъ ретроверсію. Если при этомъ ось матки совпадаетъ съ продолженіемъ оси влагалищной трубки, то получаются благоприятныя условія для образованія опущенія и наконецъ выпаденія матки. При прочихъ благоприятствующихъ моментахъ, такъ, напр., расслабленіи поддерживающаго аппарата матки, это смѣщеніе становится стойкимъ, а слѣдовательно и патологическимъ. Если внутрибрюшное давленіе долго дѣйствуетъ на переднюю поверхность матки, тогда изъ ретроверсіи можетъ наконецъ развиться ретрофлексія матки.

Матка держится главнымъ образомъ благодаря своей тѣсной связи съ плотной кльчаткой, окружающей ея шейку, и съ брюшиной, покрывающей ея тѣло. Это доказывается опытомъ: если перерѣзать всѣ извѣстныя намъ связки, то получается легкой *descensus*, но не полное опущеніе. Тѣмъ не менѣе эти связки имѣютъ извѣстное значеніе; мы не сомнѣваемся, что ихъ цѣлость необходима для сохраненія нормальнаго положенія; укороченіе ихъ вслѣдствіе рубцового сморщиванія послѣ воспаленія, удлиненіе вслѣдствіе расслабленія и растяженія послѣ исчезновенія упругихъ элементовъ навѣрное играютъ роль при возникновеніи патологическихъ смѣщеній матки; поэтому при оперативномъ устраненіи послѣднихъ снова въ настоящее время направили вниманіе на связки.

Особенная растяжимость какъ этихъ связокъ, такъ и всего фиксирующаго аппарата легко демонстрируется при всякомъ изслѣдованіи: безъ особеннаго труда можно приподнять матку изъ малаго таза какъ надъ симфизомъ, такъ и надъ мысомъ, можно ее сдвинуть впередъ,



Рис. 19. Схематическій сагиттальный разръзъ таза по Schultze, иллюстрирующій выраженную антеверсію матки при совершенно пустомъ пузырьѣ.

назадъ, менѣе въ стороны и можно стянуть внизъ, даже до влагалищнаго входа (*искусственный пролапсъ*, рис. 60).

Активное сокращеніе связокъ до сихъ поръ не могло быть доказано; правда, мышечные пучки весьма измѣнчивой толщины расходятся съ поверхности матки во всѣ стороны, въ особенности между листками широкой связки и въ соединительнотканый слой прочихъ связокъ; находили даже въ нихъ поперечнополосатые мышечные волокна; тѣмъ не менѣе о сократительной дѣятельности ихъ намъ ничего неизвѣстно, если не считать немногихъ опытовъ, произведенныхъ на трупахъ осужденныхъ тотчасъ послѣ смерти, гдѣ ограничивались тѣмъ, что электрическимъ путемъ вызывали сокращенія кру-



Рис. 60. *Искусственный пролапсъ матки*. *R* прямая кишка; *B* пузырь; *U* матка, ниведенная пупевыми щипцами (*e*) и соотвѣтствуетъ высотъ стоянія придонной матки; *o* брюшина, которую пришлось разрѣзать по всей ширинѣ, чтобы сдѣлать возможный пролапсъ; *L* круглая связка, сильно вытянутая; *g* *plica rectiuterina* (отдѣлена); *O* яичникъ; *T* труба.

(Сагиттальный разрѣзъ изъ атласа *Savage*).

лъхъ связокъ (*Spiegelberg*). Поэтому *ligamenta rectiuterina* (*uterosacralia*) (*lig. suspensoria uteri*, *Schultze*) несправедливо носятъ данное имъ *Luschka* названіе «*retractores uteri*». Онѣ отходятъ отъ окологречной клѣтчатки нѣсколько ниже уровня внутренняго зѣва и тянутся, покрытыя брюшиной, подъ названіемъ *Дулагосовихъ складокъ*, назадъ, расходясь по сторонамъ прямой кишки и теряясь въ области втораго крестцоваго позвонка въ параректальной клѣтчаткѣ; однако,

объ ограниченномъ прикрѣпленіи ихъ къ кишечной трубкѣ или къ передней поверхности крестца не можетъ быть и рѣчи. Длина ихъ, насколько ее можно прослѣдить, опредѣляется приблизительно въ 7 см. Перерѣзываніе ихъ еще скорѣе всего влечетъ за собою опущеніе, доходящее до нѣсколькихъ сантиметровъ; при ихъ укороченіи матка нѣсколько перемѣщается назадъ (*retropositio*) и вверхъ (*elevatio*), въ особенноти мѣсто перегиба, а съ этимъ усиливается остроугольная антефлексія; ихъ удлинненіе и ослабленіе создаетъ благоприятныя условія для образованія ретроверсіи. Ихъ анатомическое положеніе дѣлаетъ понятнымъ, что прохожденіе твердыхъ каловыхъ массъ должно вызывать растяженіе связокъ и при частомъ повтореніи (хроническій запоръ) благоприятствовать образованію смѣщеній. Вліяніе воспалительныхъ процессовъ, локализирующихся въ нихъ (*parametritis posterior, Schultze*), на возникновеніе неправильныхъ положеній матки будетъ разобрано въ соответственной главѣ патологии.

Круглыя маточныя связки (ligamenta rotunda, teretia) отходятъ отъ передней поверхности роговъ матки; концы ихъ, лежаще внѣ брюшной полости, не имѣютъ ограниченнаго мѣста прикрѣпленія. Большею частью онѣ не одинаковой длины (лѣвая нѣсколько длиннѣе), имѣютъ въ своемъ внутреннемъ отдѣлѣ въ изобиліи гладкія мышечныя и упругія волокна, въ паховомъ каналѣ присоединяются поперечнополосатыя мышцы. Ихъ сухожильные концы рассыпаются въ клѣтчаткѣ *labia majora, mons veneris, lig. Poupartii* и въ апоневрозѣ брюшныхъ мышцъ. При укороченіи ихъ дно матки притягивается впередъ какъ бы двумя канатами, при расслабленіи ихъ матка падаетъ назадъ. Нельзя отвергать извѣстнаго вліянія этихъ связокъ на сохраненіе антефлексіи матки, но нѣтъ основанія ихъ считать антагонистами крестцово-маточныхъ связокъ. Во время беременности онѣ гипертрофируются, становясь въ четыре раза толще; во время родовъ онѣ принимаютъ участіе въ растяженіи нижняго маточнаго сегмента. Продолжительное дерганіе ихъ, какъ это бываетъ при опущеніи и выпаденіи матки, тоже можетъ имѣть послѣдствіемъ гипертрофію ихъ. Измѣренія *Ziegenspeck'a* показали, что при ретроверсіи матки не констатируется существенное удлинненіе круглыхъ связокъ, какъ можно было бы а priori подозревать.

Уже осмотръ *широкихъ маточныхъ связокъ (ligamenta lata)* на трупѣ, гдѣ онѣ на-подобіе крыловидныхъ отростковъ лежатъ сбоку отъ матки въ расслабленномъ состояніи или даже въ складкахъ, заставляетъ думать, что онѣ никакой роли въ поддержаніи матки не играютъ. Напротивъ, ихъ основанія и прилегающія къ шейкѣ матки плотныя соединительнотканныя массы съ сосудистыми пучками имѣютъ въ этомъ отношеніи первостепенную важность и поэтому названы *Kocks'омъ ligamenta cardinalia uteri* (см. главу о тазовой клѣтчаткѣ). *Kocks* считаетъ ихъ самой значительной опорой матки, и мы съ нимъ согласны. Мѣстомъ ихъ прикрѣпленія матка раздѣляется на два отдѣла, болѣе длинный передній и болѣе короткій задній, представляющіе въ механическомъ отношеніи два плеча рычага, на которыя сверху дѣйствуетъ какъ сила внутрибрюшное давленіе. Перерѣзка *lig. cardinalia* есть наиболѣе дѣйствительный приемъ, если желаютъ сдѣлать матку свободной и оттянуть ее книзу.

На широкихъ маточныхъ связкахъ обыкновенно различаютъ переднюю и заднюю серозную пластинку или, короче говоря, поверхность. У стоящей женщины получается вслѣдствіе антеверсіи матки нижняя

и верхняя поверхность; послѣднюю можно видѣть, если разсматривать тазовое пространство со стороны вскрытой брюшной полости. Можно также говорить о горизонтальной и вертикальной части связки, подразумѣвая подъ послѣдней боковой отдѣлъ, выдѣленный подъ названіемъ *mesosalpingium*.

Меньшее значеніе имѣютъ утолщенія тазовой клѣтчатки, несущія названіе *ligamenta vesicouterina* и лежація впереди матки по сторонамъ пузыря дна; они не имѣютъ отношенія къ тазовой брюшинѣ и будутъ упомянуты при описаніи топографическихъ условій тазовой клѣтчатки.

Съ задней стѣнкой пузыря находится въ рыхломъ соединеніи только передняя поверхность шейки матки; смотря по длинѣ первичальной части измѣняется и протяженіе этого соединенія. Съ прямой кишкой матка не находится ни въ какой прямой связи.

Опыты на трупѣ, направленные къ смѣщенію матки, показали, что при антефлексіи матки искусственное выпаденіе удается вызвать лишь въ незначительной степени, а выворотъ влагалища можно воспроизвести лишь при ретроверсії матки, притомъ при условіи кругового отдѣленія тазовой брюшины вдоль тазового входа (см. рис. 60). Если хотять низвести матку въ тотъ отдѣлъ влагалища, который лежитъ ниже *diaphragma pelvis*, то необходимо перерѣзать сосудистыя пучки по сторонамъ матки, *resp. ligamenta cardinalia*.

Выше мы упоминали, что *величина, форма и плотность матки* тоже могутъ оказывать вліяніе на ея положеніе. Понятно *a priori*, что небольшая матка, гипопластическая или атрофированная, будетъ отличаться большею подвижностью и неустойчивостью (особенно *corpus uteri*), нежели тяжелая, пуэрперальная или увеличенная опухолью; послѣдняя, въ свою очередь, имѣетъ больше склонности къ опущенію или наклоненію взадъ. На первомъ планѣ послѣродовой періодъ представляетъ благоприятныя условія для смѣщеній: продолжительное лежаніе на спинѣ, при очень значительномъ нервѣдкѣ наполненіи пузыря вслѣдствіе задержанія мочи, легко ведетъ къ *retroversio uteri*, съ другой стороны, ослабленный вслѣдствіе предшествовавшаго значительнаго растяженія фиксирующий аппаратъ не можетъ удержать массивную матку.

Къ опорнымъ частямъ причисляется также *тазовое дно*; оно исполняетъ эту задачу лишь тогда, когда удерживающій аппаратъ измѣняется. Опытъ, произведенный уже *Hohl* емъ, изъ котораго явствуетъ, что матка сохраняетъ свое положеніе, несмотря на удаленіе промежности и влагалища, имѣетъ силу лишь для матки съ неповрежденнымъ фиксирующимъ аппаратомъ, и то на короткое время; если же и послѣдній растянуть, ослабленъ, а въ то же время нарушена цѣлость промежности, надорванъ *m. levator ani*, тогда неудержимо послѣдуетъ опущеніе матки, тяготящей книзу у стоящей женщины, затѣмъ образуется стойкій *prolapsus uteri et vaginae*.

На характеръ подвижности тѣла матки большое вліяніе имѣетъ мѣсто перегиба: если оно не гнется, то матка не такъ легко измѣняетъ свое положеніе; если же оно тонко, атрофично, тогда тѣло матки можетъ опрокинуться; несмотря на всѣ попытки вправленія, такое тѣло всегда возвращается въ свое ложное положеніе; никакой пессарій не въ состояніи оказывать тутъ вліяніе на положеніе матки, поэтому при леченіи весьма важно имѣть этотъ моментъ въ виду. Мы знаемъ изъ опыта, что давленіе на влагалищную часть при не-

гибкой маткѣ усиливаетъ антеверсію, между тѣмъ какъ надавливаніе изъ задняго свода оттѣсняетъ *portio vaginalis* впередъ и такимъ образомъ вызываетъ ретроверсію матки.

Весьма важно имѣть точное представленіе о *нормальномъ положеніи влагалищной части матки*. Какъ показываютъ многочисленныя изслѣдованія (*Herrgott, Holst, Sappey, le Gendre* и др.), *portio vaginalis* обращена кзади и лежитъ приблизительно на 2 см. впереди соединенія крестцовой и копчиковой кости, выше и позади *linea interspinalis*. Данныя, найденныя на живыхъ, совпадаютъ съ результатами вскрытія, если на трупѣ сохранилась антеверсія матки. Изъ положенія и высоты стоянія влагалищной части можно уже при простомъ ощупываніи вывести кое-какія заключенія относительно положенія всей матки, поэтому надо всегда обращать вниманіе учащихся на этотъ пунктъ.

Подъ *придатками матки (adnexa uteri)* мы подразумеваемъ стоящія въ связи съ послѣдней, въ высшей степени важныя внутреннія части женскаго полового аппарата, это—*яичники* и *яйцепроводы*. Эти органы находятся въ столь тѣсной связи, что ихъ топографическія отношенія необходимо изложить вмѣстѣ. Они обнаруживаютъ еще большую измѣнчивость положенія, нежели матка; тѣмъ болѣе мы должны стараться исходить изъ опредѣленнаго *первичнаго положенія*.

Прежде учили, что яичники расположены своей продольной осью въ поперечномъ направленіи (см. *Henle* и мн. др.); это невѣрно. Теперь есть достаточное число изслѣдованій на трупахъ, тщательно затверженныхъ и препарированныхъ съ должными предосторожностями, которыя убѣждаютъ насъ, что продольныя оси яичниковъ круто спускаются сверху и снаружи, внизъ и внутрь, пересѣкаясь на продольженіи. Такимъ образомъ на яичникахъ надо различать не только наружный и внутренній, но и верхній, и нижній полюсъ; верхне-наружному соответствуетъ округленный конецъ, обращенный къ тазовой стѣнкѣ (*extremitas tubaris*), нижне-внутреннему—болѣе острый маточный конецъ (*extremitas uterina ovarii*).

Это приподнятіе бокового полюса производится связкой, идущей отъ боковой стѣнки таза къ наружному концу трубы и яичника—*ligamentum infundibulo-pelvicum (lig. suspensorium ovarii, Waldeyer)*; это—сильно выраженная складка брюшины, которая несетъ внизъ съ области почекъ могучій пучокъ *vasa spermatica interna*. Эта связка въ состояніи вызвать настолько отвѣсное положеніе яичника, что нѣкоторые склонны считать направленіе продольной оси почти вертикальнымъ. Яичникъ и труба буквально висятъ на этой связкѣ. Заключенные въ ней сосуды сперва идутъ къ наружной поверхности яичника, къ его воротамъ (*hilus*), чтобы вступить затѣмъ въ извѣстный анастомозъ съ сосудами, идущими по боковой стѣнкѣ матки. Маточный конецъ яичника находится болѣе впереди. Свободный, выпуклый край яичника (*margo liber*) смотритъ медиально и кзади; обѣ поверхности органа стоятъ сагиттально, такъ, что можно различать *facies lateralis et medialis* (рис. 61 и 62).

Яичники лежатъ своимъ верхнимъ, боковымъ концомъ близъ тазового входа въ легкомъ углубленіи или нишѣ пристѣночной брюшины, въ такъ наз. *fossa ovarica (Claudius)*, которая находится у внутренняго края *m. psoas*, поверхъ *m. pyramidalis*, между *vasa hypogastrica*, мочеточниками (сзади) и *vasa obturatoria* (спереди).

Относительно вышесказаннаго не существуетъ въ общемъ разно-

гласія; расходятся только въ вопросѣ о томъ, пересѣкаются-ли продольныя оси яичниковъ при продолженіи подѣ угломъ, открытымъ впереди или къзади, resp. сходятся-ли онѣ къзади или впереди. Гинекологи (въ особенности *Schultze, Olshausen*), которые опираются болѣе на данныя изслѣдованія у живыхъ, придерживаются, въ противоположность *Hasse*, послѣдняго взгляда.

Между тѣмъ какъ у взрослой женщины яичники совсѣмъ сдвинуты въ малый тазъ, они у плода въ первое время развитія находятся въ большомъ тазу; слѣдовательно, и здѣсь происходитъ *descensus*, какъ съ мужскими яичками. Уже въ этомъ возрастѣ намѣчено до извѣстной степени позднѣйшее первичное положеніе яичника: маточный конецъ—нижній, выпуклый край смотритъ къзади, трубная поверхность—медіальная.

Съ маткой яичники соединяются посредствомъ *яичниковой связки (lig. ovarii)*, которая тянется почти горизонтально и имѣетъ въ длину до 3 см. Асимметрія въ положеніи матки должна, конечно, отзываться на положеніи яичниковъ. Лѣвый яичникъ лежитъ нѣсколько больше впереди, нежели правый; зависитъ-ли это отъ того, что правый *ligamentum infundibulo-pelvicum* прикрѣпляется нѣсколько далѣе къзади, нежели лѣвый, или находится въ связи съ несимметрическимъ положеніемъ прямой кишки, это не установлено.

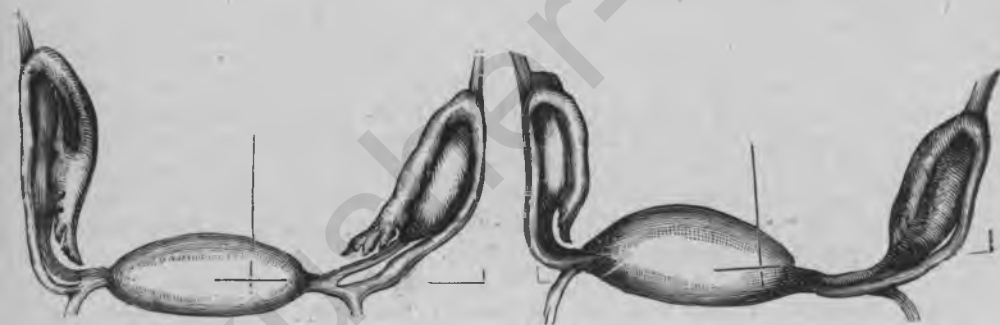


Рис. 61.

Рис. 62.

Топографія трубъ и яичниковъ по His'у. Асимметрическое положеніе дна матки, отклоненіе вправо. Придатки матки прикрѣплены съзади, сверху и снаружи на *lig. infundibulo-pelvicum*. Хорошо выражены обхватывавіе яичника яйцепроводомъ и такъ наз. трубная петля. Мы различаемъ такимъ образомъ на *яичникѣ* *extremitas tubaris et uterina, facies medialis et lateralis, margo mesoorphoricus et liber*, послѣдній обращенъ назадъ.

Небольшія отклоненія въ положеніи яичниковъ встрѣчаются даже при совершенно нормальныхъ условіяхъ; они могутъ лежать нѣсколько выше или ниже, нѣсколько далѣе впереди или къзади; опущеніе, *descensus* или *prolapsus ovarii*, всегда были склонны разсматривать какъ нѣчто болѣзненное. При общемъ расслабленіи брюшины и *enteroptosis* не надо удивляться, если страдаетъ и прикрѣпленіе яичника; въ такихъ случаяхъ при ощупываніи черезъ влагалитичный сводъ мы тотчасъ наталкиваемся на нѣсколько припухшіе обыкновенно яичники, которые почти опустились на дно *Douglas'*ова пространства и отличаются особенной подвижностью.

Задній выпуклый край яичниковъ иногда касается лежащаго тотчасъ позади мочеочника.

Измѣненіе позы женщиной не обусловливаетъ при нормальныхъ половыхъ органахъ замѣтнаго смѣщенія яичниковъ, въ чемъ можно во всякое время убѣдиться посредствомъ комбинированнаго изслѣдованія. Иначе дѣло обстоитъ при измѣненіяхъ въ положеніи матки; они, конечно, оказываютъ вліяніе на положеніе яичниковъ; въ особенности при *retroversio* и *retroflexio uteri* послѣдніе смѣщаются къзади въ крестцовую впадину и иногда нелегко достижимы (рис. 63). Повышеніе внутрибрюшного давленія можетъ иногда вызвать опущеніе всего полового аппарата, а съ этимъ и яичниковъ, но *descensus* будетъ сильно выраженъ лишь тогда, если яичники уже раньше покинули свое первичное положеніе. Сильное наполненіе пузыря можетъ вызвать приподнятіе какъ широкихъ связокъ, такъ и матки, а такъ какъ яичники заложены въ задней, resp. верхней пластинкѣ *lig. lata*, то это должно вліять и на ихъ положеніе: они *in toto* отступаютъ назадъ, въ особенности нижній полюсъ, верхній же скорѣе сохраняетъ свое первоначальное положеніе, продольная ось тогда направляется сверху, снаружи и спереди книзу, кнутри и къзади; *punctum fixum* остается при этомъ всегда прикрѣпленіе *lig. infundibulopelvica*, между тѣмъ какъ маточный конецъ участвуетъ въ перемѣщеніяхъ матки.

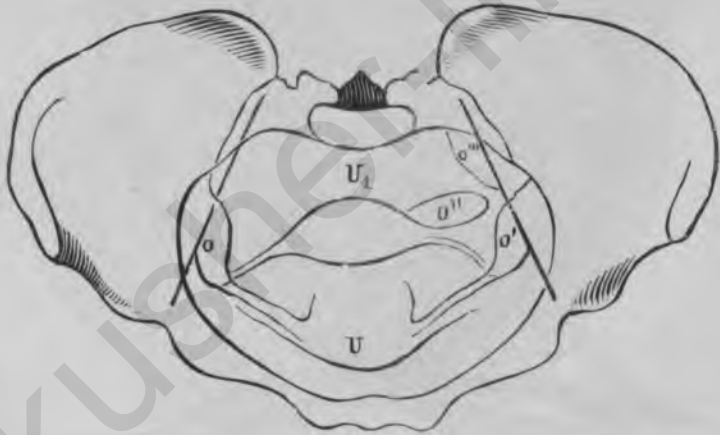


Рис. 63. Зависимость положенія яичника отъ смѣщенія матки. Схематическое изображеніе по В. S. Schultze. U наклоненное вперед дно матки; U₁ смѣщенная назадъ матка; O' нормально расположенный яичникъ; O''' положеніе яичника при ретроверсiи матки; O'' положеніе его, когда матка снова упала вперед. Прямая линія на боковой стѣнкѣ таза должна обозначать внутреннiй край ш. рвов.

Яйцепроводы (трубы) имѣютъ большею частью одинаковое направленіе на обѣихъ сторонахъ. Отходя отъ роговъ матки, они тянутся обыкновенно на извѣстномъ разстояніи (нѣсколько больше 2 стм.) горизонтально кнаружи, параллельно съ *lig. ovarii*; достигши нижняго, медиальнаго конца яичника, они поворачиваютъ почти подъ прямымъ угломъ, поднимаются по яичнику и у его верхняго конца снова перегибаются, но уже подъ острымъ угломъ, спускаясь по выпуклому, свободному краю яичника книзу и къзади. Брюшной конецъ трубы покоится свободно и подвижно на верхней пластинкѣ широкой маточной связки. Этотъ двойной перегибъ дѣлитъ яйцепроводъ на три части: а) маточную, горизонтальную, б) среднюю, восходящую, в) брюшную, нисходящую (также *pars ampullaris*); б и в вмѣстѣ образуютъ *трубную петлю (His)*; послѣднюю яичникъ покрывается какъ-бы кол-

накомъ, иначе говоря, онъ лежитъ въ нишѣ, образованной трубой и mesosalpingium (bursa ovarica). Иные просто различаютъ маточный и брюшной конецъ петли, а съ этимъ только два отдѣла трубы. Не всегда, впрочемъ, имѣются рѣзкіе перегибы, бываетъ и болѣе постепенный, округленный переходъ. Маточный конецъ слѣдуетъ, разумѣется, перемѣщеніямъ дна матки, между тѣмъ какъ брюшной болѣе свободенъ въ своихъ движеніяхъ¹⁾.

Яичники отыскиваютъ на живой, пальпируя пальцемъ черезъ влагалищный сводъ отъ края матки къ боковой стѣнкѣ таза, подъ внутреннимъ краемъ m. psoas. Вопреки мнѣнію *Hyrtl*'я, что они въ нормальномъ состояніи не прощупываются, ихъ удаётся констатировать

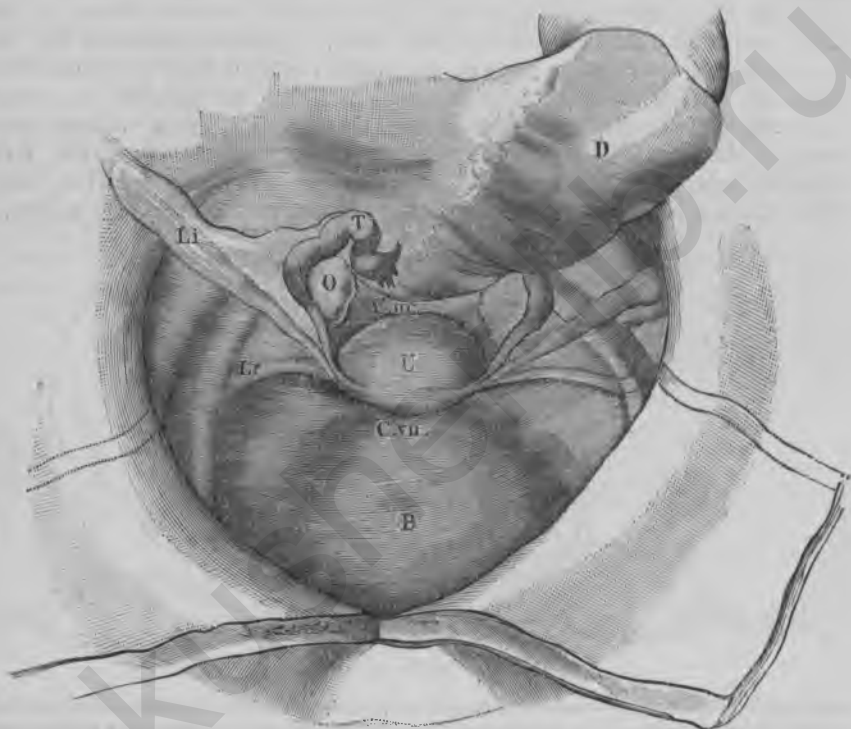


Рис. 64. Видъ сверху на *cavum peritoneale pelvis* у взрослой женщины по вскрытіи брюшной полости и удаленіи кишокъ. В умеренно наполненный пузырь; U матка; D flexura sigmoidea; O яичникъ; T труба; Lr ligam. rotundum; Li ligam. infundibulo-pelvicum (suspensorium ovarii); C. vi. *cavum vesiciuterinum*; C. ur. *cavum uterorectale* (rectiuterinum: Douglas'ово пространство). Сбоку *foveae paravesicales* и *parauterinae*.

при не слишкомъ напряженныхъ или жирныхъ брюшныхъ покровахъ и податливомъ, не сморщенномъ сводѣ, какъ болѣе сагиттально или косо расположенныя, подвижныя, слегка чувствительныя при давленіи тѣла, по величинѣ и формѣ напоминающія миндаль въ скорлупѣ или небольшие финики. Иногда, правда, они лежатъ нѣсколько высоко или дальше къзади, окруженные и скрытые кишечными петлями. Они тѣмъ болѣе становятся недоступны, чѣмъ больше матка выпрямляется или наклоняется назадъ. Если ощупывать боковое тазовое про-

¹⁾ См. рис. 75 въ главѣ о тазовой клетчаткѣ.

странство, исходя отъ рога матки, тогда яичниковая связка служить хорошей путеводной нитью; при этомъ можно убѣдиться, что маточный конецъ яичника лежитъ наиболѣе впереди и легче всего достижимъ.

Ощупываніе трубъ значительно труднѣе, нежели ощупываніе яичниковъ. Исходнымъ пунктомъ для ориентированія надо всегда избирать соответственный рогъ матки. При очень податливыхъ и тощихъ брюшныхъ покровахъ можно здѣсь иногда съ поразительной отчетливостью прощупать 2—3 круглыхъ, горизонтально отходящихъ канатика, которые соответствуютъ lig. teres, lig. ovarii и маточному отдѣлу яйцепровода. При хроническомъ воспаленіи послѣдній становится тверже и толще и тогда легко отграничивается (*симтомъ Martin'a*) отъ другихъ образований. При здоровыхъ трубахъ намъ не удавалось, какъ это описано другими, отчетливо констатировать pars ampullaris и бахромчатый конецъ.

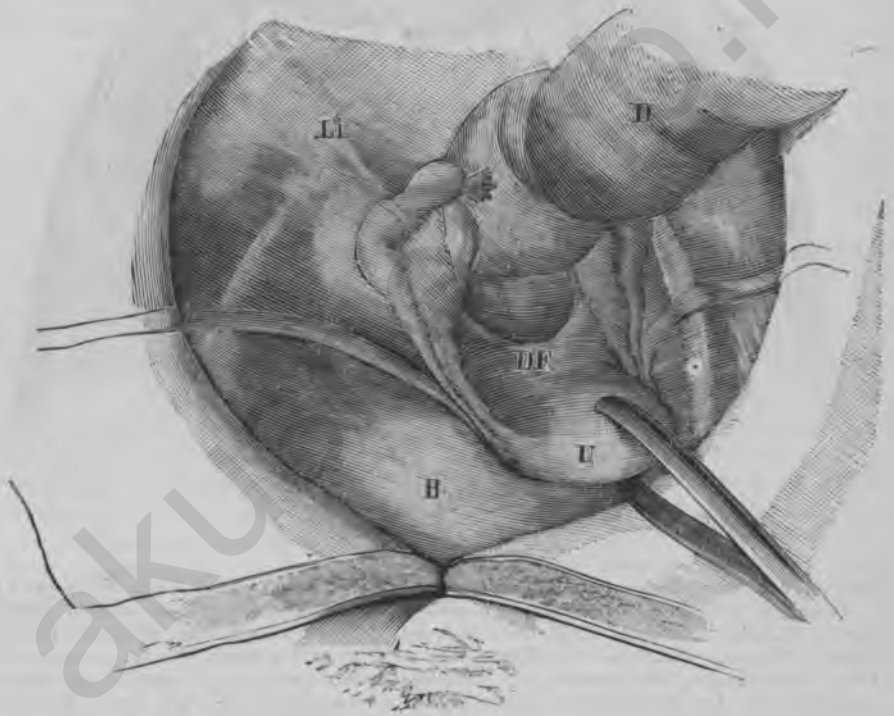


Рис. 65. То же самое при оттянутой влво матки. Очень отчетливо здѣсь выступаютъ обѣ Douglas'овы складки *DF'* (plicae rectiuterinae), подолуно переходящія одна въ другую позади матки.

Если, вскрывъ брюшную полость, удалить съ нѣкоторой осторожностью опустившія въ малый тазъ кишечныя петли, то можно *обозрѣть сверху cavum pelvis peritoneale (Luschka)* (рис. 64 и 65); благодаря мягкимъ частямъ, контуры тазового входа здѣсь существенно разнятся отъ очертаній его на скелетированномъ тазѣ. Несмотря на измѣнчивое состояніе содержимаго, прежде всего всегда бросаются въ глаза два неровныхъ углубленія, которыя изстари несутъ названія *excavatio vesici-* и *recti-uterina* ¹⁾. Естественной границей обѣихъ впа-

¹⁾ По предложенію *Kossmann'a* вѣсто vesico-recto-uterina.

динъ является болѣе или менѣ поперечно стоящая перегородка, которая для дидактическихъ цѣлей описывается какъ вертикально поднимающаяся складка брюшины, въ которую со стороны тазового дна, слѣдовательно снизу, вдвинуты внутреннія части женскаго полового аппарата. Такимъ образомъ эта поперечная стѣнка содержитъ въ своей дубликатурѣ слѣдующія подвижныя, покрытыя сывороточной оболочкой части: тѣло матки съ его боковыми крыловидными отростками, широкими маточными связками и стоящимъ въ связи съ ними трубно-яичниковымъ аппаратомъ. Передняя изъ этихъ обѣихъ ямокъ гораздо болѣе плоская, нежели задняя. По мѣрѣ наполненія пузыря она все больше уплощается, пока, наконецъ, не доходитъ до минимума, она

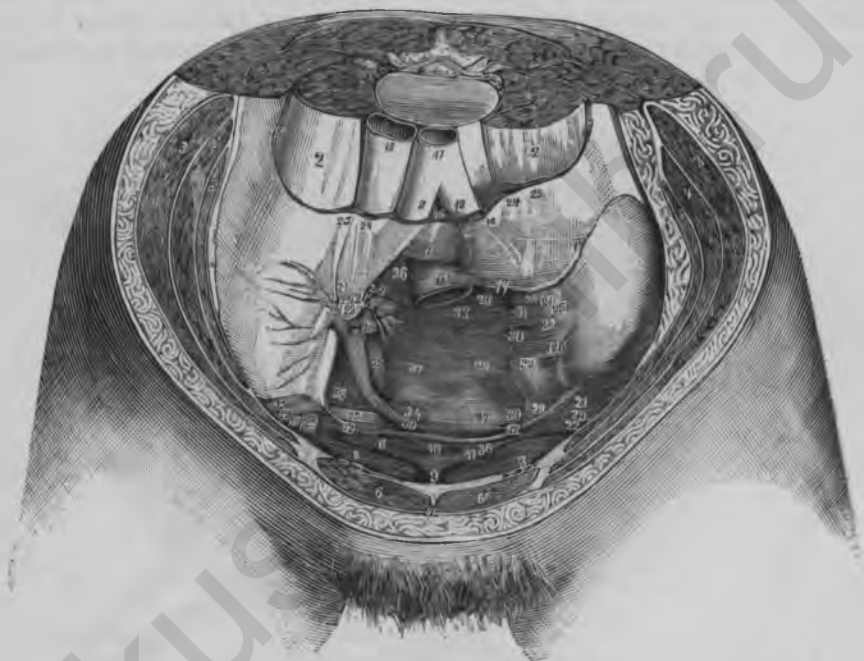


Рис. 66. Видъ тазовыхъ органовъ 16-лѣтней дѣвственницы сверху (изъ атласа *Waldeyer'a*). 1. Promontorium; 2. *M. psoas major*; 3. *obliqu. abdom. externus*; 4. *M. obliqu. internus*; 5. *M. transv. abdom.*; 6. *M. rect. abdom.*; 7. *Linea alba*; 8. *Vasa epigastrica inferiora*; 9. *Ligam. vesic. med.*; 10. *Vesica urinaria*; 11. *Plica vesic. transv. access.*; 12. *Plica vesic. transv.*; 13. *Rectum*; 14. *Mesosigmoideum resectum*; 15. *Sectio peritonaei parietalis*; 16. *Art. haemorrhoid. superior*; 17. *Aorta abdom.*; 18. *Art. iliacae communes*; 19. *Vena cava inferior*; 20. *Art. hypogastrica*; 21. *Art. iliaca externa*; 22. *Vena iliaca externa*; 23. *N. obturator*; 24. *Ureter*; 25. *Vasa spermatica interna*; 26. *Spatium Douglasi*; 27. *Fundus uteri*; 28. *Corpus uteri*; 29. *Ligam. rotundum*; 30. *Tuba Fallopii*; 31. *Infundibulum*; 32. *Ovarium*; 33. *Plica Douglasi*; 34. *Ligam. ovarii*; 35. *Vena ligam. rotundi*; 36. *Fovea paravesicalis*; 37. *Fovea parauterina*; 38. *Fossa praeovarica*.

именно обусловливаетъ измѣнчивость картины при осмотрѣ сверху, соотвѣтственно степени наполненія пузыря, между тѣмъ какъ задняя ямка, помимо индивидуальныхъ колебаній, остается постоянной и отличается своей глубиной. Эта глубокая щель между маткой и прямой кишкой имѣетъ ступень, раздѣляющую ее какъ-бы на этажи, это—рѣзко выступающія полулунныя пlicae rectouterinae; нижній конецъ ограничиваемаго послѣдними собственнаго *Douglas'ова* пространства можетъ иногда спускаться еще въ *septum rectovaginale* и такимъ образомъ представ-

лять продолженіе *caelum peritoneale* между влагалищемъ и прямой кишкой.

Въ послѣднее время *Hasse* и *Waldeyer* сдѣлали попытку дать болѣе точныя топографическія границы и такимъ образомъ получить подраздѣленія этихъ пространствъ; первый избралъ для этого *lig. infundibulo-pelvicum* и *lig. ovarii*, послѣдній—*plica vesicalis transversa* и обѣ *Douglas'*овы складки. Дѣленіе *Waldeyer'a* (на 3 части) можетъ быть принято, но страдаетъ однимъ недостаткомъ, а именно тѣмъ, что одна изъ пограничныхъ складокъ, *plica vesicalis transversa*, лишь тогда отчетливо замѣтна, когда пузырь опорожненъ и опустился позади лоннаго соединенія на дно таза; лишь только пузырь растягивается, причемъ верхушка его приподымается и задняя стѣнка выпячивается, эта запасная складка изглаживается и наконецъ совершенно исчезаетъ.

Его три отдѣленія суть:

- A. Ниша для пузыря, сбоку *foveae paravesicales*
отдѣленная посредствомъ *plica vesicalis transversa* отъ
- B. Камеры для матки, сбоку *foveae parauterinae* съ
fossa ovarica и *praearica* съ
обѣихъ сторонъ
- отдѣленной посредствомъ *plica Douglasi* отъ
- C. Камеры для прямой кишки.

Fossa praearica ограничивается, по *Waldeyer'у*, спереди круглой связкой и *plica vesicalis*, сзади *hilus ovarii* и *mesosalpingium*, сверху *vasa iliaca* (рис. 66).

Топографическія отношенія тазовыхъ внутренностей при измѣненіяхъ въ положеніи изслѣдуемой.

Измѣненіе позы женщины имѣетъ въ общемъ при нормальныхъ условіяхъ гораздо меньше вліянія на положеніе тазовыхъ внутренностей, въ особенности внутреннихъ половыхъ органовъ, нежели можно было бы а priori подозревать, особенно по толкованіямъ *Hasse*.

Въ стоячемъ положеніи, которое не пригодно для комбинированнаго изслѣдованія, верхушка копчика, правда, стоитъ нѣсколько выше нижняго края симфиза, влагалищная часть тоже приходится нѣсколько выше и позади *lin. interspinalis*, и внутрибрюшное давленіе, а также напряженіе брюшныхъ покрововъ усиливается; тѣмъ не менѣе при пѣлости фиксирующаго аппарата и тазового дна опущеніе матки не наступаетъ. Степень подъема копчиковой верхушки надъ горизонтомъ зависитъ преимущественно отъ степени наклоненія таза, которое не превышаетъ 55 градусовъ. Подвздошныя ости и верхній край симфиза лежатъ въ одной вертикальной плоскости. Стоячее положеніе имѣетъ значеніе для изслѣдованія только въ случаяхъ опущенія половыхъ органовъ. Усиленіе антеверсии матки вслѣдствіе повышенія внутрибрюшнаго давленія бываетъ ничтожное, даже при *enteroptosis* (*Küstner*).

Индивидуальныя различія въ топографическомъ отношеніи наружныхъ половыхъ частей и промежности къ тазовому выходу находятъ себѣ выраженіе и при этомъ положеніи, съ одной стороны, въ большемъ опущеніи мягкихъ частей ниже плоскости горизонта, пролагаемой черезъ нижній край симфиза и верхушку копчика, съ другой стороны, въ зависящемъ отъ наклоненія таза *situs genitalium anterior*

или posterior. Недаромъ превосходные наблюдатели даютъ намъ столь различныя схемы, иллюстрирующія эти отношенія (см. рис. 67).

Уже при *простомъ положеніи на спину* съ вытянутыми ногами внутрибрюшное давленіе понижается (*Schatz*); при этомъ верхній край лоннаго соединенія есть наивысшій пунктъ плоскости тазового входа, которая спадаетъ кзади. Это положеніе годится для наружнаго осмотра, ощупыванія, перкуссіи, аускультатіи.

Для собственно гинекологическаго изслѣдованія требуется болѣе значительное расслабленіе брюшныхъ покрововъ, которое лучше всего достигается умѣреннымъ сгибаніемъ въ колѣнномъ и тазобедренномъ суставахъ; если верхняя часть тѣла при этомъ нѣсколько приподнята,

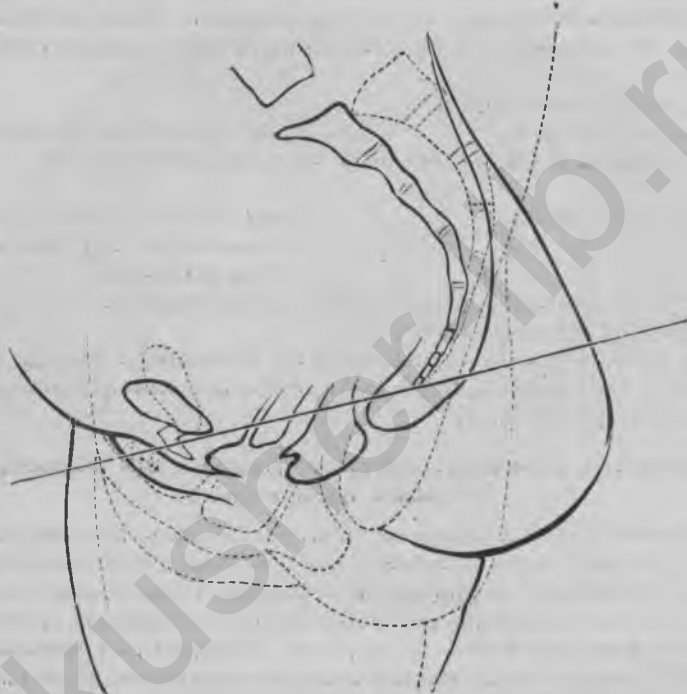


Рис. 67. Граница мягкихъ частей по *Schultze* (сплошныя линіи) и по *Schroeder*'у (пунктиръ), начертанная въ схемѣ одного и того же таза.

то получается такъ наз. *положеніе, какъ при камнестьченіи* (*Steinschnittlage*, рис. 69), представляющее нѣчто среднее между лежаніемъ и сидѣніемъ. Это положеніе чаще всего примѣняется гинекологомъ и осуществляется само собою при употребленіи различныхъ столовъ и креселъ для изслѣдованія.

Если бедра сильно пригибаются къ животу, то нижній конецъ крестца удаляется отъ подстилки, и получается предложенное *Simon*'омъ и *Dieffenbach*'омъ, такъ наз. *крестцово-спинное положеніе*, которое требуетъ помощниковъ или примѣненія ногодержателей и поэтому употребляется почти исключительно при операціяхъ (рис. 70).

При *положеніи на животъ* съ опущенной верхней частью тѣла (*коленно-локтевое положеніе, position à la vache, M. Sims*) и при *положеніи съ приподнятымъ тазомъ* (*Trendelenburg*) получается значительное паденіе внутрибрюшнаго давленія; послѣднее можетъ даже стать ниже атмосферическаго. Если въ колѣнно-локтевомъ положеніи оттягивать

промежность, то воздухъ устремляется во влагалище и вздуваетъ оное такъ, что своды изглаживаются и влагалищная часть укорачивается. Рис. 68 иллюстрируетъ эти отношенія. При этомъ всё брюшныя внут-

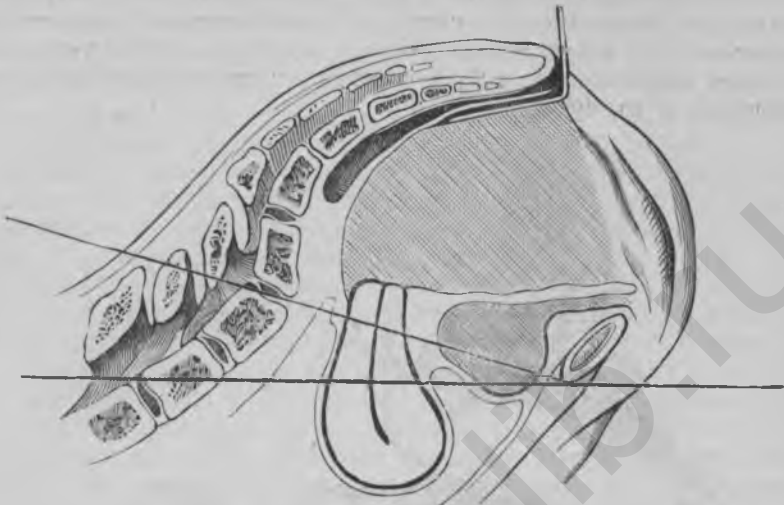


Рис. 68. Растяженіе влагалища воздухомъ при коленно-локтевомъ положеніи, когда введенъ retractor perinei (по Hegar'у и Kalttenbach'у).



Рис. 69. Обычное положеніе, какъ при камнебъченіи, для производства гинекологическихъ изслѣдованій.

ренности, слѣдуя законамъ тяжести, падаютъ къ діафрагмѣ, а внутренніе половые органы до извѣстной степени опускаются на переднюю брюшную стѣнку, насколько это допускаетъ связочный и фиксирую-

тій апаратъ матки; влагалищная часть отходить иногда къ мысу, а передняя влагалищная стѣнка, для осмотра которой колѣбно-локтевое положеніе при извѣстныхъ условіяхъ является самымъ подходящимъ (пузырно-влагалищные свищи и т. п.), принимаетъ горизонтальное направление и обнаруживаетъ колебанія соотвѣтственно дыхательнымъ движеніямъ. Въ этомъ положеніи иногда гораздо легче устраниваются смѣщенія матки назадъ и болѣе успѣшно выполняются вливанія въ кишечникъ и въ пузырь.



Рис. 70. Исслѣдованіе въ крестцово-спинномъ положеніи.

Подобное же, но менѣе значительное пониженіе давленія въ брюшной полости обусловливается *положеніемъ на боку* (Sims'овское положеніе); послѣднее менѣе въ ходу у насъ, нежели у американцевъ и англичанъ, которые пользуются имъ для изслѣдованія зеркаломъ и для мѣстныхъ манипуляцій; пониженіе внутрибрюшного давленія надо объяснить здѣсь приподнятымъ положеніемъ таза ¹⁾.

2. Тазовая клѣтчатка.

Дабы получить правильныя представленія о распредѣленіи и распространеніи, а также о фізіологическомъ и въ особенности патологическомъ значеніи клѣтчатки въ маломъ тазу, были предприняты изысканія различными путями. Одни ограничивались простой анато-

¹⁾ Литературу см. въ концѣ главы.

мической препарировкой; другіе впрыскивали въ извѣстныя мѣста рыхлой клетчатки жидкія, окрашенныя, до возможности затвердѣвающія массы (клей, гипсъ), чтобы выяснитъ типическіе пути распространенія воспаленій и ихъ продуктовъ, жидкихъ экссудатовъ и гнойныхъ гнѣздъ; наконецъ, дѣлали разрѣзы черезъ обезызвествленные или замороженные тазы по всевозможнымъ плоскостямъ. Благодаря совокупности этихъ трехъ методовъ, изслѣдованія могутъ считаться удовлетворительно законченными, и наши современныя свѣдѣнія объ анатоміи тазовой клетчатки отвѣчающими дѣйствительности.

Съ самаго начала надо замѣтить, что соединительная ткань въ маломъ тазу въ сущности выполняетъ тѣ же задачи, что и въ прочихъ частяхъ тѣла, но распределеніе ея здѣсь особенно сложное и одновременно удовлетворяетъ многимъ функціямъ.

Прежде всего она представляетъ общую, равномерную основу для всего содержимаго таза; она связываетъ и раздѣляетъ тазовыя внутренности, дѣлаетъ возможными взаимныя смѣщенія, приводитъ ихъ въ болѣе тѣсную связь съ окружающими частями, даетъ имъ опору. Она затыкаетъ щели и выполняетъ ямки; она сопровождаетъ кровеносныя и лимфатическіе сосуды, нервныя стволы и, образуя вокругъ нихъ влагалища, проникаетъ подъ видомъ интерстиціальной ткани въ паренхиму органовъ, служа такимъ образомъ остовомъ и послѣднимъ. Изъ нея, какъ показываетъ исторія развитія, выработались также апоневрозы, фасціи, служащія вспомогательнымъ снарядамъ для мышечной системы; о послѣднихъ будетъ рѣчь при описаніи тазового дна.

Она большею частью выполняетъ то пространство, которое по извѣстной схемѣ *Luschka* обозначено именемъ *cavum pelvis subperitoneale*, и, разумѣется, находится въ связи съ клетчаткой брюшной полости, промежности и наружныхъ половыхъ частей, гср. должна быть разсматриваема какъ *непосредственное* продолженіе подсывороточной и подкожной клетчатки, съ которою она сообщается черезъ щели въ тазовомъ днѣ.

Въ эту сплошную массу клетчатки буквально вотканы три мускульныхъ полыхъ органа таза съ ихъ выводными протоками (пузырь-уретра, матка-влагалище, прямая кишка), которые пробиваютъ клетчатку, между тѣмъ какъ мышечный замыкающій аппаратъ своими фасціями вступаетъ въ отношенія съ послѣдней.

Согласно этимъ различнымъ задачамъ и строеніе тазовой клетчатки будетъ различное. Если она служитъ просто заполняющимъ средствомъ, тогда она богата жиромъ; такъ, напримѣръ, жировая клетчатка кожи простирается въ глубину обѣихъ ямокъ, лежащихъ по сторонамъ промежности (*fossae ischiorectales, cavum pelvis subcutaneum*), всецѣло ихъ выполняя. Весьма своеобразно жиръ здѣсь въ формѣ маленькихъ комочковъ заложенъ въ петляхъ и сотоподобныхъ углубленіяхъ клетчатки.

Эта богатая жиромъ клетчатка пользуется, однако, щелями въ мышечной діафрагмѣ таза, чтобы распространиться и поверхъ нея вдоль боковыхъ стѣнокъ таза. Просто рыхлая клетчатка выполняетъ пространство между лоннымъ соединеніемъ и передней стѣнкой пузыря, между крестцомъ и прямой кишкой. Измѣнчивая степень наполненія этихъ обоихъ органовъ именно требуетъ рыхлаго соединенія съ соедѣнными частями, допускающаго смѣщенія. Болѣе плотную структуру и болѣе тѣсную связь съ органами обнаруживаетъ клетчатка, окружающая мочеиспускательный каналъ и влагалище; это—своеобразная,

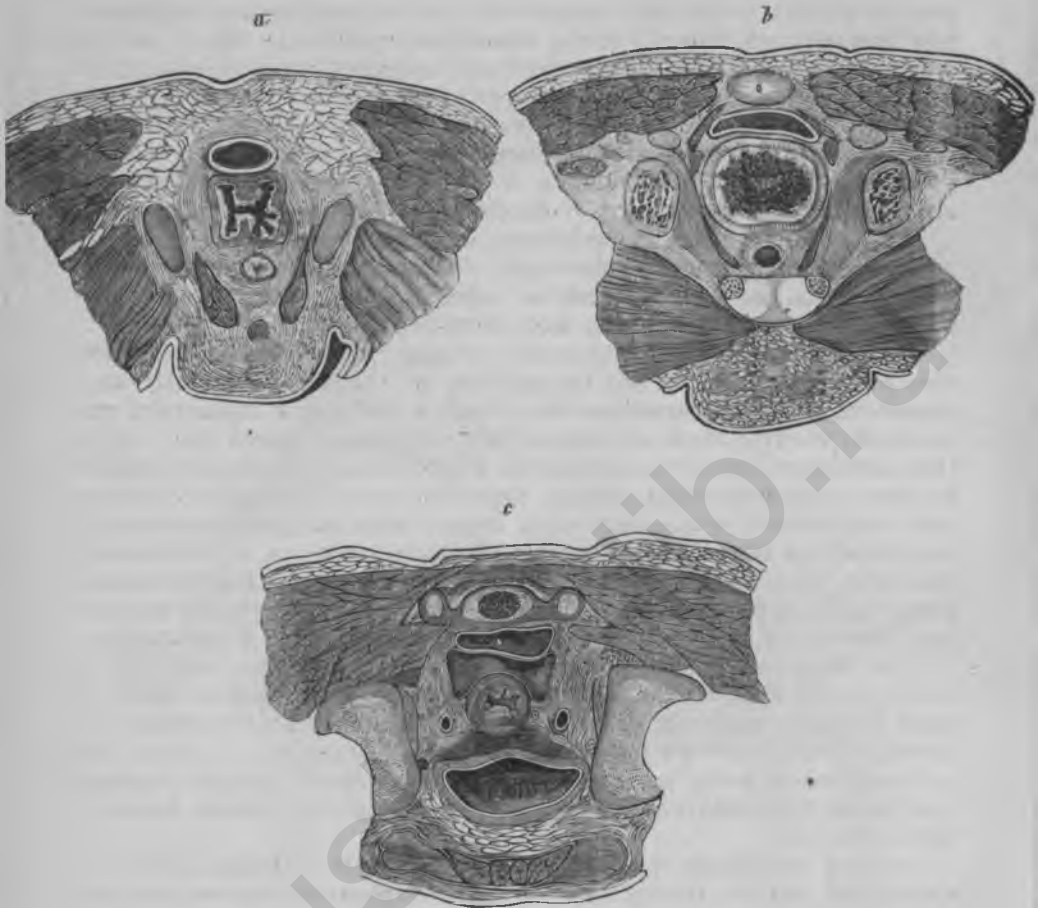
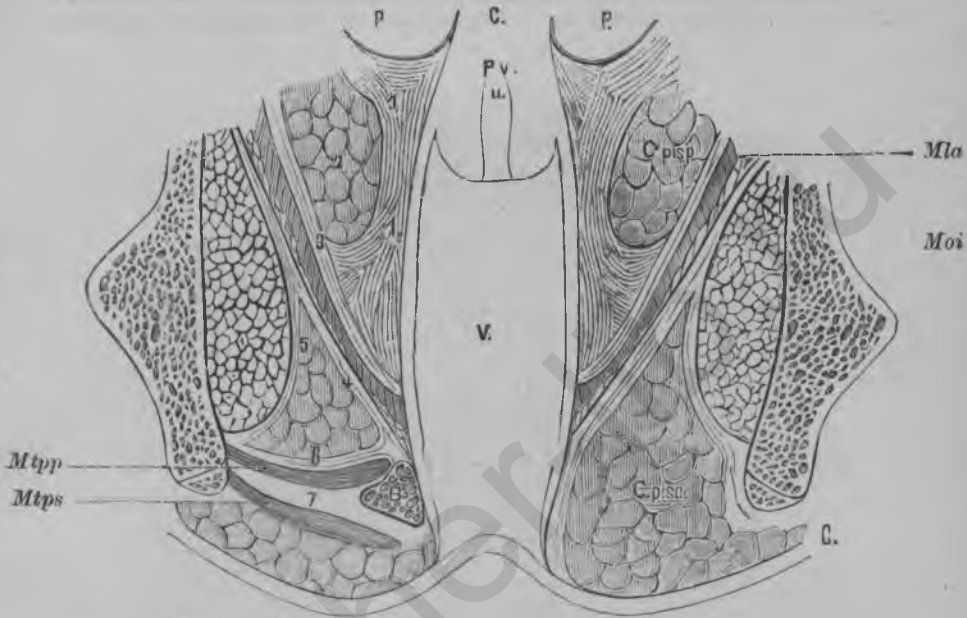


Рис. 71. Три горизонтальных разреза, проведенные на различной высоте через таз новорожденной. В своей простоте они весьма наглядны. Они способны подкрепить выставленное выше положение, что клетчатка представляет равнобрюную основу для всего содержимого таза. Три полых органа таза, лежащие один за другим, легко распознаются по характерной форме их поперечного разреза; соединительнотканная оболочка всех трех сливаются между собою и снаружи стоятъ въ свободномъ соединеніи съ подкожной клетчаткой окружающихъ частей таза. — *a* — Самый глубокий разрезъ, который прошелъ черезъ мягкія части тазового выхода. *Tubera ossis ischii* только захвачены. Свообразное поперечное сѣченіе влагалищной трубки въ видѣ буквы Н; впереди него уретра, позади, по срединной линіи, прямая кишка. Снаружи прилегаютъ къ тазу мышечныя группы *adductores et glutaei*. — *b* — Этотъ разрезъ проведенъ выше и прошелъ черезъ нижній конецъ крестца, *os ischii* и лонное соединеніе. Просвѣтъ влагалища больше, стѣнка его своеобразно зубчатая отъ сосочкообразныхъ возвышеній. Внутри тазового пространства находится *m. obturatorius internus* и полосами надрезавъ *m. levator ani*. Группы *mm. adductores et glutaei* раздвинуты. Сбоку выступаетъ *peroneus ischiadicus*. — *c* — Самый высшій разрезъ пересѣкъ верхній отдѣлъ крестца съ его боковыми частями и соответственными костными ядрами. Сбоку *acetabula*. Пузырь захваченъ. Позади шейка матки разрезана поперекъ; между нею и уже болѣе влѣво лежащей прямой кишки находится самая глубокая часть *Douglas'*ова пространства. Спереди вѣтъ болѣе лоннаго соединенія, а видны мѣста прикрѣпленія *mm. recti et pyramidales*. Въ этомъ разрезѣ находится главная масса собственно параметральной клетчатки съ сосудами и мочеточниками.

фиброзно-эластическая ткань, пронизанная сократительными элементами; мѣстами, благодаря обилію венныхъ сплетеній, она имѣетъ характеръ кавернозной ткани, напр. во влагалищномъ входѣ. Къ этимъ болѣе плотнымъ соединительнотканнымъ массамъ относятся и тѣ, которыя образуютъ главную составную часть такъ назыв. промеж-



Ис. 72. Схематическій и идеальный фронтальный разръзъ таза. Сочетаніе известной схемы Luschka и взятой съ натуры картины W. A. Freund'a. Слева на рисункѣ вставлена *diaphragma urogenitale* (urogeneticum, Kossmann), разръзъ, слѣдовательно, проведенъ болѣе впереди, точнѣе позади лонваго соединенія, справа она выпущена, слѣдовательно разръзъ проходитъ далѣе къзади. Благодаря этому объѣ диафрагмы и обусловленное ими подравдленіе тазового пространства наглядно представлены. *Mla*—musc. levator ani, который представляетъ настоящую диафрагму, *Mtrp.*—musc. transversus perinei profundus, образующій добавочную или мочеполовую диафрагму (*diaphragma urogenitale*). *P*—брюшина (*Cavum pelvis peritoneale*). *Cp*—*cavum pelvis subperitoneale*, вдѣлнутая между брюшиной и м. levator ani и выполненная тазовой клетчаткой. *Cpsc*—*cavum pelvis subcutaneum*. *C*—corpus uteri. *V*—vagina, *Pvu*—portio vag. uteri. *B*—bulbus vestibuli. *Moi*—musc. obturatorius internus. *Mtps*—musc. transversus perinei superficialis. Мѣста, обозначенныя цифрами, указываютъ опредѣленныя части тазовой клетчатки: 1—parametrium, 1₁—parakolpium. 2—боковые, содержащіе жиръ участки параметрія. 3—fascia diaphragmatis pelvis superior (i. pelvis). 4—fascia diaphragmatis pelvis inferior. 5—fascia obturatoria. 6—fascia diaphragmatis urogenitalis sup. 7—inferior.

ности и объ перегородки между тремя выводными протоками: *septum* или *stratum vesico*-, resp. *urethro*- и *rectovaginale*. Перегородки болѣе плотны по направленію книзу и кнаружи, между тѣмъ какъ кверху и кнутри объ капсулы органовъ, благодаря промежуточной рыхлой клетчаткѣ, легче отдѣляются другъ отъ друга, а именно уже тушымъ путемъ.

То, что принято обозначать собственно *промежностью* (*reginaeum*, *interfemineum*), а именно участокъ кожи, который помѣщается между *vestibulum* и заднепроходнымъ отверстіемъ, обнаруживаетъ въ своей болѣе глубокой части (*Dammkörper*, *perineal body*), помимо мышцъ,

плотное соединительнотканное строение и связь съ fascia perinealis. Самые плотные участки вышеупомянутых, липенныхъ жира соединительнотканннхъ массъ расположены вокругъ маточной шейки; они представляютъ основанія широкихъ маточныхъ связокъ и въ своихъ частяхъ, лежащихъ по сторонамъ шейки, представляютъ собственно *параметральную клетчатку* (коротко *параметрій*); они приводятъ къ маткѣ и къ пузырю вѣтви а. hypogastrica, къ послѣднему мочеточ-

M.V.

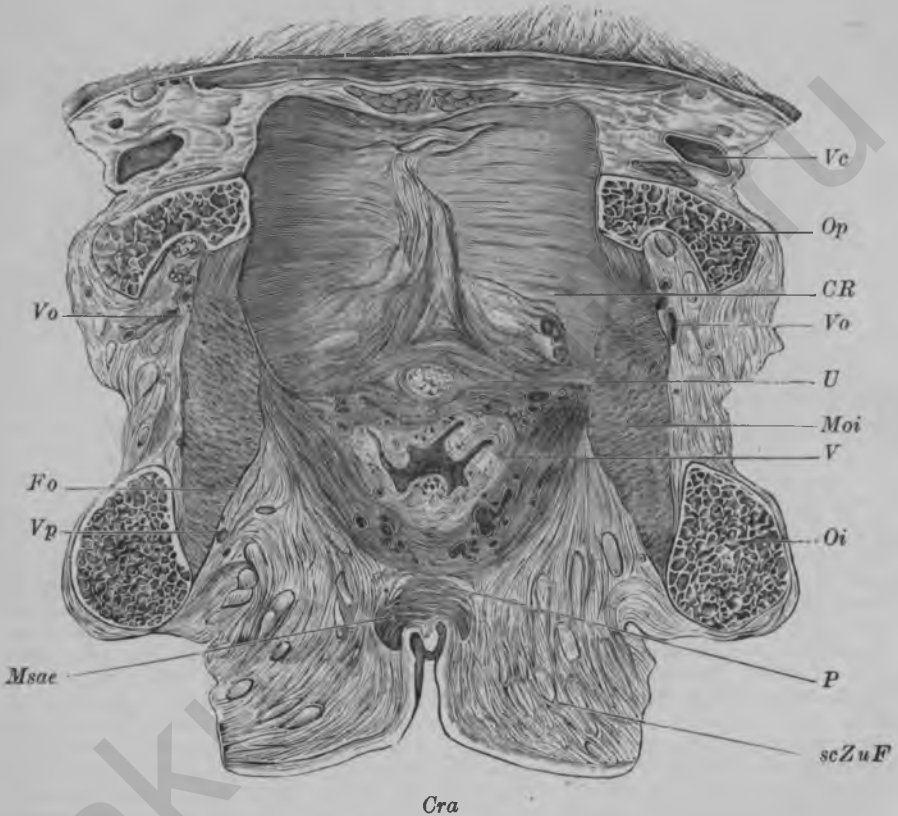


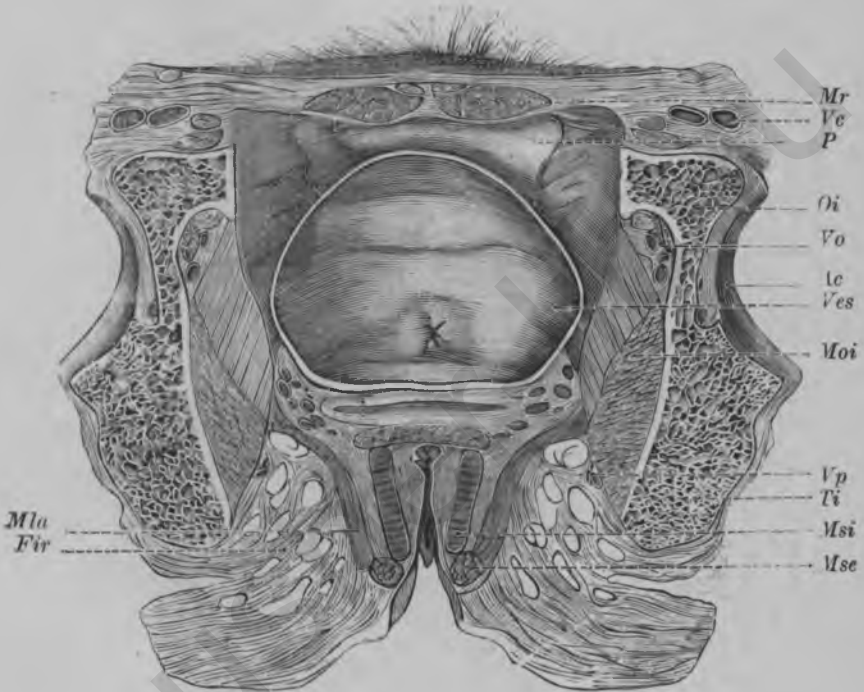
Рис. 73. Фронтальный разрезъ таза взрослой женщины, проведенный тотчасъ *позади симфиза*. Онъ наглядно демонстрируетъ тѣсную связь соединительнотканнхъ оболочекъ уретры и влагалища, богатство этихъ частей венами, ихъ отношенія къ рыхлой клетчаткѣ предпузырнаго пространства (cavum Retzii) и къ подкожной клетчаткѣ. *Mv*—mons veneris. *Cra*—crena ani. *U*—urethra. *V*—vagina. *Op*—os pubis. *Oi*—os ischii. *Moi*—musc. obturat. intern. *Fo*—fascia obturatoria. *CR*—cavum Retzii. *P*—perinaeum. *Msac*—musc. sphincter ani externus. *scZuF*—подкожная клетчатка и поверхностная фасція промежности (fascia perinaei superficialis). *Vc*—vasa cruralia. *Vo*—vasa obturatoria. *Vp*—vasa pudenda.

ники и отводятъ могучія вены и лимфатическіе стволы; въ нихъ заложено богатое и сложное развѣтвленіе нервныхъ стволонъ, а также нервныя узлы (ganglion cervicale) матки.

Главная масса этихъ соединительнотканнхъ пучковъ протянута въ болѣе или менѣе фронтальной области между стѣнкой таза и боковыми краями матки; они-то главнымъ образомъ и удерживаютъ матку подвѣшенной въ опредѣленномъ положеніи и поэтому небезосновательно названы «*ligamentum cardinale uteri*» (Kocks).

Отъ этого центра отходятъ почти звѣздообразно отдѣльные отростки плотнаго строенія, вдаваясь между рыхлою тканью периферическихъ участковъ. Въ обозначеніяхъ англичанъ (*Savage, B. Hart*)—*vesicovaginal, uteroiliacal* и *uterosacral cellular process* достаточно указано направление этихъ отростковъ. Такъ какъ они обоесторонни, то получаютъ шесть отростковъ звѣздчатой фигуры *W. A. Freund'a*.

Mons veneris



Среда ani

Рис. 74. Фронтальный разрезъ, параллельный предыдущему, но проведенный *дальше* *кзади* черезъ тазъ взрослой женщины. Пузырь пересѣченъ фронтально, и обнаружено внутреннее устье уретры (*Ves*). Подъ этимъ находятся влагалище, пересѣченное въ верхней своей части, въ видѣ простой поперечной щели. Отъ прямой кишки, соответственно ея изгибу, захвачена самая передняя часть. Въ околывагалищной клетчаткѣ обильныя венозныя сплетенія. Боковую границу образуетъ подвздошная кость. *Oi*—*os ilei*. *Ti*—*tuber ossis ischii*. *Ac*—*acetabulum*; снаружи последнее покрыто *musc. obturatorius internus* (*Moi*). *Mla*—*musc. levator ani*. *Mse*—*musc. sphincter ani externus*. *Msi*—*musc. sphincter ani internus*. *Fir*—*fossa ischio-rectalis*. *Vp*—*vasa pudenda*. *Vo*—*vasa obturatoria*. *Ve*—*vasa cruralia*. *Mr*—*mm. recti*. *P*—*peritoneum*.

Соединительнотканная оболочки всѣхъ органовъ малого таза сливаются, какъ въ центрѣ, въ области прикрѣпленія влагалища къ маткѣ. Несмотря на эту связь, привыкли раздѣлять ихъ на *paracystium, paracolpium, parametrium, paraproctium* (*W. A. Freund*) и говорятъ, слѣдуя *Virchow'u*, о поражении околупузырной,—влагалищной,—маточной,—прямокишечной клетчаткѣ (*paracystitis, paravaginitis, parametritis, paraproctitis*) (см. главу о топографіи связокъ).

Какъ препаративка на трупѣ, такъ и операциі показываютъ, что соединительнотканный покровъ тѣснѣе прилегаеть къ тѣлу матки, не-

жели къ шейкѣ; послѣдняя своей передней поверхностью лишь рыхло соединяется съ задней стѣнкой пузыря; сзади тѣсно приставшій покровъ спускается на различную глубину ниже области внутренняго



Рис. 75. Несколько кривой разръзъ, но *направленные* къ симфизу, проецируемый еще такъ же, стѣновательно черезъ *свѣдъ задний отдѣлъ таза*. Упъ изображаетъ мочуево распространение кльчатки въ этой части таза. Внутренне полове органы длинкомъ видны сзади, и длинй отруженія покрывающей ихъ брышнны рыхло обованена. Красиво представленны трубная петля и обѣ *Douglasovy* складки. Позади находится круговатая, змѣющая прямая кишка; послѣдняя кль-бы петлей обхватывается пазе. левагор *an* (*Msa*). Сбоку отъ него по ругіогтиса (*Mr*). Боковую стѣнку таза покрываетъ п. *obliquatus int.* (*Mot*). Въ тазовую клетчатку заложены стѣнующія образования: *du*—гт. петля *Ur*—петель *Am*—гт. ваентриодалье медиа. Сбоку выступаютъ черезъ ктамен *ischialidisch* таза: *Ni*—петля *ischialidisch*, *Ur*—ваза *glutacea*. Продолженіе *fascia levig.*, выстдающей снудри боковой стѣнки, является *fascia Msa*, покрывающая п. *neorsons* (*Mm, Mr*). Въ ласпа *muscularum* приходить петля *stigmatis* (*Nc*); надъ этойъ и блже къ срединной линіи ваза *stigmatis* (*Uc*), орудуженные тѣсколыкими паховыми железами. *NVo*—петлю и ваза обвиватог. *Mis*—п. *evortorius*.

зѣва, однако надъ *forix vaginae*, между брюшиннымъ покровомъ Дугласова пространства, верхушкой слизистой оболочки влагалища и маточной шейкой снова примѣшивается въ изобилии рыхлая кльчатка.

Различные связки, отходящія отъ матки, представляютъ собою складки брюшины, дубликатуры сывороточной оболочки, наполненные массаи клетчатки, которыя принимаютъ въ себя множество гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ поверхностныхъ продольныхъ мышечныхъ слоевъ матки и несутъ кровеносные и лимфатическіе сосуды.

Большой интересъ представляютъ *результаты впрыскиваній въ подсывороточную клетчатку*. Уже *Richet* и *Köniq* могли констатировать, что масса, впрыснутая въ опредѣленныхъ мѣстахъ, при дальнѣйшемъ



Рис. 76. *Сакитальный разръзъ* черезъ тазъ ребенка въсколькихъ недѣль отъ роду. Верхушка сократившагося пустого пузыря далеко превышаетъ верхній край симфиза. Такъ какъ разръзъ проведенъ не по срединной плоскости, а нѣсколько въ сторону отъ нея, то онъ какъ-разъ пересѣкъ находящуюся надъ боковымъ влагалищнымъ сводомъ клетчатку, называемую параметральной и представляющую въ своемъ верхнемъ отдѣлѣ такъ наз. основаніа широкихъ маточныхъ связокъ. Влагалищная трубка расположена отвѣсно; прямая кишка обнаруживаетъ уже свои два главныхъ изгиба; видна *plica transversalis recti*. Группа сфинктеровъ вокругъ задняго прохода отчетливо выражена. Соотвѣтственно *septum rectovaginale* намѣчена линія граница соединительнотканныхъ оболочекъ обоихъ органовъ; по этой линіи легко удастся отдѣленіе ихъ тупымъ путемъ. Ниже симфиза клетчатка съ лобка распространяется въ тазъ и сливается съ предпузырной и околосвлагалищной клетчаткой.

распространеніи слѣдуетъ по одному и тому же направленію: такъ, напр., съ верхней части широкой связки къ *m. psoas* и *iliacus* до Пупартовой связки; впрыскиваніе въ нижніе отдѣлы *lig. latum*, если канюля вкалывалась сбоку и спереди, вело сперва къ отслоенію брюшиннаго покрова матки (въ области перехода отъ шейки на тѣло), а также пузыря, и наконецъ впрыснутая масса проникала вдоль круглой маточной связки въ паховой каналъ. Этотъ способъ распростра-

ненія вприснутихъ массъ соотвѣтствуетъ результатамъ изслѣдованій у постели больной, а также на трупахъ родильницъ, страдавшихъ экссудатами. *Schlesinger*, который своими опытами могъ подтвердить эти данныя, распространилъ также свои наблюденія на соотношенія между соединительнотканными пространствами и фасціями (савуми между *f. pelvina* и *endopelvina*); онъ доказалъ, что, несмотря на введеніе большихъ массъ клея въ рыхлую тазовую клѣтчатку, *fossae ischiorectales* оставались свободны. Отсюда можно было заключить, что діафрагма съ *fascia pelvis* вполнѣ замыкаютъ тазъ книзу; между тѣмъ при обратномъ опытѣ, т. е. при впрыскиваніи въ обѣ эти ямки, инъ-



Рис. 77. Горизонтальный разрѣзъ (по *W. A. Freund'y*), пересѣкшій тѣло матки и широкія связки (раздѣленъ пополамъ). Сбоку отъ матки могучіе сосуды заложены въ плотной соединительнотканной массѣ, имѣющей трехугольную форму. По направленію къ тазовой стѣнкѣ клѣтчатка становится все рыхлѣе и богаче жиромъ. Спереди и сбоку находится *m. obturatorius internus* съ его фасціей; спереди и позади широкой связки обѣ выстланныя брюшиной *excavationes*.

ицированныя массы весьма скоро появлялись въ субсерозной клѣтчаткѣ поверхъ діафрагмы. Препарировка показала, что эти массы проникали черезъ щель между *fascia obturatoria* и нижнимъ фасціальнымъ покровомъ *m. levator ani*.

Никогда не слѣдуетъ забывать, что между интерстиціальной соединительной тканью тазовыхъ органовъ, серознымъ покровомъ ихъ и тазовой клѣтчаткой существуютъ самыя тѣсныя отношенія, уже благодаря системѣ соковыхъ канальцевъ. Поэтому точное знаніе хода этой системы повсемѣстно тянущихся каналовъ имѣетъ громадное значеніе для пониманія распространенія воспалительныхъ процессовъ, исходящихъ изъ очаговъ зараженія слизистыхъ оболочекъ.

Въ виду тѣсной связи, существующей между клѣтчаткой и заложеными въ ней органами малаго таза, насъ не будетъ удивлять, если при воспалительныхъ пораженіяхъ послѣднихъ принимаетъ участіе и первая. Мѣстомъ вступленія заразы служатъ всѣ поврежденія и

раны слизистой оболочки полового тракта. На первом планѣ стоятъ здѣсь родовыя поврежденія маточной шейки, однако и изъ влагалищной раны можетъ исходить обширная флегмона клѣтчатки; но самыя тяжелыя формы метрофлебита и лимфангоита исходятъ большею частью изъ плацентарнаго мѣста. Излюбленными путями распространенія какъ [воспалительныхъ процессовъ, такъ и злокачественныхъ новообразованій, въ частности рака матки, служатъ лимфатическіе сосуды.

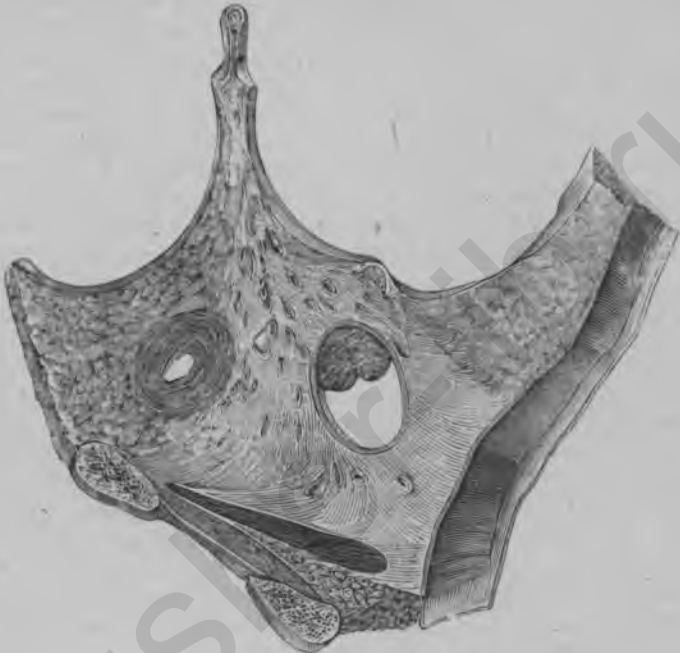


Рис. 78. Боковой сагиттальный разрывъ (по *W. A. Freund* у), прошедшій черезъ широкую связку у самаго мѣста прикрепленія къ маткѣ. Здѣсь выступаетъ масса лежащей возлѣ матки клѣтчатки, *параметрий*, съ его богатымъ содержаніемъ сосудовъ. У верхушки видно поперечное сѣченіе трубы; у основанія *fascia pelvis*, подъ которой перерываны мышечные пучки *levator ani*. Сзади боковой влагалищный сводъ (съ *portio vaginalis*), спереди боковой краешекъ пузыря, между ними въ ткани косо пересѣченный мочеточничекъ. Густыя массы соединительной ткани, отходя отъ фасціи, рѣдѣютъ по направленію къ верхушкѣ разрыва и даютъ между листками широкой связки твердую опору сосудамъ и нервамъ.

Изъ передняго тазового пространства, изъ области пузыря экссудаты поднимаются позади симфиза вдоль передней брюшной стѣнки, сбоку переходятъ на подвздошные крылья (*Dupuytren*овскій абсцессъ), сзади они распространяются по сторонамъ позвоночника, вдоль сѣмянныхъ сосудовъ, по *radix mesenterii* до области почекъ; на бедро они переходятъ черезъ *lacuna vasorum*, *foramen obturatorium* (*phlegmasia alba dolens*) или весьма рѣдко черезъ *foramen ischiadicum*.

3. Лимфатическая система.

Лимфатическая система до сихъ поръ еще въ загонѣ у анатомовъ. Если въ учебникахъ анатоміи, кромѣ общихъ указаній о строеніи и распредѣленіи этой системы, имѣются и кое-какія топографическія свѣдѣнія, то для нѣкоторыхъ, практически весьма важныхъ районовъ они далеко не достаточны.

По мѣрѣ ознакомленія съ важною ролью, какую играютъ лимфатическіе сосуды въ распространеніи воспалительныхъ, заразныхъ процессовъ и злокачественныхъ новообразованій, все больше растетъ потребность въ обстоятельномъ изложеніи отводящихъ лимфатическихъ путей и ихъ сборныхъ мѣстъ; это приобретаетъ значеніе въ діагностическомъ, прогностическомъ и терапевтическомъ отношеніи.

Знаеніе относящихся сюда условій имѣетъ громадное значеніе для пониманія дѣлаго ряда патологическихъ явленій въ области женскихъ половыхъ органовъ, которыя повседневно встрѣчаются намъ въ различныхъ стадіяхъ и формахъ. Вѣдь большинство болѣзней, пользуемыхъ гинекологомъ, возникли на почвѣ зараженія; попавшіе въ половые органы возбудители воспаления болѣею частью распространяются по лимфатическимъ путямъ, и потому теченіе болѣзни зависитъ не только отъ вида, ядовитости и количества зародышей, но и еще отъ локализациі зараженнаго мѣста и его отношенія къ лимфатическимъ сосудамъ. При знаніи этихъ путей мы легко поймемъ, какимъ образомъ за септическимъ эндометритомъ быстро можетъ слѣдовать смертельный перитонитъ или за зараженіемъ цервикальной раны обширная флегмона тазовой клѣтчатки.

Принимая во вниманіе анатомическія условія, мы, съ одной стороны, легче можемъ уразумѣть, почему иногда антисептическое леченіе мѣста вступленія заразы можетъ обусловить регрессъ воспалительныхъ явленій подобнымъ-же образомъ, какъ леченіе зараженной раны ноги въ состояніи привести къ исчезновенію припухлости паховыхъ железъ; съ другой стороны, мы поймемъ, какъ безцѣльно промываніе матки, когда стѣнка ея во всей толщѣ пронизана микроорганизмами. Въ полной мѣрѣ мы сѣумѣемъ оцѣнить тогда опасность, которыми грозитъ септической лимфангоитъ у основанія широкой связки. Особыя соединенія въ области лимфатическихъ сосудовъ дѣлаютъ намъ понятнымъ нерѣдко наблюдаемый фактъ, что яичниковые абсцессы встрѣчаются безъ заболѣванія трубъ.

Въ послѣднее время доказано (*Wertheim*), что и возбудители гонорройной инфекціи, которой до сихъ поръ приписывали характеръ поверхностнаго заболѣванія съ выраженной наклонностью ползти вверхъ, иногда могутъ проникать въ глубину, въ естественные пути клѣтчатки.

Въ особенности должно насъ интересовать распредѣленіе лимфатическихъ сосудовъ по вопросу о распространеніи рака матки. Какое различіе, напримѣръ, въ этомъ отношеніи обнаруживаетъ ракъ шейки и ракъ тѣла матки!

Тщательныя изслѣдованія и клиническія наблюденія надъ типическими путями распространенія рака внутреннихъ половыхъ органовъ существенно подвинули впередъ, въ особенности въ послѣднее время, ученіе о лимфатической системѣ половой сферы (*Winter, Seelig, Pfannenstiel, Landerer*). Тѣмъ не менѣе кое-что остается намъ еще непонятнымъ, а многое, касающееся метастазовъ въ области женской половой сферы, не можетъ быть втиснуто въ одну схему. Своеобразна малая склонность къ занесенію въ отдаленныя области, вопреки богатству въ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудахъ.

При леченіи рака матки вопросъ о состояніи лимфатическихъ сосудовъ играетъ первенствующую роль, отъ него зависитъ наше хирургическое вмѣшательство; иные даже требовали, чтобы за полнымъ вылученіемъ матки *per laparotomiam* слѣдовало выскребаніе тазовыхъ

железъ, аналогично образу дѣйствія хирурговъ при ракъ грудной железы.

Надо-ли еще указывать, какъ важно знаніе хода лимфатическихъ сосудовъ при столь часто практикуемомъ теперь массажѣ женскихъ половыхъ органовъ.

Фундаментъ микроскопическому изученію лимфатической системы положенъ *Mascagni* въ его мастерскомъ произведеніи, появившемся сто лѣтъ тому назадъ. Превосходные рисунки его атласа теперь, какъ и раньше, вѣрны дѣйствительности, и за протекшее столѣтіе наблюдатели прибавили мало существеннаго. Всѣ дальнѣйшія изслѣдованія занимаются главнымъ образомъ вопросомъ о началѣ лимфатическихъ путей, и въ этомъ отношеніи многое удалось выяснитъ, благодаря улучшенной техники впрыскиваній и усовершенствованнымъ методамъ гистологическаго изслѣдованія.

Въ крупной работѣ *Teichmann*'а, имя котораго столь тѣсно связано съ этимъ вопросомъ и съ введеніемъ холодныхъ инъекціонныхъ массъ, на первомъ планѣ трактуется о началѣ млечныхъ сосудовъ. Уже до него съ успѣхомъ практиковались впрыскиванія ртути.

Занимающая насъ система органовъ получила впервые самостоятельную обработку у *Leopold*'а и *Poirier*; послѣднему мы намѣрены въ общемъ слѣдовать въ макроскопическомъ отдѣлѣ, хотя ничего существенно новаго онъ не даетъ, и многое зиждется на построеніи.

Лимфатическая система женскаго полового аппарата необыкновенно богата; въ особенности *слизистая оболочка* влагалища и матки снабжена столь густою сѣтью лимфатическихъ капилляровъ, что *Leopold* склоненъ былъ считать это сооруженіе за распростертый по поверхности лимфатическій *sinus*.

Съ любого мѣста можно безъ особаго труда инъцировать часть поверхности. *Тѣло и шейка матки представляютъ при этомъ скорее замкнутыя въ себѣ области*. Эти мелкіе лимфатическіе сосуды обвиваютъ кровеносные сосуды и железы слизистой оболочки и имѣютъ анастомозы съ сосудами *мышечнаго слоя*. Глубокими вколами въ стѣнку шейки и въ область трубныхъ угловъ при достаточно высокомъ давленіи можно вогнать ртуть въ лимфатическіе пути *muscularis*, слѣдующіе интерстиціальной соединительной ткани, которые такимъ образомъ должны быть разсматриваемы какъ продолженія сосудовъ слизистой оболочки. Анастомозы соединяютъ всѣ отдѣльныя вѣтви между собою. Достигнувъ поверхности органа, лимфатическіе сосуды снова разсыпаются въ *глубокую субсерозную сѣть*, которая имѣетъ свои отводные каналы въ болѣе крупныхъ стволахъ, лежащихъ главнымъ образомъ по бокамъ матки и у основанія широкихъ связокъ, а также подъ трубой. *Serosa* имѣетъ свою собственную необыкновенно мелкую сѣть лимфатическихъ капилляровъ, которую особенно хорошо можно демонстрировать на срощеніяхъ и ложныхъ перепонкахъ. Подсывороточныя сѣти можно безъ труда обнаружить впрыскиваніемъ Берлинской лазури.

Atani jun. (докладъ въ Мюнхенскомъ Обществѣ по морфологіи и фізіологіи отъ 17-го февраля 1891 г.) въ высшей степени остроумнымъ способомъ попытался выяснитъ начало и распространеніе лимфатическихъ сосудовъ матки: онъ вводилъ въ полость матки вещества, привлекающія лейкоцитовъ, а чтобы сдѣлать послѣднихъ замѣтными, впрыскивалъ въ свободную брюшную полость китайскую тушь. Наибольшее число лейкоцитовъ можно было констатировать при этихъ

опытахъ подъ брюшиннымъ покровомъ на наружномъ продольномъ слоѣ мускулатуры и особенно въ *stratum proprium* слизистой оболочки подъ эпителиемъ.

Онъ наблюдалъ лимфатическія вакуолы въ шейкѣ матки, которыя прямо сообщались съ поверхностью слизистой оболочки. Какъ притягивающее лейкоцитовъ вещество онъ примѣнялъ, по предложенію *Buchner'a*, эмульсію изъ обезпложенныхъ разводекъ.

Путь, которымъ лимфа слѣдуетъ, ясно начертанъ *Leopold'омъ*: изъ лимфатическихъ пространствъ слизистой оболочки она черезъ воронки

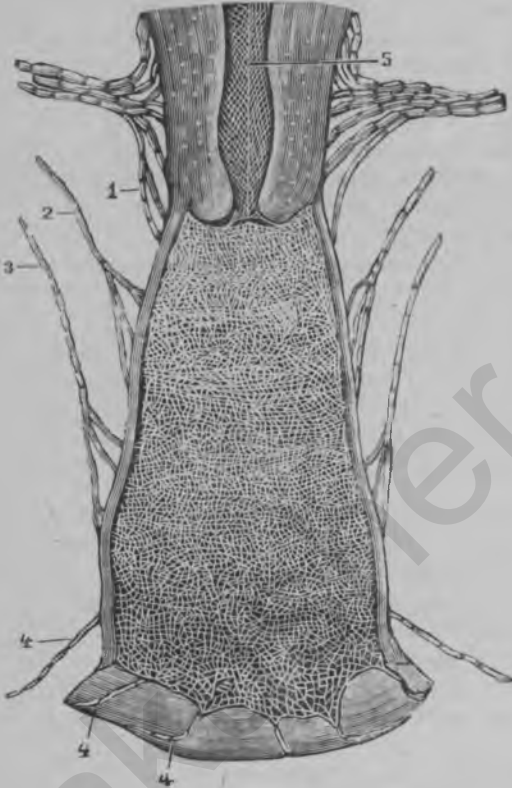


Рис. 79. Поверхностная сеть лимфатическихъ сосудовъ слизистой оболочки влагалища и шейки. Инъекція ртутью по *Poirier*. Отводящіе стволы: 1—изъ верхней отдѣла влагалища; соединеніе со стволами шейки. 2 и 3—изъ средняго отъѣла, отдѣльно изливаются въ нижнюю лимфатическую железу *plexus iliacus*. 4—отводящіе стволы нижняго отъѣла влагалища соединяются со стволами вульвы и изливаются въ среднюю группу поверхностныхъ пахов. железъ.

Мелкіе лимфатическіе сосуды шейки матки собираются съ обѣихъ сторонъ въ 3—4 толстыхъ, богатыхъ клапанами ствола, которые, тѣсно спутанные съ пакетомъ маточныхъ сосудовъ, тянутся въ основаніи широкихъ маточныхъ связокъ къ тазовой стѣнкѣ и изливаются въ три железы *plexus iliacus int.*, лежащія на мѣстѣ развѣтвленія *art. iliacae communis*.

Изъ тѣли матки два могучихъ ствола отходятъ съ обѣихъ сторонъ отъ, dna и тянутся по верхнему краю широкой связки вмѣстѣ съ идущими тамъ кровеносными сосудами къ поясничнымъ лимфатическимъ

слизистой оболочки поступаетъ въ лимфатическія щели *muscularis*, обвиваетъ здѣсь всѣ мышечные пучки до *serosa* и собирается затѣмъ со всѣхъ сторонъ въ нѣсколько крупныхъ стволовъ, которые вмѣстѣ съ главными кровеносными сосудами вступаютъ въ широкія маточныя связки.

Отводящіе лимфатическіе стволы распределяются слѣдующимъ образомъ:

Съ верхней трети влагалища два или три сосуда изливаются въ цервикальные стволы, со средней трети два или три ствола сопровождаютъ *art. vaginalis* и впадаютъ въ самую внутреннюю и самую нижнюю изъ лимфатическихъ железъ *plexus hypogastricus iliacus int.* (она лежитъ близъ мѣста слиянія *a. vaginalis* и *a. hypogastrica*, кнутри отъ *nerv. ischiadicus*), съ нижней трети два или три ствола соединяются съ лимфатическими сосудами *vestibuli* и наружныхъ половыхъ частей и изливаются въ вульварныя поперечно-лежащія наховыя железы.

железамъ (*plexus lymphaticus spermatic. int.*), которыя лежатъ впереди позвоночнаго столба, resp. впереди большихъ брюшныхъ сосудовъ (*aorta abdominalis, vena cava ascend.*). Къ этимъ стволамъ примыкають лимфатическіе сосуды яичника (изъ *hilus ovarii*), но изливаются въ верхнюю группу этихъ *glandulae praevertebrales*; анастомозъ имѣется лишь на уровнѣ мыса (*Poirier*).

Такимъ образомъ, тѣло матки и придатки, шейка и влагалищный сводъ, средній отрѣзокъ влагалища, наконецъ нижній отрѣзокъ влагалища, *vestibulum* и наружныя половыя части обладаютъ своими особыми отводами лимфу сосудистыми стволами, а слѣдовательно и особыми группами железъ. Однако, изолированная инъекція сосудовъ такой области не удается, ибо этому мѣшаютъ многочисленные анастомозы. Даже въ маткѣ, гдѣ разграниченіе на неравнозначущее въ физиологическомъ отношеніи отдѣлы (шейка и тѣло) рѣзче выступаетъ, имѣется идущая вдоль бокового края крупная соединительная вѣтвь.

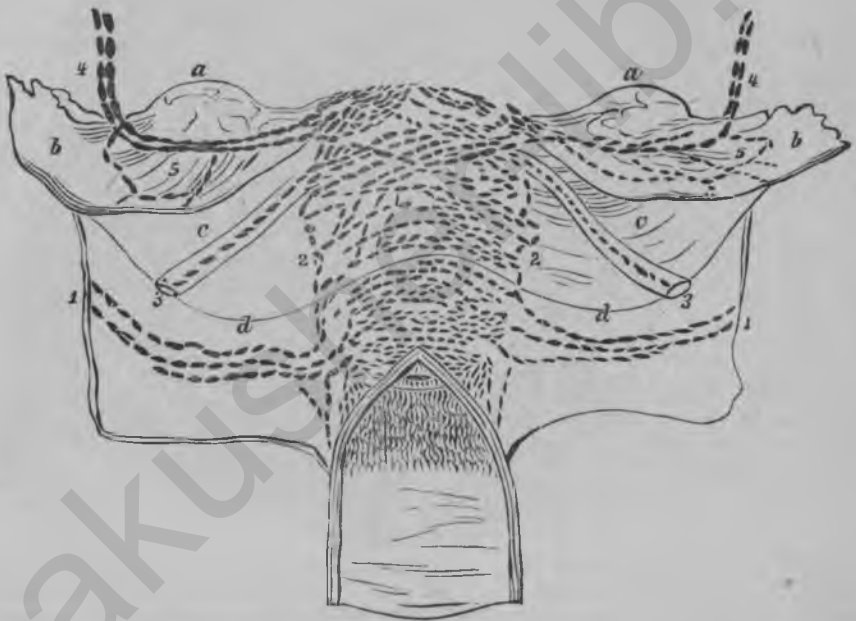


Рис. 80. Ходъ лимфатическихъ сосудовъ влагалищнаго свода, влагалищной части, шейки и тѣла матки (по *Poirier*).

a. яичникъ; *b.* труба; *c.* передняя пластинка широкой связки; *d.* задняя пластинка широкой связки.

1. Лимфатическіе сосуды шейки и влагалищнаго свода; 2. анастомозъ между лимфатическими сосудами тѣла и шейки матки; 3. лимфатическій сосудъ, идущій вмѣстѣ съ широкой связкой; 4. лимфатическіе сосуды дна и тѣла матки, идущіе къ *gland. lumbales*.

Главная масса лимфатическихъ железъ или узловъ (*glandulae lymphaticae, ganglia lymphatica*), числомъ отъ 20 до 30, принимающихъ въ себя *vasa inferentia* женскихъ половыхъ органовъ, образуетъ цѣпь, которая тянется вдоль *m. psoas*, затѣмъ прилегаетъ къ большимъ брюшнымъ сосудамъ и простирается забрюшинно и впереди позвоночника до уровня почекъ. Многочисленные анастомозы между одной железой и другой образуютъ дѣйствительно родъ сплетенія, такъ что можно говорить о *plexus lymphaticus lumbalis*.

Послѣдній вмѣстѣ съ *truncus intestinalis* представляетъ корни грудного протока (*ductus thoracicus*); онъ служитъ продолженіемъ тѣхъ сплетеній, которыя обозначаютъ обыкновенно какъ *подвздошныя* (3—6) и *подчревныя* (8), это—группы железъ, лежація вдоль *a. iliaca comm.*

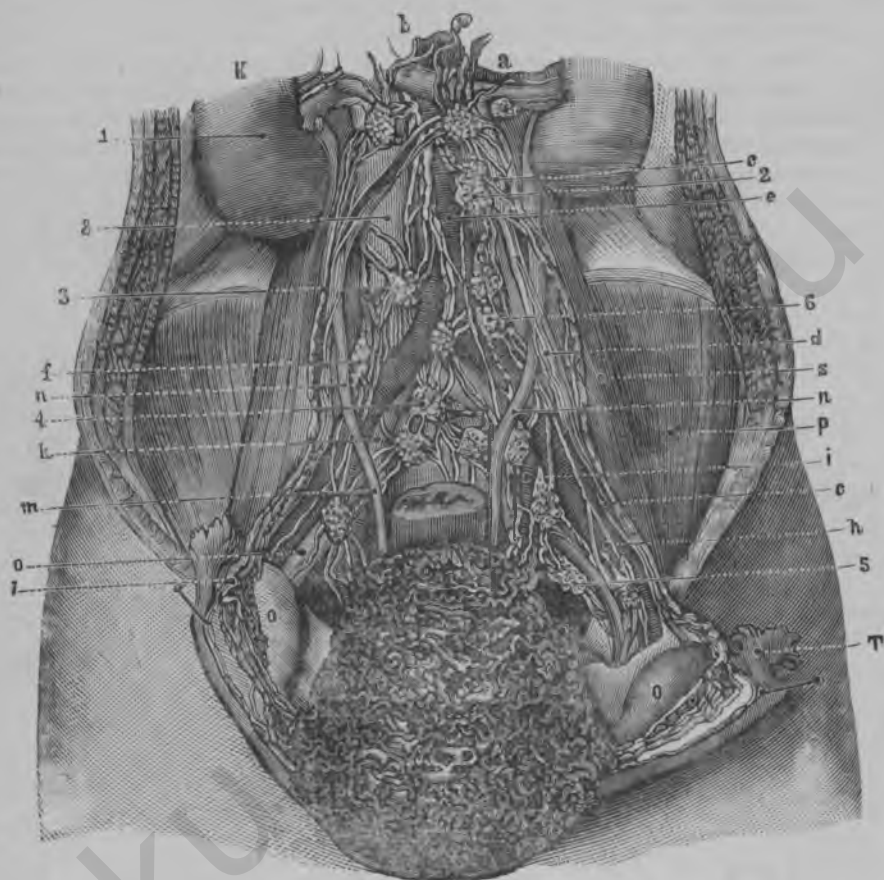


Рис. 81. Поясничные и подвздошные лимфатическіе стволы и узлы при беременной маткѣ (по изображенію *Mascagni*). *a* Vasa renalia sin.; они прикрыты vasa efferentia lymph., которые выше изливаются въ *ductus thoracicus*. *b* Соответственная вена, лежащая надъ мѣстомъ впаденія лимфатическихъ сосудовъ въ *cysterna chyli*. *c* Vena spermatica int. sin. *d* Весь двусторонній пакетъ сѣмянныхъ сосудовъ, прикрытый соответственнымъ лимфатическимъ сплетеніемъ. *e* Аорта. *f* *A. iliaca comm.* *g* Vena cava ascend. *h* *A. iliaca ext.* *m, n* Мочеточникъ. *o* Vena iliaca comm. dextra. *p* *M. iliacus*. *s* *M. psoas*. *o* Яичникъ. *T* Труба. *2* *Gland. lymphaticae lumb. super.*; *3* inferiores; *4* sacrales; *5* iliacaе int. et ext.; *6* iliacaе comm. *7* Plexus lymphaticus spermaticus int.—*2* принимаютъ лимфатическіе сосуды почекъ, plexus spermatic., придатковъ матки и анастомозы отъ нижнихъ поясничныхъ лимфатическихъ узловъ; *3* принимаютъ vasa efferentia изъ крестцовыхъ и подвздошныхъ узловъ; *4*—обильные лимфатическіе сосуды прямой кишки; *6* принимаютъ главные стволы изъ нижнихъ отрѣзковъ матки и анастоматическія вѣтви изъ *5*; *7*—могучій стволъ изъ верхнихъ отрѣзковъ матки.

и на мѣстѣ раздѣленія ея на *iliaca int.* и *ext.* Наконецъ, *glandulae inguinales superficiales*, лежація внѣ фасціи, и именно внутреннія, расположенныя своей продольной осью параллельно Пулартовой связкѣ, принимаютъ въ себя лимфатическіе сосуды, исходящіе изъ наружныхъ половыхъ частей и нижнихъ отрѣзковъ влагалища.

Кромѣ *gl. iliacaе* и *hyogastricae*, въ тазу находятся лишь отдѣльныя небольшія железы въ рыхлой клетчаткѣ, лежащей позади прямой кишки (*glandulae sacrales*), которые однако имѣютъ отношеніе только къ лимфатической системѣ *recti*, кромѣ того нѣкоторые въ *canalis obturatorius*, сообщающіяся съ паховыми железами.

Въ общемъ можно сказать, что изъ вульвы лимфа отводится въ паховыя железы, изъ влагалища и шейки въ подчревныя *resp. подвздошныя*, изъ тѣла матки въ нижнія поясничныя, изъ яичниковъ въ верхнія поясничныя.

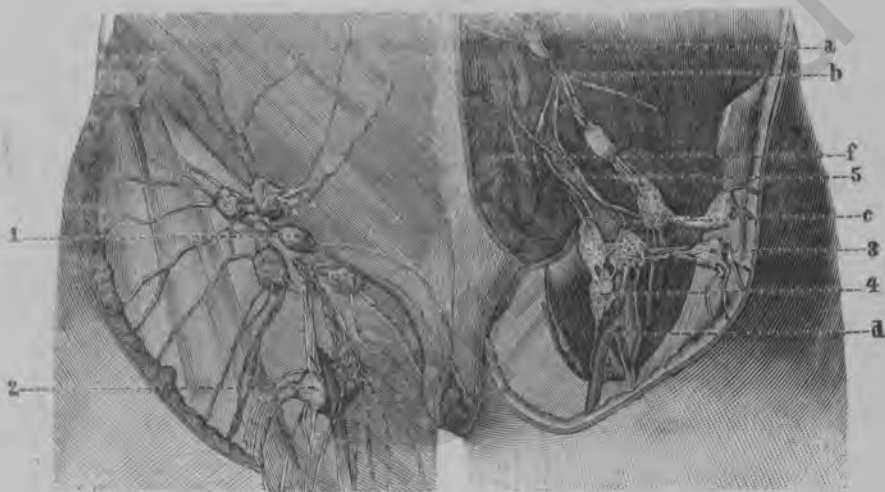


Рис. 82. Поверхностные и глубокие лимфатическіе узлы пахового сгиба съ приводящими и отводящими лимфатическими сосудами (атласъ *Mascagni*). *a* Psoas. *b* *A. iliaca* *com.* *c* *A. iliaca* *ext.* *d* *Vena saphena*. *f* *Rectum*. 1 *Gland. lymphatic. inguinal. superficialis*. получаютъ лимфу изъ поверхностныхъ лимфатическихъ сосудовъ нажней половины брюшныхъ покрововъ, отъ наружной и передней поверхности бедра, отъ наружныхъ половыхъ частей и изъ лимфатическихъ стволовъ, анастомозирующихъ съ узлами, окружающими *v. saphena*. 2 получаютъ свои *vasa lymphatica inferentia* отъ внутренней поверхности бедра. 3 Поверхностныя паховыя железы, которыя черезъ посредство особыхъ сосудовъ, прободящихъ *fascia lata*, сообщаются съ глубокими узлами. 4 *Glandulae lymphaticae inguinales profundae*, которыя принимаютъ въ себя глубокие лимфатическіе сосуды, поднимающіеся вдоль *vasa cruralia*. 5 *Gland. lymph. iliacaе externaе*, сообщающіяся съ глубокими паховыми железами.

Предположеніе нѣкоторыхъ авторовъ (*Luc. Championnière*), будто въ околосеечной тазовой клетчаткѣ констатируется всегда небольшая лимфатическая железа, до сихъ поръ не нашло себѣ подтвержденія. *Sarrey* и *Roigier* объясняютъ это ошибкой при изслѣдованіи, обусловливаемой лежащимъ сбоку шейки клубкомъ скрученныхъ, расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ. Такимъ образомъ «*lymphadenite periuterine*» французовъ не существуетъ.

Тонкіе лимфатическіе стволыки, находящіеся въ круглыхъ маточныхъ связкахъ были уже извѣстны *Mascagni*; они изливаются въ паховыя железы.



Рис. 83. Ходъ лимфатическихъ сосудовъ матки и яичниковъ (по Poirier).

a. почка; b. матка; c. яичникъ; d. труба; f. мочеточникъ.

1. Gland. lymphatic. iliacaе; 2. лимфатическіе сосуды шейки; 3. лимфатич. сосуды тѣла матки; 4. лимфатич. сосуды яичника; 5. gland. lymph. lumb. inf.; 6. gland. lymph. lumb. super.

4. Наружнія половыя части, vestibulum, hymen.

Видъ наружныхъ половыхъ частей (*puddendum muliebre, vulva, cunnus*) настолько различенъ и при нормальныхъ условіяхъ, что заходила даже рѣчь объ особой «физиогномикѣ» ихъ. Самыя существенныя различія зависятъ отъ степени развитія (дѣтскія genitalia, зрѣлые органы *virgo intacta*) и отъ измѣненій, вызванныхъ половыми сношеніями и родами (*deflorata, multipara*). Констатированіе этихъ различій можетъ имѣть

большое значеніе въ судебномедицинскомъ отношеніи. Часто также безъ знанія этихъ малозначущихъ съ виду подробностей невозможно установить диагнозъ болѣзни. Помимо частыхъ здѣсь пороковъ развитія, укажемъ еще на многочисленныя измѣненія вульвы, обусловленныя разстройствами питанія, какъ послѣдствіемъ общаго (атрофія, анемія, застой) или мѣстнаго (аномалии выдѣленій и проч.) заболѣванія; далѣе, здѣсь локализируется первичная инфекція при нечистомъ coitus'ѣ.

Видъ наружныхъ половыхъ частей главнымъ образомъ обуславливается состояніемъ большихъ губъ. Доступъ къ *половой расщелинѣ* (*rima pudendi*) у молодыхъ, хорошо упитанныхъ особъ, а также у болѣе зрѣлыхъ, но тучныхъ женщинъ закрытъ смыкающимися по срединной линіи, плотными *labia majora*, такъ что для осмотра преддверія необходимо раздвинуть ихъ въ стороны.

Большія двиторонныя или срамныя губы (*labia majora*) соотвѣтствуютъ раздвоенной мошонкѣ мужчины и представляютъ два продолговатыхъ кожныхъ валика, чрезвычайно измѣнчивые по своимъ размѣрамъ, которые, незамѣтно начинаясь у лоннаго бугорка, обхватываютъ половую расщелину, становятся уже и плоче по направленію къзади и постепенно теряются въ промежностной области.

Наружная поверхность ихъ по своему виду и строенію вполне соотвѣтствуетъ другимъ мѣстамъ волосистаго кожного покрова. Мы встрѣчаемся здѣсь со всѣми тѣми же формами болѣзни, которыя поражаютъ кожу другихъ частей тѣла: erythema, eczema, acne, folliculitis, fungulosis, herpes, lupus и т. п.; тоже и рожа можетъ исходить отсюда, и въ прежнія времена ее наблюдали нерѣдко какъ проявленіе пуэрперальной инфекціи.

Своей наружной поверхностью большія губы граничатъ съ внутренней поверхностью бедеръ. Въ этой пограничной бороздѣ развивается, въ особенности у тучныхъ особъ и во время лѣтнихъ жаровъ, при сильномъ потѣннн, eczema intertrigo—въ высшей степени неприятное страданіе, причиняющее иногда такія боли, что ходьба становится невозможной.

Внутренняя поверхность большихъ губъ лишена волосъ и представляетъ переходъ ко второй формациі образованій, концентрически окружающихъ половую щель, къ *labia minora*.

Подъ наружными слоями, аналогичными *tunica dartos*, находится необыкновенно рыхлая, обильно пронизанная жировыми дольками клетчатка, представляющая главную массу этихъ кожныхъ валиковъ; ее можно прослѣдить кверху до пахового кольца. Она представляетъ превосходную почву для развитія флегмонозныхъ процессовъ и отека (*anasarca*). Связь этихъ соединительнотканыхъ массъ съ клетчаткой влагалища дѣлаетъ понятнымъ, какимъ образомъ при септическомъ зараженіи влагалищныхъ ранъ, напр. въ послѣродовомъ періодѣ, такъ быстро присоединяется отекъ большихъ губъ. Если дѣло доходитъ до образованія абсцессовъ, то гной всегда пробивается на медиальной, болѣе тонкой поверхности. Отъ припуханія одной изъ большихъ губъ существенно нарушается конфигурація вульвы, а также походка больной, которая при этомъ можетъ шагать, только широко разставляя ноги. Исходнымъ пунктомъ этихъ абсцессовъ большею частью служитъ нагноеніе *Бартолиновой* железы (вслѣдствіе гонорройной инфекціи), заложенныхъ въ глубинѣ задняго отрѣзка большихъ губъ.

Образованіе большихъ гематомъ въ этомъ мѣстѣ становится понят-

нымъ, если принять во вниманіе, что здѣсь заложено крупное венное сплетеніе (plexus venosus pudendus ext.). Затѣмъ встрѣчаются здѣсь нерѣдко измѣненія, обусловленные расширеніемъ венъ (varices) и лимфатическихъ сосудовъ. Далѣе здѣсь локализируются различныя формы hernia labialis (паховыя, вульварныя, влагалищныя грыжи), которыя, разумѣется, тоже должны вліять на конфигурацію наружныхъ половыхъ частей.

Кнутри отъ большихъ губъ, отдѣленные отъ нихъ посредствомъ sulcus interlabialis, слѣдуютъ *малыя двитородныя или срамныя губы* (labia minora), образуя второе кольцо, обхватывающее половую расщелину. Внутренняя поверхность ихъ у молодыхъ особъ по своему цвѣту и влажности приобрѣтаетъ характеръ слизистой оболочки, но отнюдь еще не можетъ быть разсматриваема какъ таковая; она незамѣтно переходитъ въ настоящую слизистую оболочку преддверія. Весьма удачно малыя губы сравнивали по ихъ свойствамъ съ пѣтушьями гребнями. Онѣ чрезвычайно измѣнчивы по формѣ, величинѣ, толщинѣ, свойству свободнаго, большею частью округленнаго и зазубреннаго края; нерѣдко встрѣчаются асимметріи, причемъ одна губа гораздо больше другой. Наблюдались также три губы, далѣе врожденная продыравленность и расщепленіе на двѣ части.

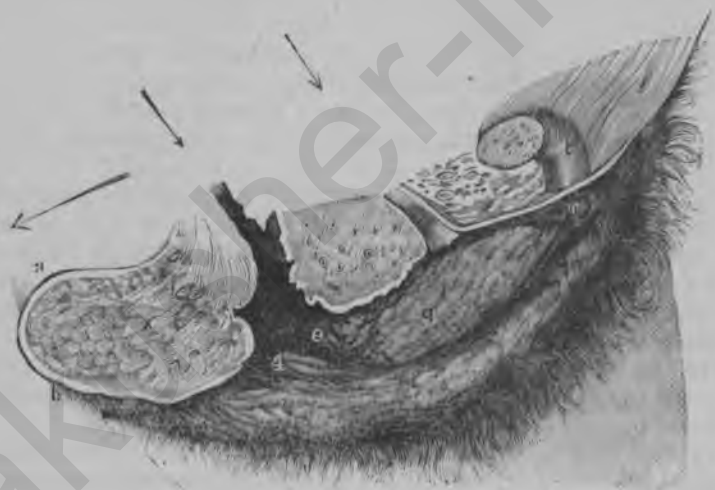


Рис. 84. Сагиттальный разрезъ вульвы многорожавшей женщины (по *Senle*), демонстрирующей боковыя границы преддверія. *r* Labium majus. *q* Labium minus. *t* Clitoris. *o* Glans clitoridis. *a* Anus. *b* Остатокъ промежности (ruptura perineae, задняя складка разорвана). *e* Introitus vaginae. Стрѣлки указываютъ направленіе уретры, влагалища и прямой кишки.

Такъ какъ между ними пробивается струя мочи, resp. получаетъ благодаря имъ известную форму и направленіе, то онѣ названы также *nymphae* (Wasserlefsen).

Какъ уже упомянуто, у дѣтей и дѣвственницъ малыя губы совершенно прикрыты большими. Эти отношенія утрачиваются по мѣрѣ того, какъ совокупленіе и еще болѣе роды приводятъ вульву къ зянію. Только въ періодѣ развитія плода есть стадія, когда малыя губы выдаются между большими. Въ старости онѣ атрофируются, становятся тверды, похожи на кожу и часто представляютъ едва замѣтную кайму. Стенень ихъ пигментаціи зависитъ отъ того, были-ли онѣ меньше или больше подвержены воздѣйствіямъ вѣшняго міра.

Онѣ лишены волосъ, жира, но необыкновенно богаты сальными железами, производящими смегму, которая особенно скопляется вокругъ *glans clitoridis* и при разложеніи распространяетъ своеобразный запахъ; этотъ продуктъ соответствуетъ отдѣляемому *Tyson*'овыхъ железъ у мужчины.

Кпереди малыя губы раздѣляются на двѣ ножки, *praeputium* и *frenulum clitoridis*, которыя почти совершенно прикрываютъ головку клитора. Кзади *labia minora* либо свободно оканчиваются на внутренней поверхности большихъ губъ, либо сливаются, образуя выпуклую кзади дугу, *frenulum labiorum* (*commissura posterior*), которая въ видѣ тонкой, поперечной, пигментированной складки рѣзко ограничиваетъ половую расщелину отъ передняго конца промежности.

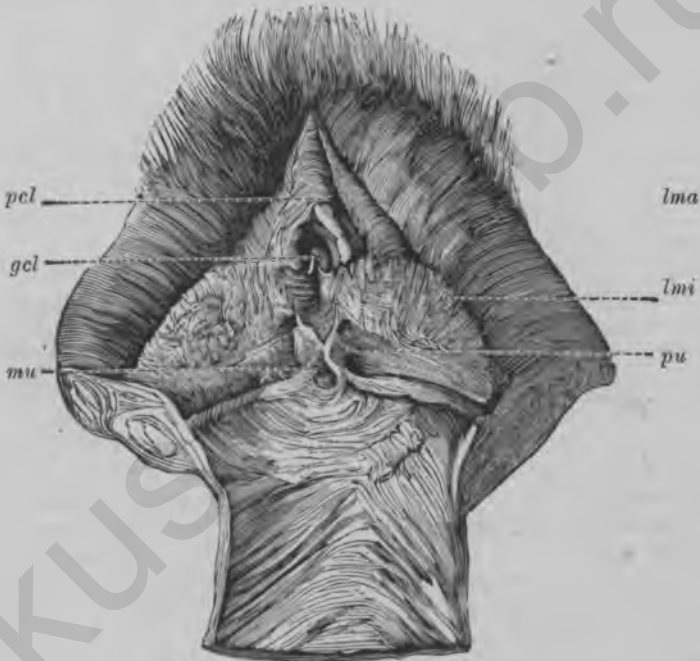


Рис. 85. Передній отдѣлъ наружныхъ половыхъ частей многорожавшей женщины, вмѣстѣ съ кускомъ передней влагалищной стѣнки, демонстрирующей отношеніе малыхъ губъ къ клитору. *lma* Labia majora. *lmi* Labia minora. *mi* Meatus urinarius (orificium urethrae externum). *pu* Парауретральныя ямки. *gcl* Glans clitoridis, на нижней поверхности котораго находится *frenulum clitoridis*. *pcl* Praeputium clitoridis.

Малыя губы эластичны и при повторномъ потягиваніи онѣ удлиняются въ видѣ крыльевъ; эта форма, вмѣстѣ съ гиперсекреціей, можетъ иногда служить признакомъ мастурбаціи.

Длина ихъ колеблется между $3\frac{1}{2}$ —6 см., а вышина въ еще большихъ предѣлахъ.

Малыя дѣтородныя губы представляютъ излюбленное мѣсто венерическихъ и сифилитическихъ изъязвленій, а также острыхъ кондиломъ при хронической гоноррѣѣ.

Въ *sulcus interlabialis* преимущественно помѣщаются эпителиомы вульвы. Малыя губы обнаруживаютъ также самыя главныя измѣненія при *kraurosis vulvae*, онѣ могутъ при этомъ совершенно исчезнуть.

Къ лонной дугѣ тѣсно прилегають, заложенные между мягкими частями, *органы сладострастія* женщины, превосходное описание которыхъ мы имѣемъ уже 50 лѣтъ въ сочиненіи Kobelt'a. Снаружи видна отъ нихъ только весьма небольшая часть, величиной съ горошину, это—*glans clitoridis*, конецъ короткаго, крючкообразно изогнутаго ствола. По положенію, виду, строенію, богатству сосудовъ и нервовъ онъ аналогиченъ *glans penis* и, несмотря на свою малую величину, принимаетъ самое важное участіе въ возбужденіи сладострастныхъ ощущеній. Наибольшая часть этой рудиментарной головки покрыта какъ-бы чехломъ складчатой *крайней плотью, praeputium clitoridis*, продолженіемъ малыхъ губъ, которое обхватываетъ клиторъ спереди, между тѣмъ какъ болѣе тонкая ножка съ обѣихъ сторонъ подходит къ нижней поверхности головки и называется уздечкой клитора (*frenulum clitoridis*).

Пещеристое тѣло клитора (corpus cavernosum clitoridis), которое даже въ напряженномъ состояніи едва-ли превышаетъ длину 2 см., образуется изъ соединенія обѣихъ *crura clitoridis*, двухъ веретенообразныхъ, заостряющихся къзади, набухающихъ тѣлъ, фиброзныя оболочки которыхъ своей задней поверхностью тѣсно прикрѣпляются къ надкостницѣ нисходящихъ лобковыхъ и восходящихъ сѣдалищныхъ вѣтвей; такимъ образомъ *corpus cavernosum* раздѣлено посрединѣ фиброзной перегородкой.

Строеніе этихъ частей совершенно сходно съ строеніемъ пещеристыхъ тѣлъ мужского уда. Къ передней поверхности лоннаго соединенія стволъ клитора прикрѣпляется посредствомъ связки, *ligamentum suspensorium clitoridis*, которая кверху переходитъ въ фасцію, покрывающую *symphysis oss. pubis*, а книзу въ оболочку пещеристаго тѣла. Спереди оба *crura clitoridis* прикрыты *mm. ischiocavernosi*.

Одиночному *corpus cavernosum urethrae* мужчины соотвѣтствуютъ у женщины парныя, напрягающіяся образованія, которыя называются *луковицами преддверія, bulbi vestibuli*; ихъ обозначаютъ также именемъ *crura clitoridis interna* или *plexus cavernosi*. Топографически было бы правильнѣе называть ихъ по образцу французовъ влагалищными луковицами («*bulbes du vagin*»), ибо онѣ обхватываютъ не преддверіе, а самый нижній отрѣзокъ влагалища спереди и сбоку. Ихъ названіе происходитъ отъ того, что задній конецъ такъ же, какъ въ пещеристомъ тѣлѣ мужской уретры, утолщается въ видѣ луковицы. Ихъ суженный, передній конецъ граничитъ съ корнемъ ствола клитора и соединяется съ послѣднимъ (со стволомъ) какъ-бы мостикомъ посредствомъ *pars intermedia*, заложенной между лонной дугой и преддверіемъ и окружающей спереди мочеиспускательный каналъ; передніе же концы луковицъ непосредственно сообщаются между собою. Подобно тому какъ *crura clitoridis* обладаютъ собственнымъ мышечнымъ аппаратомъ, имѣющимъ отношеніе къ акту эрекціи, такъ и луковицы обнаруживаютъ таковой въ видѣ покрывающаго большую часть ихъ спереди *m. constrictor cunni*, который аналогиченъ *m. bulbocavernosus*. Луковицы преддверія имѣютъ въ главныхъ чертахъ структуру, соотвѣтствующую другимъ пещеристымъ тѣламъ, хотя и не вполне сходную; благодаря обилію венозныхъ сосудовъ онѣ темнѣе и обнаруживаютъ губчатое строеніе; составляющія ихъ анастомозирующія вены сплетенія могутъ быть инъцированы и спереди, и сзади.

На прилагаемомъ рисункѣ (86) изображенъ весь пещеристый аппаратъ (инъцированъ), который въ цѣлости представляетъ остовъ наружныхъ половыхъ частей.

Несоотвѣтствіе между усиленнымъ приливомъ артеріальной крови и уменьшеннымъ отливомъ ведетъ къ набуханію и напряженію пещеристыхъ тканей. Это и образуетъ основу *участія органовъ сладострастія въ актъ совокупленія* какъ у мужчины, такъ и у женщины. За это говорить распредѣленіе приводящихъ и отводящихъ сосудовъ, какъ оно подробно описано *Langer*'омъ для мужскихъ и *Gussenbauer*'омъ для женскихъ наружныхъ половыхъ органовъ, и трабекулярное строеніе основной ткани пещеристыхъ тѣлъ, участіе которой въ механизмѣ эрекции достаточно выяснено *Kölliker* омъ.

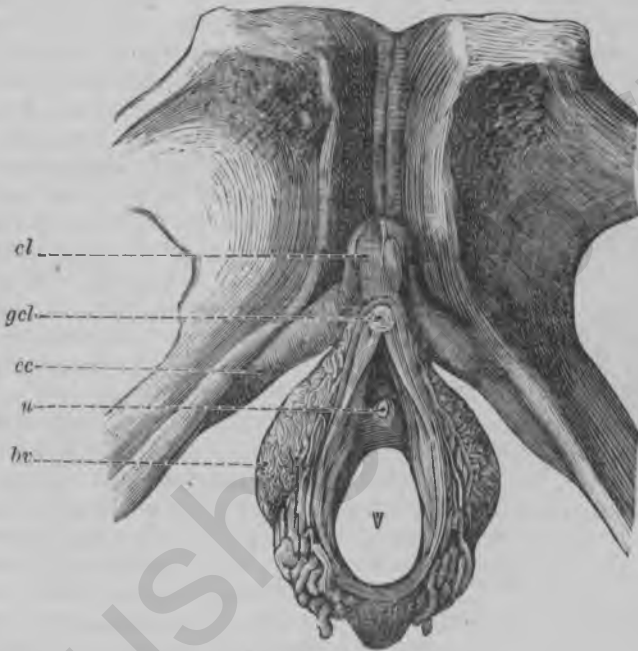


Рис. 86. Наглядный препарат *органовъ сладострастія женщины*. Пещеристыя тѣла инъвизированы *Teichmann*'овской массой и препарированы проф. *Hochstetter*'омъ (музей Вѣнскаго анатомическаго института). *cl* Клитора *gcl* Glans clitoridis съ присохшими *praerutium* и *frenulum*. *cc* Corpora cavernosa, *crura clitoridis*. *u* Meatus urinaris. *V* Introitus vaginae. *bv* Bulbi vestibuli съ *plexus venosus* на ихъ заднемъ концѣ.

Вслѣдствіе наполненія кавернозной сѣти просвѣтъ пронизывающихъ ее начальныхъ вѣтвей отводящихъ венъ (*vv. prof. clit. et bulb.*) суживается или совсѣмъ закрывается, и такимъ образомъ венозный оттокъ задерживается; онъ можетъ только послѣдовать изъ клитора черезъ тонкія *vv. emissariae* и *circumflexae clitoridis*, изъ луковицы черезъ вѣтки, впадающія въ *pars intermedia*.

Въ дальнѣйшемъ теченіи рефлেকторно вызванное сокращеніе покрывающихъ пещеристыя тѣла *mm. ischio-* и *bulbo-cavernosi* обуславливаетъ сдавливаніе *vena dorsalis clitoridis* и впадающихъ въ *pars intermedia* венъ *bulbi*, что существенно способствуетъ повышенію эрекции.

Kobelt называетъ *bulbi vestibuli*, *pars intermedia* и *glans clitoridis* страдательными (*passive*), *corpora cavernosa clitoridis*, стволъ клитора и влагалище дѣйствительными (*transitive*) органами сладострастія.

У обоихъ половъ, вслѣдствіе возбужденія чувствительныхъ нервовъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ или рефлекторно со стороны центральной нервной системы, вслѣдствіе эротическихъ представлений, вызывается переполненіе пещеристыхъ тѣлъ и главное эрекция клитора, который сокращеніемъ *m. constrictor cunni* оттягивается книзу къ преддверію; перегибъ ствола вслѣдствіе этого усиливается. Входъ во влагалище суживается набухшими *bulbi vestibuli*, и влагалищная стѣнка, имѣющая богатая венныя сплетенія, напрягается; этимъ заканчивается первый актъ совокупленія, *стадій сладострастнаго возбужденія*. Когда же при введеніи напряженнаго мужского члена въ подготовленное такимъ образомъ влагалище происходитъ треніе спинки *glans penis* о нижнюю поверхность оттянутой внизъ *glans clitoridis*, то получается вслѣдствіе фрикции этихъ наиболѣе богатыхъ нервами частей *сладострастное ощущение*, достигающее своей высшей точки въ оргазмѣ.



Рис. 87. Наружные половые органы девогатае. Нутенъ сильно разорванъ во многихъ мѣстахъ. Въ выводные протоки *Bartholin* овыхъ железъ введены тонкіе щетинные зонды.

Важныя для практика образованія суть большія железы *преддверія* (*glandulae vestibulares majores, vulvo-vaginales, Bartholini*). *Duverney* первый (1676) демонстрировалъ ихъ у коровъ; 4 года спустя *Bartholin* открылъ ихъ у человѣка, но, несмотря на подтвержденія *Morgagni* и *Santorin*'а, онѣ были забыты, пока ихъ *Tiedemann* лишь въ 1840 г. снова обстоятельно не описалъ. Построенныя изъ разсѣянныхъ долекъ, онѣ имѣютъ форму бобовъ. Одиночный (или также двойной) выводной протокъ помѣщается на медиальномъ, остромъ концѣ, имѣетъ въ длину приблизительно 15 мм., въ діаметрѣ 1—3 мм. и открывается въ основанія дѣвственной плевы, въ предѣлахъ малыхъ губъ въ боковой, задній отдѣлъ *vestibuli*; отверстие его видно видно простымъ глазомъ, и болѣею частью безъ труда удаётся ввести въ него тонкій щетинный зондъ (см. рис. 87).

Тѣло железы заложено, какъ уже упомянуто, тотчасъ позади колбовидно утолщеннаго конца *bulbi vestibuli* и прикрито, какъ и послѣдній, волокнами *m. constrictor cunni*. Оно лежитъ, слѣдовательно, довольно глубоко въ клѣтчаткѣ, а не поверхностно въ заднемъ концѣ большихъ дѣтородныхъ губъ, какъ это часто описывается. При давленіи на эту область опорожняется слизистая, бѣловато-сѣрая жидкость изъ выводного протока, при воспаленіи—гнойный секретъ. Въ послѣднемъ случаѣ отверстие выводного протока окружено красной каймой, которая описывается *Saenger*'омъ, какъ слѣдъ отъ укуса блохи, и считается характернымъ признакомъ гонорройной инфекции. Уже *Tiedemann*'у была хорошо извѣстна эта локалізація триппернаго яда. Увлажненіе влагалищнаго входа при похотныхъ возбужденіяхъ и обильное иногда истеченіе при совокупленіи приписывается опорожненію содержимаго этихъ железъ, причемъ должно играть роль дѣйствіе *m. constrictor cunni*. Встрѣчающіяся иногда у женщинъ поллюціи тоже приводятся въ связь съ этимъ. *Ejaculatio* этого секрета, сопровождающаяся сладострастнымъ ощущеніемъ, имѣетъ будто-бы мѣсто при мастурбаціи. Железы сильнѣе всего развиты въ періодѣ половой зрѣлости и сморщиваются въ ста-

рости, аналогично Cowper'овымъ железамъ мужчины, такъ что у старыхъ женщинъ ихъ не могли найти. Если вслѣдствіе воспаленія происходитъ склейка тонкаго выводного протока, тогда образуется ретенционная киста, нерѣдко значительной величины. Что нагноеніе этихъ железъ принадлежитъ къ самымъ упорнымъ заболѣваніямъ, которое не излечивается, пока не будетъ удалена вся больная железа, это—фактъ извѣстный.

Преддверіемъ (vestibulum vaginae) мы обозначаемъ выстланное слизистой оболочкой пространство, ограничиваемое малыми срамными губами; спереди оно граничитъ съ клиторомъ, сзади служить рѣзкой границей frenulum labiorum. Впереди послѣдняго лежитъ корытообразное углубленіе, fossa navicularis, которое у нерожавшихъ женщинъ хорошо выражено, а послѣ родовъ исчезаетъ такъ-же, какъ и задняя спайка. Французы обозначаютъ какъ преддверіе (*pronaus*) только ту часть этого пространства, которая лежитъ между клиторомъ и отверстиемъ мочеиспускательнаго канала. Въ это корытообразное пространство, выстланное настоящей слизистой оболочкой, открываются уретра и влагалище, такимъ образомъ оно можетъ быть разсматриваемо какъ *simus urogenitalis, urogeneticus* (*Kossmann*). Многочисленные измѣренія показали, что разстояніе отъ клитора до уретры составляетъ въ среднемъ $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ см., отъ отверстія мочеиспускательнаго канала до дѣвственной плевы отъ 7 мм. до 1 см., отъ hymen'a до задней спайки 1— $1\frac{1}{2}$ см.

Изъ упомянутой fossa navicularis расходятся рубцы отъ происшедшихъ во время родовъ надрывовъ introitus'a и въ ней охотно локализируются шанкерныя язвы, а также острия кондиломы.

Отверстіе мочеиспускательнаго канала (meatus urinarius, orificium urethrae externum) настолько измѣнчиво по своему положенію, виду и ширинѣ ($1\frac{1}{2}$ —3 мм.), что даже опытному человѣку иногда трудно найти оное тотчасъ, когда нужно катетеризировать; въ особенности у болѣе старыхъ многородящихъ оно иногда опускается ниже и внутрь или бываетъ прикрыто складками слизистой оболочки настолько, что его просвѣта не видно. Точками опоры для отысканія онаго служатъ въ такихъ случаяхъ, съ одной стороны, tuberculum urethrale—болѣе или менѣе выступающій валикъ, заканчивающій columna rugarum anterior, съ другой стороны, клиторъ. Начинаящіе обыкновенно грѣшатъ тѣмъ, что они ищутъ отверстіе уретры слишкомъ близко или тотчасъ позади клитора и ковыряніемъ этихъ чувствительныхъ частей причиняютъ боли. Значительная способность женской уретры къ расширенію можетъ повести къ тому, что coitus совершается черезъ нее. Возможность пропикнуть маленькимъ пальцемъ черезъ мочеиспускательный каналъ безъ предварительнаго расширенія инструментами должна всегда навести на подозрѣніе, что совокупленіе совершается этимъ ненормальнымъ путемъ и, слѣдовательно, имѣются условія, которыя исключаютъ обычный способъ coitus (полное отсутствіе или рудиментарное развитіе влагалища). Весьма часто, особенно при воспалительномъ припуханіи, слизистую оболочку уретры находятъ выступившей черезъ широкое устье. У старыхъ женщинъ, страдающихъ недержаніемъ мочи, это выпаденіе еще болѣе выражено, причѣмъ дѣло доходитъ даже до развитія полипозныхъ разрощеній. Полный пролапсъ уретры весьма рѣдокъ и сопровождается тяжелыми расстройствами питанія. При воспалительныхъ процессахъ (острая гоноррея) край круглаго отверстія уретры сильно припухаетъ и краснѣетъ; въ просвѣтѣ

и въ углубленіяхъ слизистой оболочки лежитъ гной; выдающіяся части складокъ и края ссаднены; при выдавливаніи вдоль уретры спутри кнаружи опорожняется капля гнойнаго секрета.

Возлѣ мочеиспускательнаго канала находятся такъ наз. *парауретральные ходы*—болѣе или менѣе выраженные железоподобныя вѣдренія эпителия *sinus urogenitalis*. Они тождественны съ ходами, описанными *Malpighi* и въ послѣднее время *Skene*, и играютъ большую роль, какъ мѣста, гдѣ гнѣздятся гонококки. Менѣе глубокія бухты и ниши часто встрѣчаются въ неопредѣленномъ числѣ въ окружности отверстія уретры.

Дѣвственная плева, влагалищная заслонка (hymen, valvula vaginae) есть перепонка съ характеромъ слизистой оболочки, которая окаймляетъ влагалищный входъ и представляетъ болѣе или менѣе рѣзкую границу между преддверіемъ и влагалищной трубкой; она образуетъ нижній отрѣзокъ послѣдней.

Начало развитія этого образованія изслѣдователи единогласно относятъ къ 19-й недѣлѣ, причѣмъ зачатокъ состоитъ изъ двухъ пластинокъ (*Schäffers*): внутренняя пластинка есть продолженіе влага-

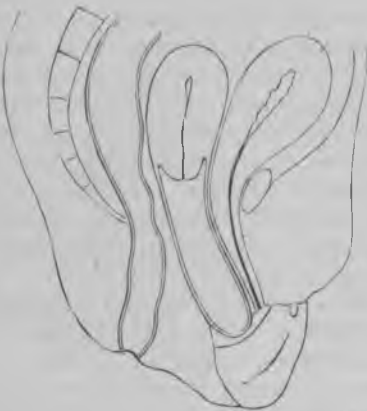


Рис. 88. Схематическій разрѣвъ таза, измененный по *Budin*'у, демонстрирующій принадлежность *hymen*'а къ влагалищу. Линія, проведенная непосредственно впереди устья влагалища и уретры, обозначаетъ кайму, окружающую оба отверстія.



Рис. 89. *Hymen bilamellatus* по *Schäffer*'у.

лищной стѣнки, наружная—продолженіе покрова *vestibuli*; послѣдняя, слѣдовательно, несомнѣнно эктодермальнаго происхожденія. Если обѣ пластинки не сливаются, то остается *hymen bilamellatus* (рис. 89). Какъ простая анатомическая препарировка дѣвственной плевы у плода (*Budin*), такъ и эмбриологическія и гистологическія изслѣдованія подтвердили это положеніе (рис. 88).

У новорожденной дѣвственная плева представляетъ трубчатое выпячиваніе нижняго конца влагалища, которое въ общемъ представляетъ *три типическія формы (Dohrn)* (рис. 90).

Это выпячиваніе приводится въ связь съ интенсивнымъ ростомъ влагалища въ длину, между тѣмъ какъ *vestibulum* только въ видѣ плоскаго корыта вѣдряется между зачатками половыхъ губъ. У человѣкоподобныхъ обезьянъ, у которыхъ половые органы отличаются болѣе глубокимъ *sinus urogenitalis* и очень короткимъ влагалищемъ, *hymen* едва намѣченъ (*Bischoff*).

На внутренней поверхности дѣвственной плевы находятся поперечныя складки какъ продолженія *columnae rugarum*, особенно задней; у новорожденной это особенно отчетливо выступаетъ. Гистологическое строеніе этой поверхности тоже соотвѣтствуетъ болѣе строенію влага-

лицной слизистой. Между этими неправильно идущими складками находятся карманоподобныя углубленія.

Наружная поверхность, однако, тоже неполнѣ гладка, а отличается всякаго рода мелкими складками, скорѣе радиальнаго направленія, между которыми образуются плоскія или воронкообразныя углубленія (см. рис. 95 с.); послѣднія могутъ при извѣстныхъ условіяхъ дать поводъ къ развитію наружныхъ кистъ дѣвственной плевы. Эти складки на наружной поверхности отчетливѣе выступаютъ, когда плева сильно растянута при *atresia hymenalis*.

Съ дальнѣйшимъ ростомъ влагалища первоначальная форма дѣвственной плевы и избыточный матеріалъ ея мало по малу утрачивается; край влагалищной заслонки сильнѣе напрягается и поэтому истончается. У вполне сзрѣвшей дѣвственницы *кольцевидная форма (hymen annularis)* является *основнымъ типомъ* (рис. 91).



Рис. 90. Три типическія формы дѣвственной плевы у новорожденной по Dohrn'у. Hymen a annularis, b denticulatus, c linguliformis.

Впрочемъ, отверстіе лежитъ большею частью не въ центрѣ, а болѣе впереди, такъ что высота края на задней периферіи влагалища значительно больше; если эта разница передняго и задняго краевъ рѣзкая, тогда говорятъ о *hymen semilunaris*.

При рѣшеніи практически важныхъ вопросовъ принимаются во вниманіе форма, свойство края, ширина и видъ отверстія, толщина, консистенція и растяжимость дѣвственной плевы.

Измѣнчивость формы достаточно иллюстрируется рис. 92, на которомъ изображены самыя важныя типы.

Достаточно собственно указать эти типы, такъ какъ рисунки лучше даютъ возможность разобраться въ нихъ, нежели описанія. Тѣмъ не менѣе, чтобы легче ориентироваться, цѣлесообразно будетъ сгруппировать отдѣльныя формы; такъ, напримѣръ, можно отнести болѣе или менѣе въ одну группу и разсматривать какъ различныя степени одной и той же аномаліи:

а) *Hymen infundibuliformis* и описанную Hoffmann'омъ форму дѣвственной плевы, напоминающую птичью гузку; обѣ эти разновидности отличаются сильнымъ оттопыриваніемъ края наружу.

б) Если выдаются только ограниченныя части плевы, которыя большею частью оказываются продолженіемъ образований влагалищной стѣнки на внутреннюю поверхность *hymen'a*, то различаютъ, смотря по виду этихъ частей, *hymen linguliformis, falciformis, carinatus*.

в) Если косыя складки внутренней поверхности плевы продолжаютъся на край, то послѣдній приобрѣтаетъ волнистую, зазубренную

форму (*crenelirter Hymen*), которая въ болѣе выраженной степени описана какъ *hymen denticulatus*; при болѣе глубокихъ бухтахъ возникаетъ *hymen lobatus*. Совершенно особой формой долженъ считаться впервые описанный *Luschka hymen fimbriatus*; здѣсь свободный край распадается на большое число мелкихъ бахромокъ, имѣющихъ характеръ сосочковыхъ разрощеній; ихъ смѣшивали съ острыми кондиломами, между тѣмъ онѣ находятся въ связи съ сильнымъ развитіемъ папиллъ на стѣнкахъ влагалища въ фетальной жизни.

d) Если на внутренней поверхности плевы имѣется рудиментъ *Müller'овой* перегородки, то говорятъ о *hymen columnatus* (*Paschkis*). Если эта перегородка помѣщается въ отверстіи плевы въ видѣ вертикальнаго, суживающагося впереди тяжа, то эта форма называется *hymen septus*, resp. *bifenestratus*; если существуетъ только передній и задній лоскутъ



Рис. 91. *Virgo intacta*. *Hymen annularis* виденъ, благодаря раздвиганію половыхъ губъ.

перегородки, которые не достигли другъ друга, то получается *hymen subseptus*. Иногда перегородка косо поставлена и отверстія неравны. Если имѣются нѣсколько маленькихъ, неодинаковыхъ отверстій (7—11), то дѣвственная плева получаетъ видъ рѣшета (*hymen cribriformis*); эта форма въ противоположность къ *hymen septus* очень рѣдка ¹⁾.

Дѣвственная плева можетъ иногда лежать выше обыкновеннаго, каковое явленіе находить себѣ непринужденное объясненіе въ данныхъ исторіи развитія. Надо только всегда съ точностью установить, дѣйствительно-ли это *hymen*; съ одной стороны, добавочныя замыкающія перепонки въ преддверіи и сращеніе малыхъ губъ могутъ симулировать низкое мѣстоположеніе дѣвственной плевы, съ другой стороны,

¹⁾ *Chrobak* наблюдалъ случай, *hymen septus*, гдѣ срединная перегородка была расщеплена.

перегородки влагалища могут быть приняты за высоко лежащій hymen. Лишь въ немногихъ случаяхъ было съ достовѣрностью констатировано полное отсутствіе дѣвственной плевы; но что это явленіе



1. Hymen annularis съ узкимъ неравнобѣрнымъ краемъ. 2. Hymen semilunaris съ мелкими зазубринами. 3. Hymen annularis, слегка зазубренный.



4. Hymen lobatus. 5. Hymen fimbriatus. 6. Hymen septus.



7. Hymen septus съ неодинаковыми отверстиями. 8. Hymen septus съ маленькими отверстиями. 9. Отверстіе дѣвственной плевы съ поперечнымъ мостикомъ.

Рис. 92. Различныя формы дѣвственной плевы изъ коллекціи судебно-медицинскаго института въ Вѣнѣ

принадлежить къ величайшимъ рѣдкостямъ, доказываютъ отрицательныя свидѣтельства авторовъ, обладающихъ богатѣйшимъ опытомъ (*Tardieux, Devilliers, v. Hoffmann, Breisky*). О *hymen duplex* говорятъ, когда выше нормальной влагалищной заслонки еще вторая перепонка замыкаетъ влагалище; это явленіе объясняется такимъ образомъ, что поверхъ *hymen'a* произошло сильное выпячиваніе влагалищной трубки вслѣдствіе скопленія слизи, выше этого мѣста естественно образовалось суженіе и склейка эпителія соприкасающихся складокъ слизистой оболочки (*Breisky*). Можно бы подумать еще о кольцеобразныхъ стенозахъ влагалища.

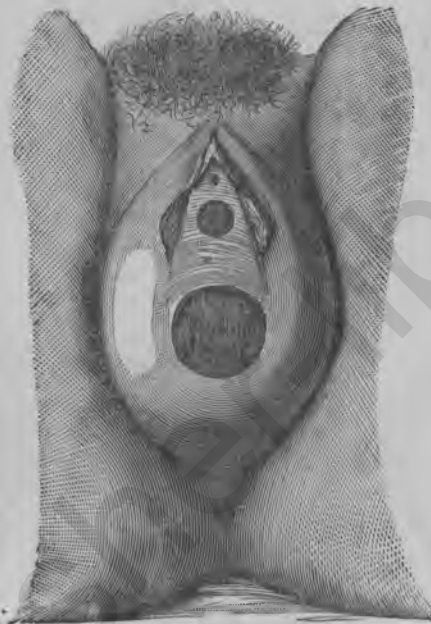


Рис. 93. *Hymen septus* (съ поперечною перегородкою) во время родовъ. Собственное наблюденіе.

Консистенція, растяжимость и толщина дѣвственной плевы также весьма измѣнчивы. Въ общемъ замѣчено, что при плоскомъ преддверіи и низкомъ мѣстоположеніи *hymen* гораздо плотнѣе.

Всѣ степени консистенціи выражены обозначеніями: «паутинообразная плева, просвѣчивающая, мясистая, лигаментозная, сухожильная, твердая, какъ хрящъ, какъ кость». Обыкновенно *отверстіе дѣвственной плевы* настолько широко, что маленькимъ пальцемъ можно легко проникнуть во влагалище, а часто и указательнымъ, не причиняя ни малѣйшаго поврежденія. При очень растяжимомъ краѣ и нѣкоторой осмотрительности можно даже ввести два пальца или очень тонкое трубчатое зеркало. Если край сильно растягивать, то возникаетъ ощущение боли, которое при частомъ повтореніи можетъ повести къ вагинизму.

Дѣвственная плева бываетъ иногда настолько тверда и толста, что она противостоитъ всѣмъ попыткамъ проникнуть во влагалище и такимъ образомъ можетъ служить абсолютнымъ препятствіемъ для брачнаго сожителства. Въ такихъ случаяхъ ничего болѣе не остается, какъ расширить насильственно *отверстіе* подъ наркозомъ или вырѣ-

затъ всю влагалищную заслонку до основанія и на образовавшуюся рану наложить швы.

Тѣ измѣненія дѣвственной плевы, которыя вызываются *immissio penis*, носятъ названіе *defloratio*, послѣдняя и есть самый существенный признакъ для *распознаванія состоявшагося совокупленія*. Разрывъ дѣвственной плевы можетъ произойти только отъ прямо направленной противъ нея силы при паденіи, ударѣ, половомъ сношеніи; далѣе, могутъ образоваться дефекты въ плевѣ отъ извѣстныхъ болѣзненныхъ процессовъ, сопровождающихся ограниченной гангреней, какъ пома, дифтерія и т. п.

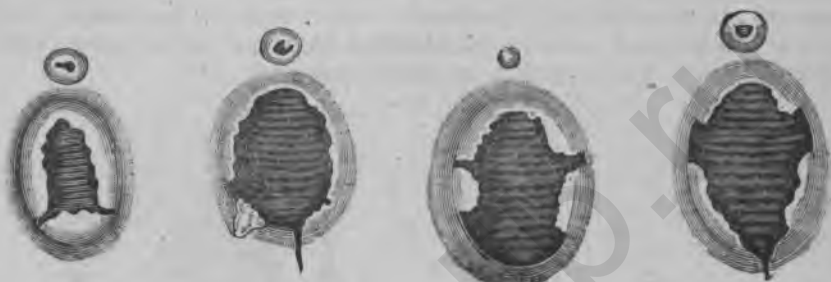


Рис. 94. Измѣненія дѣвственной плевы послѣ дефлорации и родовъ (по Budin'у).

Характеръ воздѣйствующей силы и свойства дѣвственной плевы опредѣляютъ и родъ разрыва. При совокупленіи большею частью происходитъ только надрывъ свободнаго края въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ, между тѣмъ какъ основаніе болѣе или менѣе сохраняется въ цѣлости. Излюбленнымъ мѣстомъ надрывовъ *hymen'a in primis partibus* являются заднія части края, причемъ обыкновенно образуются 2—3 надрыва болѣе сбоку или одинъ посрединѣ. Если образовались нѣсколько надрывовъ, то задняя половина плевы распадается на



Рис. 95. Различныя формы надрывовъ дѣвственной плевы, обусловленныя совокупленіемъ. На рис. с своеобразныя ямки въ слизистой оболочкѣ преддверія и *hymen'a*.

нѣсколько долекъ, которыя могутъ быть весьма неодинаковы по своимъ размѣрамъ и формѣ. Если эти дольки сильнѣе отдѣлены другъ отъ друга, что находится въ связи съ глубиной надрывовъ, то ихъ обозначаютъ какъ *carunculae myrtiformes*. Если надрывы болѣе поверхностны, то можетъ снова наступить частичное сращеніе разорванныхъ частей, край плевы пріобрѣтаетъ дольчатый видъ и на мѣстѣ первоначальныхъ надрывовъ находятся нѣжныя рубцы.

Но самыя значительныя измѣненія влагалищнаго входа и дѣвственной плевы образуются лишь подѣ влияніемъ акта родовъ, послѣ которыхъ рѣчь можетъ быть собственно только объ остаткахъ hymen'a (см. рис. 97).

У многорожавшихъ часто трудно тогда провести рѣзкую границу между слизистой оболочкой влагалища и преддверія, такъ какъ и основаніе дѣвственной плевы совершенно исчезло. Лишь кое-гдѣ находятъ еще, какъ пограничные столбы, низкіе лоскутки ткани различной формы—послѣдніе остатки первоначальной влагалищной заслонки.

Неуступчивая дѣвственная плева можетъ, какъ показываютъ отдѣльные случаи, уже при первомъ совокупленіи совершенно оторваться у основанія, а очень растяжимая заслонка съ широкимъ отверстіемъ можетъ даже уцѣлѣть во время родовъ.



Рис. 96. Врожденный дефектъ края дѣвственной плевы у новорожденной. Собственное наблюденіе.



Рис. 97. Остатки дѣвственной плевы у многорожавшей.

Кромѣ упомянутыхъ измѣненій дѣвственной плевы, зависящихъ отъ дефлорации, и отличеніе которыхъ отъ врожденныхъ зазубринъ принадлежитъ иногда къ самымъ труднымъ задачамъ судебныхъ врачей, требуется еще для *установленія дѣвственности* рядъ признаковъ, изъ коихъ каждый въ отдѣльности не доказателенъ, но всѣ въ совокупности имѣютъ значеніе.

Таковыми въ общемъ считаются: тѣсно прилегающія, тугія labia majora, прикрытыя послѣдними, мало пигментированныя nymphae, узкій vestibulum и introitus vaginae и узкое, тугое, съ обильными морщинами влагалище. Надо, однако, замѣтить, что у кахектичныхъ и вообще у болѣе старыхъ особъ тугость большихъ губъ можетъ утратиться вслѣдствіе исчезновенія жира, вслѣдствіе чего и малыя губы тогда обнажаются и мало по малу должны терять характеръ слизистой оболочки; сухость и пигментация ихъ есть необходимое послѣдствіе этого обнаженія. Надо также считаться съ измѣненіями, вызываемыми мастурбацией.